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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAROL DANIELA PERILLA MURCIA**			**CC:**	**1012438321**
CORREO ELECTRÓNICO:	**danielapmts21@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3203138656**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 26 26A 30**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**457400138220**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6890 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/09/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

CAROL DANIELA PERILLA MURCIA
PS_6890_2025_0DBD19

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAROL DANIELA PERILLA MURCIA
CC: 1012438321
CEL: 3203138656

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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			
CAROL DANIELA PERILLA MURCIA			
	CON C.C N°	**1.012.438.321**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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 6890 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 57.524.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ		

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	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: Lanzamiento Libro Desarrollo migratorio 4-08-2026, Reunión preparatoria Los Mártires 5-08-2026, Fortalecimiento en salud sexual y reproductiva 6-08-2026, Lactancia materna RUU 11-08-2026, Comité Derechos humanos San Cristóbal 12-08-2026, Jornada de servicios Antonio Nariño 14-08-2026, Consejo de paz RUU 18-08-2026, Jornada Marco Fidel Suarez 19-08-2026, Jornada Santa Fe 20-08-2026, Comité Derechos humanos Los Mártires 20-08-2026, Conviventia 20--08-2026, ICBF Antonio Nariño 21-08-2026, Reunión mesa de dialogo La Candelaria 21-08-2026, Recorrido La Candelaria 21-08-2026, Comité Derechos humanos Antonio Nariño 25-08-2026, Jornada Los Mártires 26-08-2026, Jornada Santa Fe 27-08-2026, Jornada PPT a la escuela Jorge Soto Del Corral 28-08-2026. 1.2 Productos o evidencias: Actas y listados de asistencia
2	Obligación 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades Desarrolladas: Se remite información de cronograma semanal dispuesto por gestión y Análisis de políticas donde se realiza actualización de las actividades desarrolladas en el mes. 2.2 Productos o evidencias: Drive cronograma
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: Diligenciamiento del anexo 1 para las 6 localidades correspondiente a la política de acogida, inclusión y desarrollo para la población migrante internacional. 3.2 Productos o evidencias: Actas y listados de asistencia
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: Reunión Gestión y Análisis 10-08-2026 4.2 Productos o evidencias: Acta y listados de asistencia
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: Seguimiento mensual preauditoria y presentación de soportes del mes en curso. 5.2 Productos o evidencias: Actas y listados
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: Informes Santa Fe -Mártires MILM 31-08-2026, Asistencia Técnica 28-08-2026 6.2 Productos o evidencias: Actas y listados
7	Obligación 7. Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 Actividades Desarrolladas: Diligenciamiento de actas y listados que responden a la territorialización de la política pública de acogida, inclusión y desarrollo para la población migrante internacional, además de los productos del proceso de Gestión y Análisis según los lineamientos. 7.2 Productos o evidencias: Drive

8	Obligación 8. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 Actividades Desarrolladas: Notificación a demanda 8.2 Productos o evidencias: Formato cuando aplica
9	Obligación 9. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 Actividades Desarrolladas: Organizar archivo documental de la política de la Política Pública de Acogida, Inclusión y Desarrollo para la población migrante internacional, de forma digital de acuerdo a las indicaciones brindadas por la líder local y la referente del proceso. 9.2 Productos o evidencias: Drive por localidad
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 Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 Actividades Desarrolladas: Se da gestión al anexo 10 que da respuesta a los casos remitidos hacia lo intersectorial, actualización permanente de Cooperantes y convenios vigentes dirigidos a la atención de población migrante, además, además se remite 1 canalización por localidad. 10.2 Productos o evidencias: Correo envió canalizaciones, anexo 10
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: Proceso de alistamiento de soportes para la revisión del seguimiento retrospectivo y entrega oportuna y con calidad de soportes de las políticas a cargo 11.2 Productos o evidencias: Drive local
12	Obligación 12. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 12.1 Actividades Desarrolladas: Presentación pre auditoria mes de agosto 28-08-2026 12.2 Productos o evidencias: Drive local

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93366640	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	SKANDIA	2026/08/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/13	$ 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	*CAROL DANIELA PERILLA MURCIA* *PS_6890_2025_0DBD19* **CAROL DANIELA PERILLA MURCIA** **CC: 1012438321**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ* *PS_6890_2025_0DBD19* **MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ* *PS_6890_2025_0DBD19* **ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	1012438321	CAROL DANIELA PERILLA MURCIA	CALLE 71 N 88 I 11 SUR	3203138656	DANIELAPMTS21@GMAIL.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
		93366640	13/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$1,750,905	$580.100	

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	7	1.200	0	220.100	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	280.200	0	0	0	0	7	1.500	0	281.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	7	300	43.000			427	43.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	7	200	35.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	220.100
Pensión	1	280.200	281.700
Riesgos Laborales	1	42.700	43.000
CCF	1	35.100	35.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	580.100

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	1012438321	CAROL DANIELA PERILLA MURCIA	CALLE 71 N 88 I 11 SUR	3203138656	DANIELAPMTS21@GMAIL.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
		93366640	13/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$1,750,905	$580.100	

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	Excenvuelo	IND	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 1012438321	PERILLA MURCIA CAROL DANIELA	59	0			N																	230901	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail **Carol Daniela Perilla Murcia <danielapmts21@gmail.com>**

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 562928907

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 13 de agosto de 2026 a las 9:28
Para: danielapmts21@gmail.com

¡Hola, Carol Daniela Perilla Murcia!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 580.100,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 13/08/2026

CUS: 562928907

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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 Contr...
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		
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO OCTUBRE 2025 (1).pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO OCTUBRE 2025 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO DICIEMBRE 2025 (1).pdf (Archivado)	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO DICIEMBRE 2025 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO DICIEMBRE 2025..pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO DICIEMBRE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO ADICIONALES DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO ADICIONALES DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2026 CUENTADE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 6890 2026 CUENTADE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6890 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6890 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_6890_2025_JULIO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_6890_2025_JULIO_PLANILLASS.(3).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 6890 2025 CUENTADE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >