

CUENTA DE COBRO

PERIODO DE COBRO				VIGENCIA DEL CONTRATO	
				(03) DESDE	(04) HASTA
(01) FECHA	31/12/2024	(02) PERIODO CERTIFICADO	DEL 12 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	12/12/2024	31/12/2024
(05) CUENTA DE COBRO NO.	1448-1	(06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	1448-2024		

INFORMACION CONTRATISTA			
(07) NOMBRE CONTRATISTA:	NUBIA LILIANA HERNANDEZ CAICEDO	(08) NO. IDENTIFICACIÓN	51823063
(09) DEPENDENCIA	SUBGERENCIA COMUNITARIA		

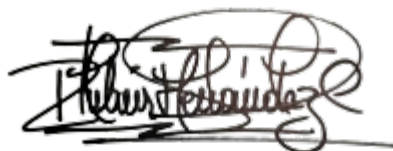
QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **NUBIA LILIANA HERNANDEZ CAICEDO** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO **(010) PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA VACUNADORA PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN MODALIDAD INTRAMURAL Y EXTRAMURAL EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA, 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. **1448-2024** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 12 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024** LA SUMA DE **(011) DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE. (012) (\$2.880.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE **(013) AHORROS** , NO. **(014) 587073750** DEL BANCO **(015) BANCO BOGOTA**

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) 8633818780** DEL MES DE **(017) NOVIEMBRE 2024**

DATOS DEL APORTE REALIZADO:

PENSION: **(018) \$208.000** ARL: **(019) \$31.700** SALUD: **(020) \$162.500** CAJA DE COMPENSACIÓN: **(021) \$0**





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUENTA DE COBRO

FIRMA CONTRATISTA
NUBIA LILIANA HERNANDEZ CAICEDO
C.C. NO. 51823063