**DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA**

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

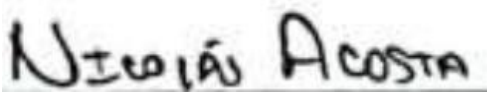
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A**

**NICOLAS ANDRES ACOSTA RUIZ**

**CC. 1014305233 DE BOGOTÁ D.C.**

La suma de $**4.517.760** por concepto de: **HONORARIO ENFERMERO DE HOSPITALIZACIÓN** durante el periodo de 01 AL 31 de AGOSTO de 2024. De conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No.3322-2024



**NICOLAS ANDRES ACOSTA RUIZ**

**CC. 1014305233 DE BOGOTÁ D.C.**

**CUENTADE AHORROS BANCODAVIVIENDA**

**NÚMERO 488427475295**