



ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS SAN FRANCISCO

Nit: 800.133.887-9

COMPROBANTE DE EGRESO: OP 6041 Fecha: May.28/2025

2025 05 28 *****2,635,290.**

**MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO

***** DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS M/L.*****

| | | | |
|----------------|--|------------|---------------|
| Proveedor: | MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO | Nit/CC: | 1.102.857.140 |
| No Fact.: | 1985 | Vr Pagado: | 2,635,290. |
| Fecha Fact.: | May.15/2025 | | |
| Fact.Ref: | | | |
| Cta. Banco: | 07 -014298382-08 | Cheque: | 1414449 |
| | | Vr Cheque: | 2,635,290. |
| Vr Letras: | DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS M/L. | | |
| Observaciones: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS MES DE ABRIL 2025 | | |

VALORES

| | | | |
|----------------|------------|---------------|------------|
| Vr. Bruto: | 2,961,000. | Vr. Iva: | 0. |
| Vr. Retención: | 325,710. | Vr.Rete-Iva: | 0. |
| EST. PRO HOS | 29,610. | RET. HONORAR | 296,100. |
| | 0. | | 0. |
| | 0. | | 0. |
| N-Crédito: | 0. | Vr.Descuento: | 0. |
| | | Vr.NETO: | 2,635,290. |

IMPUTACION CONTABLE

| Cuenta | Nit | Centro De Costos | Valor |
|--------------|---------------|------------------|--------------|
| 1 1 10 05 02 | | | 2,635,290.00 |
| 2 4 01 01 01 | 1,102,857,140 | | 2,635,290.00 |

IMPUTACION PRESUPUESTAL

| Vigencia | Unid Eje | Rubro | Valor |
|---------------|----------|---------------------|---------------------|
| 2025 | 3232 | 2.1.2.02.02.009.902 | 2,961,000.00 |
| Total: | | | 2,961,000.00 |

SILVIA NAVA VILLEGAS

Gerente

ADRIANA MARCELA DAZA MARIN
Subdirector Administrativo y
Financiero

MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO

Firma y Sello Beneficiario



CARRERA 10 # 9-09

SAN FRANCISCO

ORDEN DE PAGO

N° 6041

CHEQUE No: ACH **BANCO:** **FECHA:** May.28/2025
PAGADO A: MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO **NIT:** 1.102.857.140

| DESCRIPCIÓN | | | | | | | |
|--------------|------------|-----|----------|-----------|----------|--------------|-----------|
| VALOR | RETEFUENTE | IVA | RETE IVA | DESCUENTO | NC/OTROS | VR. EFECTIVO | VR.CHEQUE |
| 2,635,290.00 | 325,710.00 | | | | | | |

| TIPO FAC. | NUM. FAC. | CENTRO DE COSTO | VALOR |
|-----------|-----------|-----------------|--------------|
| FPA | 1985 | | 2,635,290.00 |

| CONTABILIZACION | | | |
|-----------------|---------|------|-------|
| CODIGO | TERCERO | T. C | VALOR |
| #CONT | | | |

| | | |
|---|---|---------------------------|
| OBSERVACIONES: CONSIGNADO EN CTA No. 08270694404 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN LA ESE HOSPITALSAN FRANCISCO DE ASIS MES DE ABRIL 2025 | FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO _____ C.C / NIT | |
| ELABORADO POR: ANGELA PAOLA RAMIREZ | AUTORIZADO POR: | CONTABILIZADO POR: |



6047

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS SAN F
NIT 800.133.887
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA - REGIMEN SIMPLIFICADO
Resolución DIAN 18764002920018 del 24 de agosto de 2020

Comprobante: 04 1985 **Fecha Comprobante:** May.15/2025
Prefijo: DCNF **Numero:**1985 **Fecha Actual:** May.16/2025 **Hora:**11:37
Concepto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS MES DE ABRIL 2025

VALORES DOCUMENTO

| | | |
|---|----|--------------|
| SUBTOTAL: | | 2,961,000.00 |
| VR. RETENCIÓN: | 10 | 325,710.00 |
| VR. OTRAS DED: | | |
| VR. ICA: | | |
| VR. NETO: | | 2,635,290.00 |
| SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS M/L. | | |

IMPUTACION PRESUPUESTAL

| CODIGO RUBRO | NOMBRE RUBRO | COMP. | DISP. | VALOR |
|--------------|------------------------------------|-------|-------|--------------|
| 212020200902 | SERVICIOS PERSONALES (PERSONAL ASI | C2520 | D2520 | 2,961,000.00 |

CONTABILIZACIÓN

| CUENTA | DESCRIPCION | NIT | NOMBRE | C.COSTO | VR. DEBITO | VR. CREDITO |
|----------|-------------------------|---------------|---------------------------|---------|--------------|--------------|
| 24010101 | BIENES Y SERVICIOS | 1,102,857,140 | MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO | | | 2,635,290.00 |
| 73010201 | GENERALES | 1,102,857,140 | MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO | | 2,961,000.00 | |
| 24072201 | ESTAMPILLA PRO HOSPITAL | 1,102,857,140 | MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO | | | 29,610.00 |
| 24360302 | HONORARIOS 10% | 1,102,857,140 | MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO | | | 296,100.00 |
| | | | | TOTAL | 2,961,000.00 | 2,961,000.00 |

Elaborado Por

Autorizado

Revisado

URGENCIAS NOCHE DE 20:00 – 07:00HRS

NOMBRE: Carlos Mario Mendoza Ruiz

Dirección: Cll20 Cr23-13 Cocorná

Cel. 3232921827

Documento Equivalente a Factura (Art. 3 Dcto 522 de Marzo 7 de 2003)

CUENTA DE COBRO

Nº 4

San Francisco, 15 de mayo del 2025

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE SAN FRANCISCO ANTIOQUIA

Nit: 800.133.887-9

DEBE A:

Carlos Mario Mendoza Ruiz

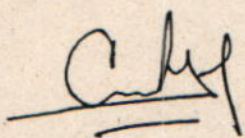
C.C. 1.102.857.140

(No responsable del IVA – Régimen Simplificado)

La suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL PESOS (\$2.961.000), por concepto prestación de servicios a través del contrato número HSFA 008-2025, cuyo objeto es "prestación de servicios profesionales como médico general en el municipio de San francisco y sus veredas", actividades realizadas desde el 01 de abril del 2025 hasta el 30 abril del 2025.

En cumplimiento del Decreto 2231 de 2023 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, declaro bajo la gravedad de juramento que sí utilizaré costos y deducciones en mi declaración de renta, así las cosas me debe ser retenido el 10% del total de mis honorarios por dicho concepto


Por favor consignar a la cuenta de ahorros Bancolombia: 082-706944-04



Carlos Mario Mendoza Ruiz
C.C. 1.102.857.140

Formulario de radicación y recepción:

Nº RADICACION 153
FECHA RECIBO 15-5-2025
CODIGO DE ARCHIVO _____
PASE A: Gerente ATENDIDO _____
RESPUESTA Nº _____ FECHA _____
DEPENDENCIA _____
SERIE _____

| | | |
|---|---|------------------|
|  | ACTA DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA DE PAGO N° 4 | CODIGO |
| | | VERSIC 01 |
| | | FECHA 10/02/2016 |
| | | PAGINA 1 de 1 |

| | | |
|-------------|------------------------------------|------------------|
| CONTRATO | N° HSFA 008-2025 | |
| VALOR TOTAL | \$ 26,460,000.00 | |
| CONTRATISTA | Carlos Mario Mendoza Ruiz | |
| DOCUMENTO | 1.102.857.140 | Tel. 3232921827 |
| CONTRATANTE | ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS | NIT: 800133887-9 |

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN EL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO Y SUS VEREDAS

| | | | |
|--------------------|----------------------|------------------------------|-------------------|
| PLAZO: | 6 meses y 22 días | Disponibilidad Presupuestal: | 20 |
| FECHA INICIACIÓN: | 09 de enero del 2025 | Registro Presupuestal: | 20 del 09-01-2025 |
| FECHA TERMINACIÓN: | 31 de julio 2025 | Rubro Presupuestal: | 212020200902 |

