CUENTA DE COBRO No. 04

E. S. E. HOSPITAL LOCAL DE SUCRE
(SANTANDER)
NIT: 804.008746-9

DEBE A:

LUISA MAYERLY QUIROGA ALMANZAR
C.C. No. 1096619103 de La Paz (S)

POR CONCEPTO DE: Pago Parcial por Prestación de servicios No. ECSS-CPS-026-2025, cuyo objeto es **"PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ASESORIA EN LA DEPURACION, CONCILIACION Y RECAUDO DE CARTERA, CONTRATACION CON LAS ERP Y CONCILIACION DE GLOSAS DE LA ESE CENTRO DE SALUD SUCRE SANTANDER",** según texto de la minuta contractual.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

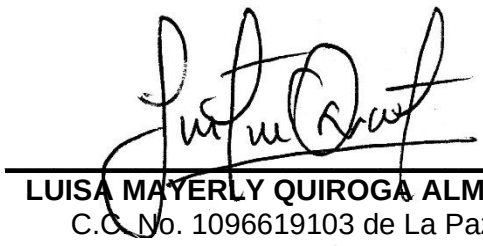
DIA	MES	AÑO
01	04	2025

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	04	2025

LA SUMA DE: UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS ($1.700.000.oo).

Dada en Sucre (Santander), al primer (01) día del mes de mayo de dos mil veinticinco (2025).



LUISA MAYERLY QUIROGA ALMANZAR
C.C. No. 1096619103 de La Paz (S)
Contratista

Sucre, 01 de mayo de dos mil veinticinco (2025)

Señores
E. S. E. HOSPITAL LOCAL DE SUCRE
(Santander)

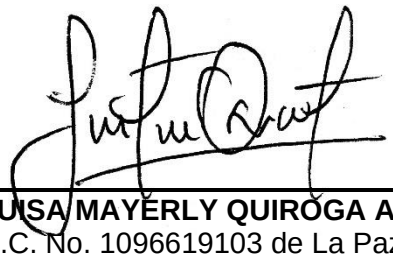
REF: AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA

Cordial Saludo.

LUISA MAYERLY QUIROGA ALMANZAR, mayor de edad e identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1096619103 de La Paz (S), mediante este escrito, me permito AUTORIZAR para que realicen el Pago correspondiente a la Cuenta de Cobro No. 04 de fecha primero (01) del mes de mayo de dos mil veinticinco (2025), respecto al Contrato de Prestación de Servicios Nº ECSS-CPS-026-2025, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	Banco de Bogotá
NUMERO	203630033

Atentamente,



LUISA MAYERLY QUIROGA ALMANZAR
C.C. No. 1096619103 de La Paz (S)
Contratista