

## CUENTA DE COBRO

| PERIODO DE COBRO         |            |                                           |                                | VIGENCIA DEL CONTRATO |            |
|--------------------------|------------|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------|
|                          |            |                                           |                                | (03) DESDE            | (04) HASTA |
| (01) FECHA               | 30/06/2025 | (02) PERIODO CERTIFICADO                  | DEL 01 AL 30 DE JUNIO DEL 2025 | 02/01/2025            | 31/10/2025 |
| (05) CUENTA DE COBRO NO. | 29-06      | (06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | 29-2025 CIENTIFICA             |                       |            |

| INFORMACION CONTRATISTA  |                              |                         |          |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------|----------|
| (07) NOMBRE CONTRATISTA: | MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ | (08) NO. IDENTIFICACIÓN | 52837358 |
| (09) DEPENDENCIA         | SUBGERENCIA CIENTIFICA       |                         |          |

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL PARA EL AREA ASISTENCIAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL** . DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. **29-2025 CIENTIFICA** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 01 AL 30 DE JUNIO DEL 2025** LA SUMA DE (011)**DOS MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL PESOS** (012)**(\$2.310.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS**, NO. (014)**025477852** DEL BANCO (015)**BANCO DE 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)**87343887** DEL MES DE (017)**MAYO**

**DATOS DEL APORTE REALIZADO:**

PENSION: (018)**466.900** ARL: (019)**71.100** SALUD: (020)**364.800** CAJA DE COMPENSACIÓN: (021)**0**



**FIRMA CONTRATISTA**  
**MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ**  
**C.C. NO. 52837358**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA

## CUENTA DE COBRO

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