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENTORÍA

| ACTIVIDAD | CANTIDAD | OBSERVACIONES |
|---|----------|---|
| 1) Cumplir íntegramente con el desarrollo del objeto contractual que corresponden a 120 horas mensuales laboradas, cuando se supere la totalidad de estas, deberán ser acreditadas para su respectivo reconocimiento. 2) Prestación del servicio de atención en Medicina General en la E.S.E Hospital San Francisco de Asís del Municipio de San Francisco – Antioquia los días asignados por el médico con función de Coordinador Médico, de la E.S.E. 3) Cumplir los reglamentos internos, esto es, los estatutos, guías y protocolos establecidos en la E.S.E. para su cabal desempeño como Institución Prestadora de Servicios de Salud. 4) Prestar | 10% | Se cumple a cabalidad con las actividades contempladas en el objeto contractual |

VERIFICACIÓN:

| DOCUMENTO | ANEXA |
|-------------------------|-------|
| Seguridad Social | SI |
| Cuenta de Cobro | SI |
| Informe Actividad | SI |
| Certificado Supervision | SI |

| | VALOR | COMP. PAGO | FECHA |
|------------------------------|------------|------------|--|
| ACTA PAGO No. 1 | 2,205,000 | | 09 de enero del 2025 al 31 de enero del 2025 |
| ACTA PAGO No. 2 | 2,268,000 | | 01 de febrero del 2025 al 28 de febrero del 2025 |
| ACTA PAGO No. 3 | 2,614,500 | | 01 de marzo del 2025 al 31 de marzo del 2025 |
| ACTA PAGO No. 4 | 2,961,000 | | 01 de abril del 2025 al 30 de abril del 2025 |
| ACTA PAGO No. 5 | | | |
| ACTA PAGO No. 6 | | | |
| ACTA PAGO No. 7 | | | |
| | \$ | % | |
| VALOR TOTAL | 26,460,000 | 100% | |
| VALOR A CANCELAR | 2,961,000 | 11% | |
| VALOR EJECUTADO | 10,048,500 | 38% | |
| VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR | 16,411,500 | 62% | |

[Handwritten Signature]

SUPERVISORA
Gerente

APOYO A LA INTERVENTORIA

FECHA EXPEDICIÓN
COMPROBANTE DE PAGO
FECHA RENDICIÓN CGA

| |
|------------|
| 15/05/2025 |
| |
| |



E.S.E.
HOSPITAL
SAN FRANCISCO DE ASÍS
 SAN FRANCISCO - ANTIOQUIA
Servimos con calidad humana
comprometidos con su salud
 NIT 800135887-9

INFORME DE ACTIVIDADES

| | |
|---------|---------------|
| Versión | 03 |
| Fecha: | 17/08/2016 |
| Página: | Página 1 de 1 |

N° de Contrato: N° HSFA 008- 2025

Fecha del Contrato: 09-01-2025 al 31-07-2025

Contratista: Carlos Mario Mendoza Ruiz

NIT/CC: 1102857140

Objeto del Contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL EN EL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO Y SUS VEREDAS

Periodo a Informar: del 01 abril al 30 de abril 2025

Actividad : URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA

| Fecha y Lugar | Acciones para lograr la actividad | N° de Personas o procesos intervenidos | Evidencia |
|---------------|---|--|------------------|
| 03-04-2025 | URGENCIAS DÍA DE 8:00 – 19:00HRS URGENCIAS NOCHE DE 19:00- 07:00 HORAS | | CUADRO DE TURNOS |
| 07-04-2025 | URGENCIAS NOCHE DE 20:00 – 07:00HRS | | CUADRO DE TURNOS |
| 14-04-2025 | URGENCIAS DÍA DE 7:00 – 19:00HRS | | CUADRO DE TURNOS |
| 17-04-2025 | URGENCIAS DÍA DE 7:00 – 19: HRS | | CUADRO DE TURNOS |
| 19-04-2025 | URGENCIAS DIA DE 07:00- 19:00 HORAS | | CUADRO DE TURNOS |
| 23-04-2025 | URGENCIAS NOCHE DE 19:00 – 07:00HRS | | |
| 28-04-2025 | URGENCIAS NOCHE DE 19:00- 07:00 HOFAS | | CUADRO DE TURNOS |

TOTAL: 94 HORAS

Firma del Contratista

Firma de Gerente

CUADRO DE TURNOS

SERVICIO: Personal de Médico e internos

MES: ABRIL

AÑO: 2025

HORAS A LABORAR SEGUN CALENDARIO:

192

| MÉDICO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | SUMA DE HORAS | HORAS A LABORAR |
|-----------------------|-----|----|-----|-----|----|----|-----|----|----|-----|-----|----|----|------|-------|----|-----|----|-----|----|-----|----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|---------------|-----------------|
| | M | W | J | V | S | D | L | M | W | J | V | S | D | L | M | W | J | V | S | D | L | M | W | J | V | S | D | L | M | W | | |
| MIGUEL ANGEL SILVA | U | CE | CE | CE* | L | U | U* | N | D | U | L | L | L | CE/N | CE/N* | D | D | L | N* | N* | D | CE | L | D | CE | L | L | U | CE | CE | | |
| Horas | 12 | 8 | 8 | 8 | | 12 | 13 | 12 | | 12 | | | | 16 | 18 | 0 | | | 12 | 12 | | 8 | 0 | | 9 | | | 12 | 8 | 8 | 188 | |
| SINDY MANUELA PELAEZ | L | N | D | CPN | U | N | D | D | U | CE | CPN | D | D | PYM* | U* | CE | N | D | L | L | L | N | D | U | CPN | L | N | D | PYM | U* | | |
| Horas | 12 | 1 | 8 | 12 | 12 | 0 | | | 12 | 9 | 8 | | | 7 | 12 | 6 | 12 | | | | | 12 | 4 | 12 | 8 | | 12 | | 9 | 12 | 180 | |
| JHONNIER ACOSTA FERIA | CE* | U | PYM | N | D | L | L | CE | N | N | D | L | L | L | L | L | L | L | D/N | U | PYM | U | CE | PYM | VD* | D | L | L | L | | | |
| Horas | 8 | 12 | 9 | 16 | | | | 8 | 12 | 12 | | | | | | | | | | 12 | 9 | 12 | 8 | 9 | 9 | | | | | 136 | | |
| KATHERINE | N | D | CE | U | N | D | PYM | U | CE | PYM | VD | U | N | L | L | L | L | L | L | L | N | D | U | N | L | L | D | PYM | PYM | N* | | |
| Horas | 12 | | 8 | 12 | 12 | | 9 | 12 | 8 | 8 | 9 | 12 | 12 | | | | | | | | 12 | | 12 | 12 | | | | 8 | 9 | 12 | 179 | |
| TOMAS PEREZ | | | | | | | | | | | U/N | | | | U/N | | U/N | | | | U | | | | U/N | | | | U/N | | | |
| Horas | | | | | | | | | | | 24 | | | | 24 | | 24 | | | | | 12 | | | 24 | | | | 24 | 132 | | |
| CARLOS MENDOZA | | | U/N | | | | N | | | | | | | U | | | U | | U | | | | N | | | | | N | | | | |
| Horas | | | 23 | | | | 11 | | | | | | | 12 | | | 12 | | 12 | | | | 12 | | | | | 12 | 94 | | | |
| SANTIAGO MURIEL | | | | | | | | | | | | N | U | | | | | | | | | | | | | U/N | U | | | | | |
| Horas | | | | | | | | | | | | 12 | 12 | | | | | | | | | | | | | 24 | 12 | | | 60 | | |
| JOSE MIGUEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Horas

ADM: Dia administrativo

BR: Brigada extramural a aquitania o la hinojoza, equivalente a 10 horas en cuadr

CAP: Capacitaciones 8:00 hrs - 17:30 hrs

CE: Consulta Externa cada 20 minutos SIN disponibilidad de 8 a 12 o de 2 a 5:30hrs

CED: Consulta Externa y Disponibilidad Remision de 8 a 12 o de 14:00 a 17:30hrs

CN: Consulta y noche, realiza 4 horas de consulta pretumo de 8:00am-11:40am o de 14:00 - 17:00Hrs y noche de 19:00hrs a 7:00hrs

COM: Compensatorio es de 8 horas

CPN: Control prenatal de 8:00 a 17:30 hrs

CUM: Dia compensatorio por cumpleaños

D y asterisco*: Disponibilidad Apoyo remisiones 24 horas (7:00 a 7:00)

IND: Induccion

L: Libre, que se dan de acuerdo al numero de domingos y festivos del mes

PAM: Programa del adulto mayor a cargo del rural, ir al hogar de adultos mayores cada mes de por medio

PYM: Promocion y Mantenimiento de la salud de 7:00 a 17:30 hrs

TRAS: Traslado de los internos

U: Urgencias día 7:00 - 19:00hrs (CONSULTA EXTERNA CADA 60 MINUTOS DE 7-12 Y 14-16 hrs) sábados, domingos y festivos AL LLAMADO

VD: Visita domiciliaria cada 3er martes del mes a cargo de la Jefe de enfermeria Diana Paola

VDG: Visita domiciliaria a cargo de la GERONTOLOGA, definir con ella disponibilidad

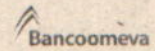
VOT: Votaciones, todos los medicos deben estar disponibles

A LOS INTERNOS SIEMPRE SE LES DEJA EL ESPACIO EN LA MAÑANA PARA EL DESAYUNO

| | | | | |
|------------------------------|-----------------------|-------|--|--|
| Elaboró: | Fecha de elaboración: | ENERO | | |
| Aprobó: Sivia Nava - Gerente | Fecha de aprobación: | | | |



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|--|--------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1102857140 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 49 44 43 TELÉFONO: | 5673803 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 6603567451 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN: | MES: marzo | PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2025 | SALUD: AÑO: 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 29 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/05/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9992612966 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | | |
|------------------------------|--------|--|--|------------|--------------|
| | | | | TOTALES | |
| | | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 8002279406 | 231001 | 231001-COLFONDOS | | 1 | \$ 232.100 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 232.100 |
| SALUD | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | | 1 | \$ 181.400 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 181.400 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 8002261753 | 14-25 | 14-25-COLMENA | | 1 | \$ 35.400 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 35.400 |

| | |
|------------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 440.500 |
| VALOR MORA: | \$ 8.400 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 448.900 |



NIT. 890.903.938-8

Empresa: E S E HOSPITAL SAN
NIT: 800133887
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: Contratistas_1
Secuencia: A
Número de cuenta a debitar: 01429838208

Fecha: 28-05-2025 Hora: 14:17:45
Fecha de Generación: 28-05-2025

Fecha de envío del pago: 28-05-2025
Fecha para Procesar el pago: 28-05-2025

Impreso por: Hospi2020

| | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| Total Registros del Lote: 2 | Registros Procesados: 2 | Registros Rechazados: 0 | Registros Pendientes: 0 |
| Valor Total del Pago: \$3,728,250.00 | Valor Registros Procesados: \$3,728,250.00 | Valor Registros Rechazados: \$0.00 | Valor Registros Pendientes: \$0.00 |

| NÚMERO DE CUENTA | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR | ENTIDAD | ESTADO | FECHA APLICACIÓN |
|-------------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------|-------------|--|------------------|
| 00000003136982902 | Ahorros | 1040260059 | YESICA A RAMIREZ Q | 1,092,960.00 | NEQUI | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 28-05-2025 |
| 08270694404 | Ahorros | 1102857140 | CARLOS MARIO MENDO | 2,635,290.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 28-05-2025 |

Handwritten notes:
Pagado a los 28/05/2025
por el pago de los proveedores

Handwritten notes:
Total a pagar: \$3,728,250.00