**EDUARDO DAZA GILI**
NIT: 79317172-8
Régimen: No responsable de IVA

CR 11 B No 134 -51
, Bogotá, D.C.

Número Autorización 18764116395755 del 29/09/2026
Autoriza con prefijo desde FE171 hasta FE200 vigencia hasta 29/03/2027
REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
FAVOR NO APLICAR RETENCION EN LA FUENTE NI RETENCION DE ICA

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

Número: **FE171**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre o Razón Social:** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE | **NIT:** | 900959051 | **Dirección:** | DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia |
| **Teléfono:** | 3444484 | **Email:** | radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co | **Fecha:** | 29/09/2026 |
| **Fecha vencimiento:** | 30/10/2026 | **Fecha firmado:** | 29/09/2026 22:38:29 | **Moneda:** | COP Colombia, Pesos |
| **Forma de Pago:** | Crédito | **Medio de pago:** | Transferencia Débito Interbancario | **Fecha de pago:** | 30/10/2026 |
| **CUFE:** | ce63080bef6d38be125a06d70ddf8507b8476e1301228bbc767150910a9a2dadb8d47a26326ccbd0fb3dc64ba62816f7 | | | **Total de Lineas:** | 1 |

| # | Servicio | Servicio | U. M. | Cant. | Impuestos | | | Precio U | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | NOM | % o Val. | Monto | | |
| 1 | 85100000-0 | ANESTESIOLOGIA<br>HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2026 | HUR | 238,00 | | | | $116.730,00 | $27.781.740,00 |

**Notas**:

**SON**: (veintisiete millones setecientos ochenta y un mil setecientos cuarenta pesos )
**CUFE**: ce63080bef6d38be125a06d70ddf8507b8476e1301228bbc767150910a9a2dadb8d47a26326ccbd0fb3dc64ba62816f7

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $27.781.740,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $27.781.740,00 |

FIRMA AUTORIZADA

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
PFAVOR NO APLICAR RETENCION EN LA FUENTE NI RETENCION DE ICA

**Firma Digital:** Hjz7ASEyvp0GQG2GDWDBbcfqmTN8P0ZOL/39e3eQwM+kfBhsQXdUOb7Ox1WHNfNb
JID8qqSucBanl0gS02Nl5Hu47CMd9nNVwYCbixa7GR+6Hga7gk
N1K2i298caUBdW lMK5hO13kJFwtlNPDl0r8fbeB1bHg9hQGyAwthX9Ub2Tpplga58UiqpExP2j6MuQ rfUX9lTyyVjgQygGzsofoJsIma5zCubWa9N
321UVmUZ75KBTITK+I9qv/1q93Clx h7YaifekvYIlyqSYaN3P8ADCnB9rjD5j9hePWGOkQ5pSuAi0vNwncwD2VaZGwMv8 TMdc3ZLBxGGN2qYvAj18
RQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

**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: (30-09-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **EDUARDO DAZA GILI** | | | **CC:** | **79317172** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **EDUARDODAZA@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3108014230** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 11B 134 51** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DE BOGOTA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **102658432** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1471 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 27.781.740** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*EDUARDO DAZA GILI*
*PS_1471_2026_A65356*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**EDUARDO DAZA GILI**
**CC: 79317172**
**CEL: 3108014230**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **EDUARDO DAZA GILI** | | | |
| | **CON C.C N°** | **79.317.172** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1471 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 86.847.120 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **238** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 270.696.870 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 27.781.740 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SAUL ARDILA DURAN | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1 Se efectuaron los procedimientos diagnósticos y terapéuticos requeridos, teniendo en cuenta las necesidades individuales y las condiciones particulares de cada paciente.<br>2 Se desarrollaron las actividades asistenciales con enfoque humanizado, promoviendo respeto, empatía y calidad durante la atención.<br>3 Se brindó información relacionada con el estado clínico, evolución y plan de manejo, resolviendo las inquietudes manifestadas durante la atención.<br>4 Se desarrollaron las actividades asistenciales observando las disposiciones institucionales y legales aplicables al servicio.<br>5 Se efectuó el registro correspondiente de las intervenciones realizadas, recomendaciones y conductas establecidas durante la atención.<br>6 Se atendieron las actividades académicas y de investigación requeridas, de acuerdo con las necesidades institucionales.<br>7 Se apoyó la gestión institucional de seguridad del paciente mediante la identificación, comunicación y seguimiento de los eventos presentados.<br>8 Se apoyó el desarrollo de actividades encaminadas al cumplimiento de los criterios institucionales de habilitación y acreditación.<br>9 Se cumplió con la programación contractual establecida, informando oportunamente las novedades que se presentaron.<br>10 Se apoyó la revisión de los documentos técnicos requeridos para el fortalecimiento de los procesos institucionales.<br>11 Se contribuyó a la construcción de respuestas claras y pertinentes frente a las solicitudes recibidas.<br>12 Se participó en las actividades orientadas a fortalecer la calidad de los soportes requeridos para facturación y auditoría.<br>13 Se efectuó seguimiento a las acciones de mejora asignadas, dando cumplimiento a los compromisos establecidos.<br>14 Se participó en actividades de formación continua y reuniones relacionadas con el desarrollo del objeto contractual.<br>15 Se dio cumplimiento a las disposiciones relacionadas con el uso, cuidado y seguridad de los recursos institucionales.<br>16 Se mantuvo disponible la documentación necesaria para demostrar el cumplimiento de los requisitos profesionales y administrativos.<br>17 Se mantuvieron al día las obligaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social y aportes parafiscales.<br>18 Se desarrollaron oportunamente las actividades adicionales requeridas durante el periodo de ejecución contractual. |

**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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | N° 95120225 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 2026/09/11 | $ 4.375.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/09/11 | $ 6.230.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/09/11 | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 10.605.000 |

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** | *EDUARDO DAZA GILI*<br>*PS_1471_2026_A65356*<br>**EDUARDO DAZA GILI**<br>**CC: 79317172** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *SAUL ARDILA DURAN*<br>*PS_1471_2026_A65356*<br>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**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 | 79317172 | EDUARDO DAZA GILI | Carrera 11 B # 134 - 51 | 6018114265 | eduardodaza@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 |
| | | 95120225 | 11/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $10.605.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 4.375.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 4.375.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 5.600.000 | 0 | 0 | 175.000 | 455.000 | 0 | 0 | | 6.230.000 | 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 | | | | | | | | | | |

**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 | 4.375.000 | 4.375.000 |
| Pensión | 1 | 6.230.000 | 6.230.000 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 10.605.000 | 10.605.000 |

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 | 79317172 | EDUARDO DAZA GILI | Carrera 11 B # 134 - 51 | 6018114265 | eduardodaza@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 |
| | | 95120225 | 11/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $10.605.000 | |

## 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 79317172 | DAZA GILI EDUARDO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 35.000.000 | 30 | 5.600.000 | 0 | 0 | 175.000 | 455.000 | EPS017 | 35.000.000 | 30 | 4.375.000 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 1. PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | 1. PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 1471 2026 CRP -8725.pdf | 1 PS 1471 2026 CRP -8725.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2. PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | 2. PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3. PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | 3. PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 4 PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | 4 PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2 PS 1471 2026 CRP -15752.PDF | 2 PS 1471 2026 CRP -15752.PDF | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 5 PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | 5 PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO 26.pdf | PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2026 CUENTA DE COBRO 2026..pdf | PS 1471 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >