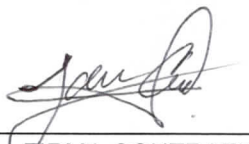
CUENTA DE COBRO

PERIODO DE COBRO				VIGENCIA DEL CONTRATO					
				DESDE			HASTA		
FECHA DE RADICACION	05/06/2025	**PERIODO CERTIFICADO**	02/05/2025 30/05/2025	**DÍA**	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
CUENTA DE COBRO No.	**01**	**No. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS**	**074-2025**	02	05	2025	30	06	2025

INFORMACION CONTRATISTA			
NOMBRE CONTRATISTA:	JUAN CAMILO GOLONDRINO	**No. IDENTIFICACIÓN**	1005977277 de Santiago de Cali.
DEPENDENCIA	ASISTENCIAL		

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA EL PROGRAMA MÉDICO A TU TERRITORIO EN EL ÁREA DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E. Y SU SEDES ADSCRITAS.N° **074-2025** DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO 02 DE MAYO AL 30 DE MAYO DE 2025, LA SUMA DE **ONCE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($11.394.000)** AUTORIZÓ LA CONSIGNACIÓN EN LA CUENTA DE **AHORROS DAVIVIENDA** No. 488425080246.

CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE CANCELÉ 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.



FIRMA CONTRATISTA
JUAN CAMILO GOLONDRINO
C.C. 1005977277