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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LAURA DANIELA PEREZ CORTES**			**CC:**	**1003815100**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LAURA.PEREZ@UDCA.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3209026905**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 53A SUR 5C 97 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24154346755**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3912 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.724.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/29**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

LAURA DANIELA PEREZ CORTES
PS_3912_2026_92F430

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA DANIELA PEREZ CORTES
CC: 1003815100
CEL.: 3209026905