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:	**ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN**			**CC:**	**1023875455**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ASTRIDVPRADA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124986522**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 15E 14A 49 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**NU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**61144523**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3068 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.352.900**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN
PS_3068_2026_2DC7AB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN
CC: 1023875455
CEL: 3124986522

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			
ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN			
	CON C.C N°	**1.023.875.455**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3068 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.229.300	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.352.900
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1. EJECUTAR EL SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS INSCRITOS EN LOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA Y RUTAS DE ATENCIÓN DE ACUERDO CON LA DISTRIBUCIÓN POR LOCALIDAD. 1.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento a usuarios crónicos de las diferentes EAPB asignar citas según curso de vida con frecuencia de uso. 1.2. Productos (Evidenciarías): Base de Censos de capital salud, seguimientos c.s. de hemoglobinas.
2	2. REALIZAR LA ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA CANALIZACIÓN DE LOS USUARIOS ASIGNADOS, O QUE CONSULTAN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED. 2.1. Actividades desarrolladas: Se gestionan canalizaciones al 100% de las diferentes EAPB de las rutas de cardio cerebrovascular y epoc entregadas vía correo electrónico por el técnico encargado. 2.2. Producto (Evidencias): Validación en base de canalizaciones drive.
3	3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS EN LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCIÓN MEDIANTE LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS POR CURSO DE. 3.1. Actividades desarrolladas: Se realizan seguimiento a usuarios reportados en las diferentes rutas de atención. 3.2. Productos (Evidencias): base de datos de capital salud, sanitas, famisanar.
4	4. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS DE ACUERDO CON LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCIÓN EN PERSONAS DE LOS DIFERENTES MOMENTOS DEL CURSO DE VIDA Y RUTAS DE RIESGO DE ACUERDO CON EL TEMA ASIGNADO. 4.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento y agendamiento de citas pendientes a usuarios crónicos de las diferentes EAPS. Validando actividades de la RPMS del curso de vida. 4.2. Productos (Evidencias): base de datos de capital salud, sanitas, famisanar.
5	5. APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES QUE SE REQUIERAN. 5.1. Actividades desarrolladas: Se realiza búsqueda de diagnósticos individuales en historia clínica para base de datos. 5.2. Productos (Evidencias): Entrega de diagnósticos a líder de proceso.
6	6. INFORMAR A LA LIDER DE LA COHORTE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL SEGUIMIENTO RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DEL RIESGO (EGRESOS HOSPITALARIOS). 6.1. Actividades desarrolladas: Se informa al líder de la cohorte por medio de correo hallazgos encontrados en el seguimiento relacionados con la gestión del riesgo y se realiza gestión para las barreras de acceso. 6.2. Productos (Evidencias): Mediante correo electrónico a la líder de proceso.
7	7. REALIZAR LA BÚSQUEDA DE LOS DATOS DE SERVICIO PENDIENTES POR USUARIO DE ACUERDO CON SU CICLO DE VIDA O CANALIZACIÓN ASIGNADA. 7.1. Actividades desarrolladas: Gestionar y asignar atenciones pendientes del usuario según curso de vida o ruta de riego. 7.2. Productos (Evidencias): Evidencia en base de datos de drive.
8	8. REALIZAR LOS SOPORTES NECESARIOS PARA LAS BASES DE DATOS SICR Y HERRAMIENTAS DE MONITOREO EN CADA COHORTE DEL RIESGO, POSTERIOR RADICACIÓN A LÍDER. 8.1. Actividades desarrolladas: Se gestionan bases de canalizaciones y herramientas de monitoreo dando conocimiento a la jefe de cohorte o líder de proceso. 8.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso.

9	9. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS USUARIOS A CADA UNA DE LAS RUTAS DEL RIESGO SEGÚN DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS. 9.1. Actividades desarrolladas: Se realiza búsqueda de diagnósticos en historia clínica y se hace entrega de base de datos realizando el respectivo seguimiento y asignación de cita. 9.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso, Evidencia en base de datos egresos hospitalarios de drive.
10	10. REALIZAR LA DEMANDA INDUCIDA REALIZADO CONTACTO TELEFÓNICO A CADA USUARIO DE ACUERDO CON LA ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS DE LA RPYMS Y LAS COHORTES DEL RIESGO. 10.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento telefónico a los usuarios reportados por la líder de proceso, asignando consultas pendientes según riesgo o curso de vida. 10.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso, Evidencia en base de datos de drive.
11	11. REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LAS BASES DE DATOS DE LAS COHORTES DEL RIESGO. 11.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento telefónico y agendamiento de citas pendientes a los usuarios reportados con riesgo cardio cerebrovascular y epoc. 11.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso, Evidencia en base de datos de drive
12	12. REALIZAR LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE CADA ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE EL MES Y ENTREGAR EL SOPORTE AL LIDER DEL PROCESO, LA ACTIVIDAD DEBERÁ SER REALIZADA DE MANERA MENSUAL. 12.1. Actividades desarrolladas: Se envía al correo de la cohorte gestión y seguimiento de las bases entregas por la líder del proceso en el mes. 12.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico a la jefe de cohorte o líder de proceso
13	13. RADICAR EN GESTIÓN DOCUMENTAL LOS SOPORTES OBTENIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE ARCHIVO Y CON LOS CRITERIOS DE LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL, AL FINALIZAR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO SE DEBERÁ CONTAR CON ARCHIVO PENDIENTE PARA ALMACENAMIENTO. RADICAR EN GESTIÓN DOCUMENTAL LOS SOPORTES OBTENIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE ARCHIVO Y CON LOS CRITERIOS DE LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL, AL FINALIZAR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NO SE DEBERÁ CONTAR CON ARCHIVO PENDIENTE PARA ALMACENAMIENTO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 13.1. Actividades desarrolladas: No Aplica 13.2. Productos (Evidencias): No Aplica

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° 93470982	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/14	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/14	$ 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	*ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN* *PS_3068_2026_2DC7AB* **ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN** **CC: 1023875455**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS* *PS_3068_2026_2DC7AB* **GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3068_2026_2DC7AB* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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	1023875455	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN	transversal 15 este # 14 a - 49 sur	2334478	astrid._prada@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
		93470982	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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
231001	Colfondos	800227940-6	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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	1023875455	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN	transversal 15 este # 14 a - 49 sur	2334478	astrid._prada@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
		93470982	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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	Excepción	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 1023875455	PRADA BELTRAN ASTRID VIVIANA	59	0			N																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	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

¡Listo! Hiciste tu pago

13 jul 2026, 18:54

Pago en:
COMPENSAR-OI

Descripción:
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

La cantidad de:
$541.800,00

Impuesto del 4X1.000 de:
$0,00

Impuesto IVA:
$0,00

Fecha de transacción:
13/07/2026

CUS:
476869620

Número de referencia 1:
45.238.182.239

Número de referencia 2:
CC

Número de referencia 3:
1023875455

Número de la factura:
93470982

Esta transacción se hizo a través de PSE

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		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3068 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3068 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3068 2026 CRP -9704.pdf	1 PS 3068 2026 CRP -9704.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3068 2026 CRP -17097.PDF	2 PS 3068 2026 CRP -17097.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)	PS 2123 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_3068_2026_ABRIL_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_3068_2026_ABRIL_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JUNIO 2026.pdf	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 3068 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >