LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS
NIT. 800.014.405-2

CUENTA DE COBRO: **5**

FECHA **20** DE **AGOSTO** DE **2024**

DEBE A:

NOMBRE: **JUAN PABLO SUÁREZ MARTÍNEZ**

IDENTIFICACIÓN CC **X** NIT ____ NUMERO **98.667.940**

LA SUMA DE:

(LETRAS) **DOS MILLONES SEICIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MC**

(NUMEROS) $ **2.633.333**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 16 DE 2024**

OBJETO: **Prestar el servicio de soporte técnico a favor del CONTRATANTE, del software PACIENTES, desarrollado por CNT SISTEMAS DE INFORMACION S.A., sobre los módulos Asistenciales y Administrativos.**

SUPERVISOR **RAFAEL ZULUAGA**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **18/07/2024** y **18/08/2024**

TELÉFONO **3174327214**

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA Nº **10052689561**

ENTIDAD BANCARIA : **BANCOLOMBIA**

AHORROS **X** CORRIENTE ____



FIRMA CONTRATISTA