**DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

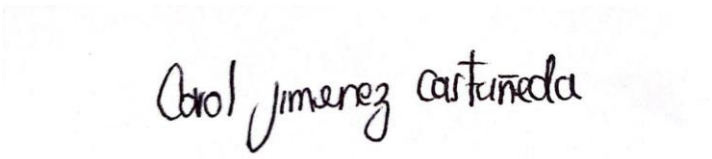
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CAROL XIOMARA JIMÉNEZ CASTAÑEDA**

C.C 1’000.381.755 DE BOGOTÁ

La suma de $ **1.542.240** M/CTE por concepto de: Prestación de servicios como profesional en enfermería; en la Unidad de **Hospital de Bosa durante** el periodo de **19 al 31 de AGOSTO del 2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5071-2025.**



**C.C 1’000.381.755 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS DAMAS DAVIVIENDA**

**NUMERO: 488413744001**