

## Carlos Alberto Rey Poloche

MEDICO GENERAL

Contrato Actual: 3044-2024

3223802028 crey03@uan.edu.co

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
1022418903

Sede
SUBRED

Banco
BANCOLOMBIA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
24400023600

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **21/01/2025**.

RELACION DE CUENTAS 217278

Buscar

CREAR CUENTA +

| ID | CONTRATO | PERIODO | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | % EJECUTADO | SALDO POR EJECUTAR | ESTADO | ACCIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 217278 | 3044 | 2024-12-01 / 2024-12-31 | $63,319,608 | $5,756,328 | 100 | $0 | APROBADA | |
| 212225 | 3044 | 2024-11-01 / 2024-11-30 | $57,563,280 | $5,756,328 | 100 | $0 | APROBADA | |
| 205665 | 3044 | 2024-10-01 / 2024-10-31 | $51,806,952 | $5,756,328 | 100 | $0 | APROBADA | |
| 200975 | 3044 | 2024-09-01 / 2024-09-30 | $46,050,624 | $5,756,328 | 88.89 | $5,756,328 | APROBADA | |
| 195373 | 3044 | 2024-08-01 / 2024-08-31 | $40,294,296 | $5,756,328 | 100 | $0 | APROBADA | |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Carlos Alberto Rey Poloche | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1022418903 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | crey03@uan.edu.co | | | | CELULAR: | 3223802028 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS 17 TRINIDAD GALÁN | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | SU41A37 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24400023600 | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3044 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2652 | FECHA | 2024-12-15 16:09:19.000 | NÚMERO DE CRP | 79189 | FECHA | 2024-12-15 23:00:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-12-01 | | 2024-12-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $5,756,328 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $63,319,608 |
| VALOR EJECUTADO | $63,319,608 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,756,328 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9477380399 | $2,302,531 | $287,816 | $368,405 | 3 | $56,090 | $712,311 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| "1. Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada" | Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno. | Historia Clínica. |
| 2. Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente. | Elaboración de la historia clínica completa de acuerdo a lineamientos establecidos. | Historia Clínica. |
| 3. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. | Realización de actividades establecidas. | Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional, como cumplimiento del indicador de rendimiento y de productividad, verificación de historias clínicas, notificación de eventos de salud pública. |
| 4. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades. | Realizar actividades acorde a los establecido. | Informe de actividades. |
| 5. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado. | Realización de actividades establecidas. | Agenda - historia Clínica / Metas propuestas. |
| 6. Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso. | Historia clínica, actas, consentimiento informado, reportes de notificación. |
| 7. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Apoyo en las diferentes estrategias establecidas, Diligenciamiento y entrega oportuna de las fichas de notificación. | Fichas de Notificación (2 fichas SIVISTRA, 2 fichas SIVIM). |
| 8. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio | Aplicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales. | Consentimiento Informado. |
| 9. Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas" | Informe acerca de anomalías presentadas en la prestación del servicio. | Informes. |
| "10. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas. " | Entrega de Informes mensuales o periódicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas. | Informes. |
| 11. Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute | Participación en las diferentes actividades programadas. | Actas. |
| "12. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas. " | Velar y responder por la informaciòn y soportes de las actividades realizadas. | Archivo. |
| "13. Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados. " | Informar al líder del estado de las agendas | Informe. |
| 14. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligenciamiento completo y adecuado del consentimiento informardo acorde al procedimiento. | Consentimiento informando acorde al procedimiento. |
| 15. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica y realizar las notificaciones pertinentes de salud pública de acuerdo con la normatividad. | Historia Clínica. |
| 16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Actas de recibido y entrega de los elementos a disposición para realizar de manera eficiente mi desempeño de actividades. |
| 17. Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc | " Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc ". | "Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensua requerido en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc ". |
| 18. En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. | Informar a mi supervisor del contrar de manera oportuna mi ausencia a la consulta. | Informe de incapacidades, excusas, permisos administrativos. |
| 19. Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente. | Usar adecuademente la bata y el carnet según lineamiento institucional. | Informes/Actas De Compromiso. |
| 20. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realización de actividades establecidas. | Actas de asistencia. |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1022418903 | | REY POLOCHE CARLOS ALBERTO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 4bis 44 31 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7620000 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1109528377 | 9477380399 | I | 2024/12/03 | 2024/12/09 | BANCOLOMBIA | 6 | $715,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,302,531 | $368,500 | | | $2,302,531 | $287,900 | | | $0 | $0 | | | $2,302,531 | $56,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,302,531 | $368,500 | | | $2,302,531 | $287,900 | | | $0 | $0 | | | $2,302,531 | $56,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,302,531 | $368,500 | | | $2,302,531 | $287,900 | | | $0 | $0 | | | $2,302,531 | $56,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1022418903 | REY CARLOS | 230301 | 30 | $2,302,531 | $368,500 | EPS005 | 30 | $2,302,531 | $287,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $2,302,531 | $56,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,302,531 | $368,500 | | | $2,302,531 | $287,900 | | | $0 | $0 | | | $2,302,531 | $56,100 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1022418903 | | REY POLOCHE CARLOS ALBERTO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 4bis 44 31 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7620000 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1109528377 | 9477380399 | I | 2024/12/03 | 2024/12/09 | BANCOLOMBIA | 6 | $715,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $368,500 | $1,500 | $0 | $370,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $368,500 | $1,500 | $0 | $370,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $56,100 | $300 | $0 | $56,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $56,100 | $300 | $0 | $56,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $287,900 | $1,200 | $0 | $289,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $287,900 | $1,200 | $0 | $289,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $712,500 | $3,000 | $0 | $715,500 |

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1022418903 |
| NOMBRES | CARLOS ALBERTO |
| APELLIDOS | REY POLOCHE |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/09/2022 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 12/07/2024 13:27:27 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1022418903 | REY | POLOCHE | CARLOS | ALBERTO | 2024-10 | EPS SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 1022418903 | REY | POLOCHE | CARLOS | ALBERTO | 2022-08 | CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SANITAS | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| CAPITAL SALUD EPSS S.A.S. | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ENERO 2024.pdf | ENERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | FEBRERO 2024.pdf | FEBRERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 2024.pdf | MARZO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 2024.pdf | ABRIL 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 2024.pdf | MAYO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO 2024.pdf | JUNIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO 2024.pdf | JULIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 2024.pdf | AGOSTO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 2024.pdf | SEPTIEMBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | OCTUBRE 2024.pdf | OCTUBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | NOVIEMBRE 2024.pdf | NOVIEMBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**REY POLOCHE CARLOS ALBERTO**

**C.C. 1.022.418.903 de BOGOTA**

La suma de $ 5.756.328, Cinco millones setecientos cincuenta y seis mil trecientos veinte ocho pesos m/cte. por concepto de: honorarios durante el periodo de 01 al 31 de DICIEMBRE 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3044_2024.



**Nombre de contratista**

**REY POLOCHE CARLOS ALBERTO**

**C.C. 1.022.418.903 de BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**

**NÚMERO** 244-000-236-00