

|                                                                                   |                                                   |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |

|                          |
|--------------------------|
| <b>DATOS DEL INFORME</b> |
|--------------------------|

|                     |     |                                   |            |                                          |                        |
|---------------------|-----|-----------------------------------|------------|------------------------------------------|------------------------|
| Periodo Certificar: | a   | Desde:                            | 2026-08-01 | Hasta:                                   | 2026-08-31             |
| Nombre Contratista: | del | ROSA CLARIVEL NEIRA ROMERO        |            | Número de Documento:                     | 28880986               |
| Correo Electrónico: |     | NEIRAROMEROC8@GMAIL.COM           |            | Número Telefónico:                       | 3153189399             |
| Nombre Supervisor:  | del | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | Cargo:     | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS | Código Grado: - 009-05 |

|                           |
|---------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b> |
|---------------------------|

|                               |                                     |               |      |                       |     |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                 | 2147-2026                           | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 296 |
| Perfil:                       | AUXILIAR EN ENFERMERIA              |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:          | USS TUNJUELITO                      |               |      |                       |     |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|---------------------------------|

| Centro de Costos             | Dirección                            | Unidad                                                   | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| B02JT                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS  | USS TUNJUELITO                                           | 0            | 24                       | 13900      | \$333600  | 13%                            |
| I06JT                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNJUELITO                                           | 186          | 0                        | 13900      | \$2585400 | 100.5%                         |
| B03JT                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS  | USS TUNJUELITO                                           | 0            | 18                       | 13900      | \$250200  | 9.7%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3169200                           | TRES MILLONES CIENTOSESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS |              |                          |            |           |                                |

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b> |
|--------------------------------------------|

|                              |              |                   |             |                                           |      |            |
|------------------------------|--------------|-------------------|-------------|-------------------------------------------|------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato |              | 2026-02-01        |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial |      | 2026-06-30 |
| No. Prorroga                 | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición                             | CDP  |            |
| 1                            | 2026-05-15   |                   | 1           | \$ 2733900                                | 1079 |            |
| 2                            | 2026-06-09   | 2026-08-31        | 2           | \$ 6004800                                | 1196 |            |

Carrera 20 No. 47 b - 33 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                              |                      |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Mes Cuenta de Cobro                                                                                                                          | Valor a Pagar        |
| 1                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FEBRERO                                                                                                                                      | \$ 3085800           |
| 2                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MARZO                                                                                                                                        | \$ 3336000           |
| 3                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ABRIL                                                                                                                                        | \$ 2835600           |
| 4                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MAYO                                                                                                                                         | \$ 3085800           |
| 5                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | JUNIO                                                                                                                                        | \$ 2835600           |
| 6                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | JULIO                                                                                                                                        | \$ 2988500           |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                     | PAGOS REALIZADOS     |
| \$ 12861900                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ 21600600                                                                                                                                  | \$ 18167300          |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                              | \$ 3433300           |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                   | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1                                                       | Desarrollar actividades de apoyo asistencial propias del perfil de auxiliar de enfermería, conforme a la Lex Artis, de acuerdo con las necesidades del servicio definidas por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., y en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.                                                                                                                                     | Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clínica electrónica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados.      | Historia clínica     |
| 2                                                       | Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas a los usuarios, sus familias y la comunidad, según el contexto asistencial en el que se desarrollen las actividades contratadas.                                                                                                                                                                                                                                       | ----Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de la vida saludable reforzando las recomendaciones de la parte médica. | Historia clínica     |
| 3                                                       | Registrar de manera completa, veraz y oportuna la información relacionada con las intervenciones realizadas, el plan de cuidados de enfermería y la evolución del paciente, en la historia clínica o en los registros institucionales definidos para tal fin, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a la normativa vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o las autoridades competentes, e informar oportunamente al equipo asistencial las variaciones relevantes en la condición del paciente. | --Diligenciar de manera clara y oportuna, los cuidados de enfermería para cada paciente de acuerdo a su patología y manejo clínico.          | -Historia clínica    |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 4                                                       | Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, guías, protocolos y procedimientos de enfermería, asegurando su correcta utilización, incluido el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, y el cumplimiento estricto de las normas universales de bioseguridad.                                                                                            | -----Asistir a inducción y reconducir establecido por la SUB RED SUR o entidades autorizadas por esta misma               | --Historia clínica   |
| 5                                                       | Contribuir al proceso de alta temprana del paciente, mediante el fortalecimiento de conocimientos dirigidos al paciente y su familia en promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos derivados del tratamiento y de las recomendaciones médicas, dejando los registros correspondientes en la historia clínica y en los documentos institucionales dispuestos para ello. | ----participar en la educación del paciente y la familia sobre el ámbito de vida saludable y su autocuidado               | ---Historia clínica  |
| 6                                                       | Desarrollar las demás actividades de apoyo asistencial propias del perfil contratado, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de los servicios de urgencias, conforme a la supervisión del contrato.                                                                                                                   | ---Asistencia al Profesional para la realización de actividades propias del servicio y la condición clínica del paciente. | Historia clínica     |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |                       |               |     |                                         |                                                          |                            |                                            |                     |            |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-----|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|---------------------|------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |                       | Fecha de Pago |     |                                         | Número de Planilla                                       | Factura Electrónica        | Valor Honorarios Certificados Mes Anterior | de el               |            |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA                                     | 1083607174                                               | -                          |                                            |                     | \$ 3169200 |
| 2026                                                    | AGOSTO                | 2026          | 08  | 11                                      |                                                          |                            |                                            |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                                         | TRES MILLONES CIENTOSESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS |                            |                                            |                     |            |
| Item                                                    |                       |               |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social |                                                          | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO                                      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES      |                            | \$ 1750905                                 | \$ 280145           | \$ 280200  |
| Salud                                                   |                       |               |     |                                         | EPS SURA                                                 |                            |                                            | \$ 218863           | \$ 218900  |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3                                       | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.                      |                            |                                            | \$ 42652            | \$ 42700   |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO                                      |                                                          |                            | Total                                      | \$ 508148           | \$ 541800  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                                         |                                                          |                            |                                            |                     |            |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta                          | AHORROS                                                  |                            | Número de Cuenta                           | 468200086428        |            |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |                                         |                                                          |                            |                                            |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |                                         | USUARIO                                                  |                            |                                            | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                                         | ROSA CLARIVEL NEIRA ROMERO                               |                            |                                            | 2026-08-20 15:34:20 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |     |                                         | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN                        |                            |                                            | 2026-08-21 09:41:16 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |     |                                         | ROSA CLARIVEL NEIRA ROMERO                               |                            |                                            | 2026-08-21 10:34:17 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |     |                                         | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN                        |                            |                                            | 2026-08-21 16:23:54 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |     |                                         | ROSA CLARIVEL NEIRA ROMERO                               |                            |                                            | 2026-08-21 16:33:04 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                                         | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN                        |                            |                                            | 2026-08-24 08:31:57 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                                         | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                         |                            |                                            | 2026-09-01 22:51:36 |            |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN**  
**DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS**



