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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CRISTIAN DAVID RIAÑO CASTAÑEDA**			**CC:**	**1000786807**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CRISTIANSUPER0000@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102338443**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 59A 74 14**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488440962634**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2040 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.352.900**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

CRISTIAN DAVID RIAÑO CASTAÑEDA
PS_2040_2026_8EB969

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTIAN DAVID RIAÑO CASTAÑEDA
CC: 1000786807
CEL: 3102338443