

## CUENTA DE COBRO

| PERIODO DE COBRO         |            |                                           |                               | VIGENCIA DEL CONTRATO |            |
|--------------------------|------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------|
|                          |            |                                           |                               | (03) DESDE            | (04) HASTA |
| (01) FECHA               | 31/12/2024 | (02) PERIODO CERTIFICADO                  | 01 AL 31 DE DICIEMBRE DEL2024 | 01/08/2024            | 31/12/2024 |
| (05) CUENTA DE COBRO NO. | 1009-5     | (06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | 1009-2024                     |                       |            |

| INFORMACION CONTRATISTA  |                             |                         |            |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------|
| (07) NOMBRE CONTRATISTA: | LAURA VALENTINA LOPEZ MARIN | (08) NO. IDENTIFICACIÓN | 1000931792 |
| (09) DEPENDENCIA         | SUBGERENCIA COMUNITARIA     |                         |            |

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A LAURA VALENTINA LOPEZ MARIN POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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. **1009-2024** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **01 AL 31 DE DICIEMBRE DEL2024** 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)**CUENTA DE AHORROS**, NO. (014)**24124069406** 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)**75043859** DEL MES DE (017)**DICIEMBRE**

**DATOS DEL APORTE REALIZADO:**

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

Valentina Martin

FIRMA CONTRATISTA  
LAURA VALENTINA LOPEZ MARIN  
C.C. NO. 1000931792



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA

## CUENTA DE COBRO

|  |
|--|
|  |
|--|