Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS**			**CC:**	**1010183944**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CINDY.MALDONADO@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3197551593**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 1C ESTE 7A 08**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**060913576**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3188 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS
PS_3188_2025_102432

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS
CC: 1010183944
CEL: 3197551593