FECHA	31 DE AGOSTO DE 2025

FACTURA EQUIVALENTE No. 649-2025

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA-CALDAS

NIT 890.801.944

DEBE A

INFORMACION BENEFICIARIO DEL PAGO

NOMBRE (S) Y APELLIDOS	**JUAN CAMILO ALVAREZ ORTIZ**	
C.C	1054564629	
REGIMEN	NO RESPONSABLE DEL IVA	
DIRECCION BENEFICIARIO DEL PAGO	CALLE 7 7-61	
Y CELULAR	3213284544	
CORREO ELECTRONICO	CAMILOALVAREZ20112HOTMAIL.COM	
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO SEDE	VILLAMARIA, CALDAS	

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN LOS TERRITORIOS Y MICROTERRITORIOS DEL MUNICIPIO DE VILLAMARIA, CALDAS, A TRAVES DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION N° 615 DEL 07 DE ABRIL DEL 2025 DEL MINSTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	**No**	N° CONTRATO:239 CDP:317 RP:667

LA SUMA DE:

VALOR EN NÚMEROS	**VALOR EN LETRAS**
($2.000.000)	DOS MILLONES DE PESOS M/CTE

SE SOLICITA REALIZAR EL PAGO DE LA SIGUIENTE FORMA:

NUMERO DE CUENTA DEL BENEFICIARIO	4884 4553 3901				
TIPO DE CUENTA	AHORRO	X	CORRIENTE		
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	DAVIVIENDA				

NOMBRE JUAN CAMILO ALVAREZ ORTIZ
CC: 1054564629

Resolución DIAN 18764082129707 Del 2024-10-24
Desde DS2443 al DS10000