| TIPO DE DOCUMENTO | AREA O PROCESO QUE LO GENERA | | DOCUMENTO | PAGINA |
|---|---|---|---|---|
| FORMATO | GESTION ADMINISTRATIVA | | CONTROLADO | 1 DE 1 |
| NOMBRE | CODIGO | VERSION | FECHA DE APROBACION | FECHA VIGENCIA |
| FACTURA DE COBRO | GAD-GD-FO-179 | 2 | 20/12/2024 | 4 A Ñ OS |

# FACTURA DE COBRO

**NUMERO** 1

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 FEBRERO DE 2025 | **N° DE CONTRATO** | 292 De 2025 |
| **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** | 010110 SERVICIO DE AMBULANCIA |

**CONCEPTO**

| CANTIDAD | DESCRIPCION | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| 1 | APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA Y SUS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD ADSCRITOS. MES FEBRERO | $ 1.911.000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FIRMA PRESTADOR DEL SERVICIO** |  | **TOTAL A PAGAR:** | **$ 1.911.000** |
| **UNIDAD FUNCIONAL** | E.S.E. HSV SEDE PRINCIPAL | **EL VALOR DE:** | UN MILLON NOVECIENTOS ONCE MIL PESOS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA** | Ahorros | 477400089066 | DAVIVIENDA |

**DECLARANTE NO**