

FECHA

31 enero 2026

FACTURA EQUIVALENTE No. 069-2026**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA-CALDAS**

NIT 890.801.944

DEBE A

INFORMACION BENEFICIARIO DEL PAGO

NOMBRE (S) Y APELLIDOS	ISABELLA ORTIZ URDANIVIA	
C.C	1.054.858.230	
REGIMEN	NO RESPONSABLE DEL IVA	
DIRECCION BENEFICIARIO DEL PAGO	CALLE 10 # 5 – 15	
Y CELULAR	3126028752	
CORREO ELECTRONICO	isaortiz1703@gmail.com	
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO SEDE	VILLAMARIA	CALDAS

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA
COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE
VILLAMARÍA, CALDAS.

CONTRATO

PRESTACION DE SERVICIOS

No

N°Cto: 76
CDP: 85
RP: 122

LA SUMA DE:

VALOR EN NÚMEROS	VALOR EN LETRAS
\$1.906.000.00	UN MILLON NOVECIENTOS SEIS MIL PESOS M/L

SE SOLICITA REALIZAR EL PAGO DE LA SIGUIENTE FORMA:

NUMERO DE CUENTA DEL BENEFICIARIO	3126028752			
TIPO DE CUENTA	AHORRO	X	CORRIENTE	
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	NEQUI			


NOMBRE: ISABELLA ORTIZ URDANIVIA
CC: 1054858230Resolución DIAN 18764082129707 Del 2024-10-24
Desde DS2443 al DS10000