

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:		RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA		CC:	1031160455
CORREO ELECTRÓNICO:		ELIANASEPULVEDA1857@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3187302995
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 10G 80 SUR T5 APTO 402		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488446793942

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 7641 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.583.900
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		

ELIANA CASTRO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA
CC: 1031160455
CEL: 3187302995

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO:
AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA

1.031.160.455

CON C.C. N°

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 7641 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/10/14

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO

\$

1.788.480

No. HORAS EJECUTADAS

159,5

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

32.892.480

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

2.583.900

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

DIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

ITEM

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1

Obligacion 1.1. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1.Actividades desarrolladas: Presté mis servicios de manera oportuna y con calidad en el desarrollo de mis actividades contractuales y responsabilidades según mi perfil. 1.2 Productos(evidencia): Entrega de actas con calidad.

2

Obligacion 2. PRESENTAR MENSUALMENTE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR, AL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1. Actividades desarrolladas: Hice entrega y presentación de actividades que desarrollé durante el mes, correspondiente a las acciones desarrolladas para la ejecución de mis actividades 2.2 Productos(evidencia): Cronograma de actividades

3

Obligacion 3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas: Apoye la prestación del servicio con la entrega productos y soportes conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos 3.2 Productos(evidencia): Entrega de actas conforme a los lineamientos.

4

Obligacion 4. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Apoye la prestación del servicio con la entrega productos y soportes conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos 4.2 Productos(evidencia): Registro Fotografico

5

Obligacion 5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Participé en el proceso de inducción acorde a mi perfil apropiando los anexos y lineamientos técnicos del convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 5.2 Productos(evidencia): Entrega de actas con apropiación conceptual

6

Obligacion 6. SUPERVISAR LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES (HOGAR) CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE BOGOTÁ 6.1 Actividades desarrolladas: Apoye la prestación del servicio con la entrega productos y soportes conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos 6.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes con veracidad.

7

Obligacion 7. REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 Actividades desarrolladas: Realicé revisión, verificación, alistamiento y entrega de cada uno de los formatos, documentos, bases e informes generados como resultado de las acciones e intervenciones realizadas durante el mes dando cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos garantizando la calidad en cada uno de estos entregables. 7.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes con veracidad.

8

Obligacion 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividades desarrolladas: Realice las articulaciones necesarias para garantizar el desarrollo de las acciones del equipo interdisciplinario. 8.2 Productos(evidencia): Actas con acciones realizadas.

