

## CUENTA DE COBRO

| PERIODO DE COBRO         |            |                                           |                                                | VIGENCIA DEL CONTRATO |            |
|--------------------------|------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|------------|
|                          |            |                                           |                                                | (03) DESDE            | (04) HASTA |
| (01) FECHA               | 30/06/2025 | (02) PERIODO CERTIFICADO                  | DEL 01 DE JUNIO DE 2025 AL 30 DE JUNIO DE 2025 | 05/01/2025            | 31/10/2025 |
| (05) CUENTA DE COBRO NO. | 037-06     | (06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | 037-2025 CIENTIFICA                            |                       |            |

| INFORMACION CONTRATISTA  |                        |                         |            |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|------------|
| (07) NOMBRE CONTRATISTA: | ORLANDO CORTES DEVIA   | (08) NO. IDENTIFICACIÓN | 1018511241 |
| (09) DEPENDENCIA         | SUBGERENCIA CIENTIFICA |                         |            |

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **ORLANDO CORTES DEVIA** 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. **037-2025 CIENTIFICA** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 01 DE JUNIO DE 2025 AL 30 DE JUNIO DE 2025** LA SUMA DE **(011) SIETE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE (012) (\$ 7.892.500) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE **(013) AHORROS**, NO. **(014) 42233271793** DEL BANCO **(015) BANCOLOMBIA**

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) 1073353694** DEL MES DE **(017) MAYO DE 2025**

**DATOS DEL APORTE REALIZADO:**

**PENSION: (018) \$ 473.100 ARL: (019) \$ 72.100 SALUD: (020) \$ 369.600 CAJA DE COMPENSACIÓN: (021)**



**FIRMA CONTRATISTA**  
**ORLANDO CORTES DEVIA**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA

## CUENTA DE COBRO

C.C. NO. **1018511241**