Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79793638	
CORREO ELECTRONICO:	iltat1122@hotmail.com				CELULAR:	7755127-3214219219	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C EXT. RADIOLOGIA USS TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE13L02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	42344663					PENSIONADO	NO

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2287			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1080	FECHA	2026-05-11 14:54:34.000	NÚMERO DE CRP	21782	FECHA	2026-05-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-03-01		2026-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,655,360				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$25,311,096
VALOR EJECUTADO	$22,655,736
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,655,360
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,655,360
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	90%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
54333925	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RONALD MEZA COLON
91446480
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Portar los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades.	Cumplo con el porte de los elementos de los elementos básicos para el desarrollo de mis actividades.	Tengo los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.	Tener oportunamente los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.	Tengo listo los elementos de acuerdo a cada procedimiento.
Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.	Realizo mis actividades y procedimientos con una técnica adecuada.	Cumplo con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos.
Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.	Realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada.	Hago los procedimientos, siguiendo los protocolos.
Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma.	Arreglo ,limpio y organizo la unidad.	Arreglo ,limpio y organizo la unidad.
Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales.	Preparo y colaboro a los pacientes, para la realización de su examen.	Realizo registro de notas de enfermería con cada actividad.
Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.	Asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades.	Desarrolle mi nota de enfermería en la aplicación de dinámica
Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados.	Na.	Na.
Realizar personalmente las actividades, objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.	Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo.	Realizo libro de entrega de turno y actas.
Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	Dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales.	Registro en el formato de recibo y entrega de turno.
Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografia).	Diligencio diariamente el libro de entrega de turno.	Realizo y registro en el libro de entrega de turno.
Atender las necesidades del equipo de trabajo.	Atiendo las necesidades de mi equipo de trabajo.	Soy eficiente y eficaz.
Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.	Explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante.	Realizo acta de consentimiento informado.
Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	Respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes.	Se brinda información oportuna y eficaz.
Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.	Respeto los derechos y trato con ética a todos los pacientes.	Trabajo con ética.
Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	Trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno.	Mantengo buenas relaciones con el personal y los pacientes.
Aplicar los principios de técnica aséptica.	Cumplo con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato.	Firma de actas de compromiso.
Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.	Aplicar los principios de técnica aséptica.	Realizo carpeta de control de desinfección y limpieza.
Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	Aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos.	Se realiza registro en la carpeta de control de desinfección y limpieza.
Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos y materiales.	Cumplo con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional.	Realiza seguimiento en el aplicativo almera.
Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	Vigilo e informo faltantes de inventario.	Se realiza registro de inventario.
Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.	Porto el carnet durante todo mi turno.	Porto el carnet durante todo mi turno.
Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.	Hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor.	Se realiza el registro de libro de control.
Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.	Mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados.	Se realiza registro de carpeta de control de desinfección y limpieza de equipos.
Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	Salvaguardo todos los elementos que se encuentra a mi cargo.	Se realiza la entrega de libro de entrega de turno.
Se realiza preparación previa antes del examen, explicando sus riesgos.	Gestión del procedimiento antes de iniciar.	Se realiza procedimiento de acuerdo a los protocolos.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Aprendizaje continuo y actualización de protocolos instituciones.	Se cumple con capacitación y reinducción institucional.	Se realiza aprendizaje continuo (Asegúrate mes de Marzo).
Se realizan inventarios, carpetas de control y supervisión de la temperatura y humedad del servicio.	Se verifica carpetas y se realiza inventarios a diario.	Se realiza verificación de temperatura estándar en el servicio (Se registra temperatura de control en el libro.)
Se realiza desinfección rutinaria y terminal.	Se realiza desinfeccion a diario y los fines de semana.	Se deja registro de actividades en el servicio.
Se realiza pedido de insumos necesarios para el servicio.	Se realiza inventario de la unidad a diario.	Se deja lista de insumos que se utilizan en el mes.

RONALD MEZA COLON
91446480
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA
C.C. 79793638 de BOGOTA

La suma de 2.655.360 $ **(Dos millones seiscientos cincuenta y cinco mil trescientos sesenta pesos MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de imagenología, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional como **Auxiliar de Enfermería**; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **Radiología**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de marzo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2287-2026**

Ivan Leonardo Useche Mahecha

C.C. 79793638 de Bogotá

Cel: 3214219219

CUENTA DE AHORROS # 42344663
Banco BBVA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79793638	IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA	CL 66 A SUR NO 80 L 04	8143019	iltat1122@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		54333925	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79793638	IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA	CL 66 A SUR NO 80 L 04	8143019	iltat1122@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		54333925	09/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79793638	USECHE MAHECHA IVAN LEONARDO	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	79793638	USECHE	MAHECHA	IVAN	LEONARDO	2026-02	Compensar	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Compensar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 149 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

ADRES

Sede principal:
Centro Empresarial Elemento
Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Horarios de Atención:
Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Certifica que:

IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA

CC ***79793638***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *martes, 24 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

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 de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2025..pdf	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO DE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL DE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO DE 2025..pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO DE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO DE 2025..pdf	CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO DE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE JULIO DE 2025..pdf	CUENTA DE COBRO MES DE JULIO DE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRE AGOSTO 2025.pdf	CUENTA DE COBRE AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE OCTUBRE DE 20254.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE OCTUBRE DE 20254.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE DE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE DE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE DICIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2026 (2).pdf	CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2026 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENT DE COBRO MES DE FEBRERO 2026.pdf	CUENT DE COBRO MES DE FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >