EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUENTA DE COBRO

PERIODO DE COBRO				VIGENCIA DEL CONTRATO	
				(03) DESDE	(04) HASTA
(01) FECHA	29/02/2024	(02) PERIODO CERTIFICADO	DEL 01 AL 15 DE FEBRERO DE 2024	26/01/2024	30/09/2024
(05) CUENTA DE COBRO NO.	409-02	(06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	409		

INFORMACION CONTRATISTA			
(07) NOMBRE CONTRATISTA:	NATALIA NICOLL GONZALEZ RODRIGUEZ	(08) NO. IDENTIFICACIÓN	1073716729
(09) DEPENDENCIA	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **NATALIA NICOLL GONZALEZ RODRIGUEZ** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA ASISTENCIAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL. .** DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. **409** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 01 AL 15 DE FEBRERO DE 2024** LA SUMA DE (011)**OCHOCIENTOS CUARENTA MIL PESOS** (012)**(840.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS**, NO. (014)**24110953836** DEL BANCO (015)**BANCO 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)**9461947943** DEL MES DE (017)**ENERO**

DATOS DEL APORTE REALIZADO:

PENSION: (018)**208800** **ARL:** (019)**31900** **SALUD:** (020)**163100** **CAJA DE COMPENSACIÓN:** (021)**26100**

Natalia G.

FIRMA CONTRATISTA
NATALIA NICOLL GONZALEZ RODRIGUEZ
C.C. NO. 1073716729

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUENTA DE COBRO