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-24, 03:58:44 PM    Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES    Número Planilla: 1082711863  
Periodo Cotización: julio de 2026    Periodo Servicio: julio de 2026    Referencia pago: 8823998331

PAGADA 11/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                            |  |  |                |                    |
|---------------------|----------------------------|--|--|----------------|--------------------|
| Razón Social        | ROSA CLARIVEL NEIRA ROMERO |  |  | Dirección      | CL 64 SUR #83 - 05 |
| Documento           | CC28880986                 |  |  | Teléfono       | 3153189399         |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE              |  |  | Forma          | ÚNICO              |
| Tipo Persona        | NATURAL                    |  |  | Departamento   | BOGOTA D.C.        |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                |  |  | Identificación |                    |
| Representante Legal |                            |  |  | ARP            | ARL SURA           |
| Total Afiliados     | 1                          |  |  |                |                    |

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 | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP       | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días 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 28880986    | ROSA CLARIVEL NEIRA ROMERO | 59             | 0                 |           |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           | 0   | 30  | 30       | 30       | (25-14) COLPENSIONES | \$1.750,905    | \$280,200   | (EPS010) EPS SURA | \$1.750,905    | \$218,900 | 2.436        | \$1.750,905  | \$42,700    | (CCF21) CAFAM  | \$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-<br>cias, saldos a Favor)<br>EPS | Incapacidades<br>ARP | SUBTOTAL SIN<br>INTERESES DE<br>MORA | TOTAL<br>INTERESES<br>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   |





PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-12, 06:19:03 AM    Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES    Número Planilla: 1083607174  
Periodo Cotización: agosto de 2026    Periodo Servicio: agosto de 2026    Referencia pago: 8823998331

PAGADA 11/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                            |                |                    |
|---------------------|----------------------------|----------------|--------------------|
| Razón Social        | ROSA CLARIVEL NEIRA ROMERO |                |                    |
| Documento           | CC28880986                 | Dirección      | CL 64 SUR #83 - 05 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE              | Teléfono       | 3153189399         |
| 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 | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP       | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días 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 28880986    | ROSA CLARIVEL NEIRA ROMERO | 59             | 0                 |           |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           | 0   | 30  | 30       | 30       | (25-14) COLPENSIONES | \$1.750,905    | \$280,200   | (EPS010) EPS SURA | \$1.750,905    | \$218,900 | 2.436        | \$1.750,905  | \$42,700    | (CCF21) CAFAM  | \$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-<br>cias, saldos a Favor)<br>EPS | Incapacidades<br>ARP | SUBTOTAL SIN<br>INTERESES DE<br>MORA | TOTAL<br>INTERESES<br>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   |



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 de la Entidad Estatal

>

**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 |                   |                 |                    |                           |        |

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

|                          | Descripción              | Nombre del archivo       | Subido por |                           |                         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ENFERMERÍA AUXILIAR.pdf  | ENFERMERÍA AUXILIAR.pdf  | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | 1. HOJA DE VIDA.pdf      | 1. HOJA DE VIDA.pdf      | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO 2026d (11).pdf   | ilovepdf_merged (11).pdf | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 2147 2026.pdf         | PS 2147 2026.pdf         | Comprador  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MARZO fusionado (15).pdf | ilovepdf_merged (15).pdf | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ABRIL_merged (16).pdf    | ABRIL_merged (16).pdf    | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MAYO 2026                | ilovepdf_merged (19).pdf | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | JUNIO 2026.pdf           | JUNIO 2026.pdf           | Proveedor  | <a href="#">descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |



Julio fusionado (26).pdf

ilovepdf\_merged (26).pdf

Proveedor

[descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>