	Obligación 9. NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN SU EJERCICIO PARA CONOCIMIENTO Y ACTIVACIÓN DESDE EL PROCESO DE SOPORTE "COORDINACIÓN". 9.1 Actividades desarrolladas: Realicé oportunamente las notificaciones y eventos de interés en salud pública identificados en las acciones desarrolladas durante el mes. 9.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes con veracidad.
10	PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 Actividades desarrolladas: Participé en el proceso de inducción acorde a mi perfil apropiando los anexos y lineamientos técnicos del convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR 10.2 Productos(evidencia): Firmas de actas de reuniones, forms y registro fotográfico
11	Obligación 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas: Participé y apoyé en el proceso de organización y gestión documental. 11.2 Productos(evidencia): Archivo o gestión documental mensual.
12	Obligación 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades desarrolladas: Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato. 12.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes requeridos según lineamiento.
13	Obligación 13. ACOMPAÑAMIENTO TERRITORIAL ACORDE A LAS NECESIDADES PRESENTADAS POR LOS PROFESIONALES. 13.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé las actividades en campo y acompañamientos de acuerdo a lo estipulado según mis obligaciones contractuales. 13.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes requeridos según lineamiento.
14	Obligación 14. DIGITALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE CARACTERIZACIÓN DE ABORDAJE TERRITORIAL. 14.1 Actividades desarrolladas: Hice entrega oportuna de la documentación solicitada. 14.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes requeridos según lineamiento.
15	Obligación 15. DIGITALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE CARACTERIZACIÓN DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 15.1 Actividades desarrolladas: Digitalización de producto por parte del usuario. 15.2 Productos(evidencia): Archivo plano con registro de derivaciones, formulario de derivaciones.
16	Obligación 16. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS Y RECORRIDOS NOCTURNOS QUE SE REALIZAN EN LAS INSTITUCIONES PARA LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN CON HABITABILIDAD EN CALLE COMO HOGARES DE PASO. 16.1 Actividades desarrolladas: Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 16.2 Productos(evidencia): Registro fotográfico y entrega de actas.
17	Obligación 17. APOYAR LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON HABITABILIDAD EN CALLE. 17.1 Actividades desarrolladas: Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 17.2 Productos(evidencia): Herramienta de consolidación de usuarios
18	Obligación 18. DILIGENCIAR LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA DE SEGUIMIENTO Y DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. 18.1 Actividades desarrolladas: Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 18.2 Productos(evidencia): Herramienta de consolidación de usuarios
19	Obligación 19. REALIZAR LA SOLICITUD DE CITAS Y EL APOYO A LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LOS USUARIOS IDENTIFICADOS DESDE LO SOCIAL HASTA LO REFERENTE CON LAS ATENCIONES EN SALUD. 19.1 Actividades desarrolladas: Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 19.2 Productos(evidencia): Archivo plano con registro de derivaciones, formulario de derivaciones.
20	Obligación 20. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 Actividades desarrolladas: Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 20.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes requeridos según lineamiento

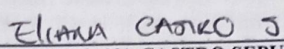
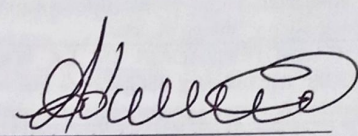
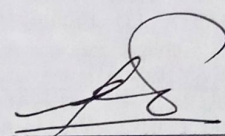
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1081202268	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 42.700
OTRO			\$ 541.800
TOTAL PAGADO			
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.			
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)			
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .			
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA CC: 1031160455		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

PAGADA 09/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA											
Documento	CC1031160455						Dirección	TRV 9 A BIS 48 G -80 SUR APT 402 T 5				
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE						Teléfono	3108091714				
Tipo Persona	NATURAL						Forma	ÚNICO				
Ciudad	BOGOTA D.C.						Departamento	BOGOTA D.C.				
Representante Legal							Identificación					
Total Afiliados	1						ARP	ARL SURA				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDA	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1031160455	RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA	59	0																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$1,750,905	\$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$1,750,905	\$218,900	2.436	\$1,750,905	\$42,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$1,750,905	\$35,100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$576,900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licen- cias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,750,905	\$1,750,905	\$1,750,905	\$1,750,905	\$280,200	\$218,900	\$42,700	\$35,100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$576,900	\$0	\$576,900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!



13 de 1

¡Hola, Eliana castro!**Estado de la Transacción:** Aprobada **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 576.900,00**Empresa:** SIMPLE OI**Descripción:** Pago de Seguridad Social**Fecha de la transacción:** 09/06/2026**CUS:** 376899385

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

①

Responder

Reenviar



Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver Contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? ☐ Si ☒ No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Subido por
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveed...
	3a2ed14b-f7c8-4778-b4d4-25508b3520b2.pdf (Archivado)	3a2ed14b-f7c8-4778-b4d4-25508b3520b2.pdf	Proveed...
	PS_7641_2025_NOVIEMBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)	PS_7641_2025_NOVIEMBRE_PLANILLAS.pdf	Proveed...
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveed...
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf	Proveed...
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveed...
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026 (1).pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026 (1).pdf	Proveed...
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveed...
☐	SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 7641 2025 8-5-26.pdf	SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 7641 2025 8-5-26.pdf	Comprac...
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveed...
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	Proveed...

Cancelar

< Evaluación