

|                                                                                   |                                          |          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|------------|
|  | <b>GESTION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO</b> |          |            |
|                                                                                   | <b>CUENTA DE COBRO</b>                   | Código:  | F-GFR-047  |
|                                                                                   |                                          | Versión: | 2          |
|                                                                                   |                                          | Fecha:   | 24/01/2020 |

**CUENTA DE COBRO Nro 001**

**LA CORPORACION INTERAMERICANA DE EDUCACION SUPERIOR CON NIT 890.204.702-8**

**DEBE A**

**LILIANA ANDREA MORA RICO**

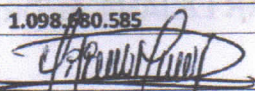
**CC 1.098.680.585**

**POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DE SERVICIO DE ENFERMERIA PARA JORNADA DE SALUD**

**VALOR A PAGAR \$ 107.300 (CIENTO SIETE MIL TRECIENTOS PESOS)**

**PERIODO DE ACTIVIDAD: 2020-2**

**MES: NOVIEMBRE**

| INFORMACION                        |                                                                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA             | LILIANA ANDREA MORA RICO                                                             |
| NUMERO DE CEDULA                   | 1.098.680.585                                                                        |
| FIRMA CONTRATISTA                  |  |
| CORREO ELECTRONICO                 | Lmorarico@hotmail.com                                                                |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | MONICA VIVIANA RUEDA ROJAS                                                           |
| CARGO DEL SUPERVISOR               | REPRESENTANTE LEGAL                                                                  |
| FIRMA DEL SUPERVISOR               |  |

**Ciudad: Bucaramanga Fecha: DIA 07 MES: Diciembre AÑO: 2020**

*La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la corporación interamericana de educación superior "CORPOCIDES" y será la única válida para su utilización.*

*Evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada*



Corporación  
**INTERAMERICANA**  
de Educación Superior

NIT. 890.204.702-8

APROBADA POR MINEDUCACIÓN RES 13814 DE 1977 PERSONERÍA JURÍDICA No. 080 DE 1976

Cra. 26 No. 50-73 Av. Gonzalez Valencia Tels: PBX: 6473939 - 6499994 Fax: 6306317 B/manga

COMPROBANTE  
DE EGRESO **SG**

Nº **0573**

DÍA

**07**

MES

**12**

AÑO

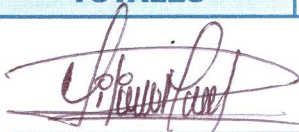
**2020**

PAGADO A:

**Liliana Andrea Mora Rico**

DETALLE:

**Jornada de Salud**

| CODIGO                                                                                  | CUENTAS  | PARCIAL                                                                            | DEBE          | HABER                         |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|--|--|--|
|                                                                                         |          |                                                                                    |               |                               |  |  |  |
|                                                                                         |          |                                                                                    |               |                               |  |  |  |
|                                                                                         |          |                                                                                    |               |                               |  |  |  |
|                                                                                         |          |                                                                                    |               |                               |  |  |  |
| FORMA DE PAGO:                                                                          |          | <b>TOTALES</b>                                                                     |               | <b>\$ 107300 =</b>            |  |  |  |
| EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> No. _____ |          |  |               | <b>C.C. O NIT. 1098660585</b> |  |  |  |
| CONSIGNACION: NACIONAL _____ LOCAL _____                                                |          |                                                                                    |               |                               |  |  |  |
| BANCO _____                                                                             |          |                                                                                    |               |                               |  |  |  |
| ELABORADO                                                                               | APROBADO | REVISADO                                                                           | CONTABILIZADO |                               |  |  |  |