| FACTURA DE COBRO | | | NUMERO | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Documento soporte en adquisiciones efectuadas a sujetos no obligados a expedir factura de venta o documento equivalente. De conformidad con lo establecido en el artículo 771-2 del Estatuto Tributario, cuando se realicen transacciones con sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente | | | | |
| **CIUDAD Y FECHA** | VILLETA MAYO DE 2024 | | **N° DE CONTRATO** | 70 De 2024 |
| **FUENTE DE FINANCIACIÓN:** | 2.4.5.02.09.01 Remuneración servicios asistenciales Recursos Propios. | | | |
| **NOMBRE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO** | VIVIANA MARCELA CASTILLO TORO | | **NIT/CC** | 1077971194 |
| **DIRECCION** | CALLE 1 SUR NO 2-38PUERTO LETICIA | | **TELEFONO:** | 3102986640 |
| **EMAIL** | VMCT111370@GMAIL.COM | | **SERVICIO DONDE LABORA** | 010301 HOSPITALIZACION |
| **CONCEPTO** | | | | |
| **CANTIDAD** | **DESCRIPCION** | | | **VALOR TOTAL** |
| 1 | APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA, SUS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD MAYO 2024 | | | $ 1.820.000 |
| **FIRMA PRESTADOR DEL SERVICIO** |  | | **TOTAL A PAGAR:** | **$ 1.820.000** |
| **UNIDAD FUNCIONAL** | E.S.E. HSV SEDE PRINCIPAL | | **EL VALOR DE:** | UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS |
| **FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA** | Ahorros | 477400089066 | | DAVIVIENDA |
| **DECLARANTE NO** | | | | |