

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA CAMILA LATORRE SEGURA			CC:	1014307030
CORREO ELECTRÓNICO:	lacamilalatorre@gmail.com			TELÉFONO:	3172884906
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AK 86 71 90			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24106825444
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6797 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.195.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 LAURA CAMILA LATORRE SEGURA PS_6797_2025_330621 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA CAMILA LATORRE SEGURA CC: 1014307030 CEL: 3172884906					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LAURA CAMILA LATORRE SEGURA

CON C.C N°1.014.307.030

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6797 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$4.195.200	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	-------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$46.147.200	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.195.200
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE
------------------------	-----------------------------

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	1. Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1. Actividades desarrolladas: Apoyo centro de zoonosis, intervenciones a caninos potencialmente peligrosos. 1.2. Productos (evidencias): Actas entrega turno centro zoonosis. Listado de asistencia a turnos centro zoonosis. Actas de intervención a caninos potencialmente peligrosos.
2	2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2.1. Actividades desarrolladas: Diligenciar drive de cronograma de actividades 2.2. Productos (evidencias): Actividades relacionadas en el drive
3	3. Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1. Actividades desarrolladas: Acompañamiento en actividades donde se solicite nuestra presencia según solicitud o requerimientos 3.2. Productos (evidencias): Actas de la intervención desarrollada
4	4. Obligación 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: Presentar de manera oportuna y completa cada uno de lo soportes originados en cada actividad. 4.2. Productos (evidencias): Actas de entregas de turno centro zoonosis y actas de intervención a caninos potencialmente agresores y soportes entregados de manera física y magnética.
5	5. Obligación 5: CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DEL DATO REQUERIDA (OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1. Actividades desarrolladas: Adecuado diligenciamiento, revisión y corrección, en caso de ser pertinente, de las inconsistencias de las actas de las actividades ejecutadas así como cumplimiento de los tiempos establecidos para cada actividad. 5.2. Productos (evidencias): Actas de la actividad realizada.
6	6. Obligación 6: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 6.1. Actividades desarrolladas: Estudiar y revisar los lineamientos y asistir a capacitaciones programadas. 6.2. Productos (evidencias): Cumplimiento de los lineamientos y formatos de asistencia a las capacitaciones
7	Obligación 7: DESARROLLAR LOS PROCESOS DESCRITOS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL-VSA DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC, SEGÚN LAS COMPETENCIAS DE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFICANDO LA NORMATIVIDAD SANITARIA Y GARANTIZANDO LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS DIFERENTES FACTORES DE RIESGO QUE PUEDAN PONER EN PELIGRO A LA SALUD PÚBLICA. 7.1. Actividades desarrolladas: No para el período 7.2. Productos (evidencias): No para el período

8	8. Obligación 8: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 8.1. Actividades desarrolladas: Realizar actas, diligenciar formatos pertinentes y activar las rutas pertinentes tras la detección de riesgos para la salud pública en las actividades ejecutadas 8.2. Productos (evidencias): Actas y formatos de observación de signos de rabia en el centro de zoonosis, seguimientos de animal agresor e IVC
9	9. Obligación 9: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1. Actividades desarrolladas: Realizar de acuerdo al lineamiento las actas de la actividad ejecutada y actualizar las bases de datos magnéticas y físicas de manera diligente. 9.2. Productos (evidencias): Base de datos físicas y magnéticas o drive.
10	10. Obligación 10: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA: CANALIZACIONES, PAI, EDUCACIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA, GESI, ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DE EISP Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. 10.1. Actividades desarrolladas: No hubo para el período 10.2. Productos (evidencias): No hubo para el período
11	11. Obligación 11: EL CONTRATISTA SE OBLIGA A QUE LAS GLOSAS QUE SE GENEREN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS QUE IDENTIFIQUE EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y/O INTERVENTORÍA DEL FFDS_SDS AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC (CONFORME AL ANEXO DE CRITERIOS DE GLOSA), SERÁN CAUSAL DE INICIO DE APERTURA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL. 11.1. Actividades desarrolladas: Pendiente seguimiento de auditoria 11.2. Productos (evidencias): Pendiente seguimiento de auditoria
12	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: Apoyar en las actividades en las que sea solicitado, cumpliendo con las obligaciones asignadas y diligenciando las actas y soportes correspondientes. 12.2. Productos (evidencias): Actas de entregas de turno centro zoonosis y actas de intervención a caninos potencialmente agresores y soportes entregados de manera física y magnética.

III. VERIFICACION 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 6024005984	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800

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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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



LAURA CAMILA LATORRE SEGURA

PS_6797_2025_330621

LAURA CAMILA LATORRE SEGURA

CC: 1014307030

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE

PS_6797_2025_330621

DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE

SUPERVISOR DEL CONTRATO

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500	\$ 0	\$ 280.200	\$ 500	\$ 280.700
SUBTOTALES:										\$ 280.200	\$ 500	\$ 280.700

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 400	\$ 0	\$ 218.900	\$ 400	\$ 0	\$ 219.300
SUBTOTALES:									\$ 218.900				\$ 218.900	\$ 400	\$ 0	\$ 219.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700	\$ 100	\$ 0	\$ 42.800
SUBTOTALES:									\$ 42.700	\$ 100	\$ 0	\$ 42.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 10.600	\$ 100	\$ 10.700
SUBTOTALES:			\$ 10.600	\$ 100	\$ 10.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TOE	TAE	TOP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SEGURIDAD SOCIAL								ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO			TOTAL APORTE							
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																						
1	CC 1014307030	LATORRE SEGURA LAURA CAMILA	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.805.815			NO							01-30											25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS008- COMPENS AR	30	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A	30	\$ 1.750.905	\$ 101430703	\$ 42.700	30	\$ 1.750.905	SCCF24- COMPENS AR	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 553.500
----------------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1014307030
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: LAURA CAMILA LATORRE SEGURA
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: AK 86 71-90 TELÉFONO: 5456826
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades veterinarias.
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **6024005984** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: junio PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026
 DÍAS DE MORA: 2
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/07/10 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 469872285

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

															TOTALES	
															COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

			ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO		NOMBRE		
9003360047	25-14		25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.700
SUBTOTAL:				1	\$ 280.700

SALUD

			ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO		NOMBRE		
8600669427	EPS008		EPS008-COMPENSAR	1	\$ 219.300
SUBTOTAL:				1	\$ 219.300

CAJA DE COMPENSACIÓN

			ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO		NOMBRE		
8600669427	CCF24		CCF24-COMPENSAR	1	\$ 10.700
SUBTOTAL:				1	\$ 10.700

RIESGOS PROFESIONALES

			ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO		NOMBRE		
8600111536	14-23		14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 42.800
SUBTOTAL:				1	\$ 42.800

VALOR SIN MORA:	\$ 552.400
VALOR MORA:	\$ 1.100
TOTAL PAGADO:	\$ 553.500



¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 10 julio 2026 01:30 p.m.

Cuenta origen: Cuentamiga *****5444

Comercio: SOI ACH

Nit del comercio: 9998300785126

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 6024005984

Referencia 1: 10.80.25.153

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1014307030

Código de la transacción (CUS): 469872285

Fecha de la solicitud: 10 julio 2026

Ciclo de la transacción: 4

Valor: \$ 553.500,00

Descripción de la transacción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del impuesto: \$ 0,00

Dirección IP: 152.203.58.160

Número de transacción: APII6191328203341573

Número de confirmación: 5a77678a9789

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

✓ Datos guardados

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		
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6797 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6797 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 6797 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>