EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUENTA DE COBRO

PERIODO DE COBRO				VIGENCIA DEL CONTRATO	
				(03) DESDE	(04) HASTA
(01) FECHA	31/05/2024	(02) PERIODO CERTIFICADO	01 AL 31 DE MAYO DEL 2024	17/02/2024	25/05/2024
(05) CUENTA DE COBRO NO.	459-3	(06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	459		

INFORMACION CONTRATISTA			
(07) NOMBRE CONTRATISTA:	ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ	(08) NO. IDENTIFICACIÓN	1010176326
(09) DEPENDENCIA	SUBGERENCIA COMUNITARIA		

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA, DEL PUESTO DE SALUD SANTILLANA 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. **459** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **01 AL 31 DE MAYO DEL 2024** LA SUMA DE (011)**UN MILLON NOVECIENTOS VEINTE MIL PESOS M.CTE** (012)**($1.920.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS**, NO. (014)**713716491** DEL BANCO (015)**BANCO AV VILLAS**

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)**1062083728** DEL MES DE (017)**ABRIL**

DATOS DEL APORTE REALIZADO:

PENSION: (018)**$ 208.000** **ARL:** (019)**$31,700** **SALUD:** (020)**$162500** **CAJA DE COMPENSACIÓN:** (021)**0**

FIRMA CONTRATISTA
ANGELA PATRICIA VACA RAMIREZ
C.C. NO. 1010176326

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUENTA DE COBRO