EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

# CUENTA DE COBRO

| PERIODO DE COBRO | | | | VIGENCIA DEL CONTRATO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | (03) DESDE | (04) HASTA |
| (01) FECHA | 31/08/2023 | (02) PERIODO CERTIFICADO | 01 DE JULIO AL 31 DE JULIO 2023 | 17/05/2023 | 31/12/2023 |
| (05) CUENTA DE COBRO NO. | 651-3 | (06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | 651 | | |

| INFORMACION CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| (07) NOMBRE CONTRATISTA: | LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA | (08) NO. IDENTIFICACIÓN | 1024508888 |
| (09) DEPENDENCIA | SUBGERENCIA COMUNITARIA | | |

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) . DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. **651** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **01 DE JULIO AL 31 DE JULIO 2023** LA SUMA DE (011)**DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS** (012)**($2.400.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS** , NO. (014)**24092829453** DEL BANCO (015)**CAJA SOCIAL**

CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE CANCELE LOS APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, FONDO DE PENSIONES) Y ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) DE ACUERDO CON LA BASE, PORCENTAJES DE COTIZACIÓN Y NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. (ANEXO COMPROBANTE DE PAGO CON N°. DE PLANILLA (016)**1055724474** DEL MES DE (017)**JULIO**

**DATOS DEL APORTE REALIZADO:**

**PENSION:** (018)**$ 185.600** **ARL:** (019)**$ 28.300** **SALUD:** (020)**$145.000** **CAJA DE COMPENSACIÓN:** (021)**$ 23.200**

Leidy Gomez

**FIRMA CONTRATISTA**
**LEIDY JOHANNA GOMEZ HERRERA**
**C.C. NO. 1024508888**