

CUENTA DE COBRO

PERIODO DE COBRO				VIGENCIA DEL CONTRATO	
				(03) DESDE	(04) HASTA
(01) FECHA	30/04/2025	(02) PERIODO CERTIFICADO	01 AL 30 DE ABRIL DEL 2025	16/01/2025	31/10/2025
(05) CUENTA DE COBRO NO.	454-4	(06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	454		

INFORMACION CONTRATISTA			
(07) NOMBRE CONTRATISTA:	ANDRES CAMILO LINARES GONZALEZ	(08) NO. IDENTIFICACIÓN	1000592455
(09) DEPENDENCIA	SUBGERENCIA COMUNITARIA		

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **ANDRES CAMILO LINARES GONZALEZ** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERO 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. **454** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **01 AL 30 DE ABRIL DEL 2025** LA SUMA DE (011) **TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTIDÓS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MCTE** (012) **(\$3,522,432) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013) **CUENTA DE AHORROS**, NO. (014) **912-501455-57** DEL BANCO (015) **BANCO DE COLOMBIA**

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) **9482569391** DEL MES DE (017) **MARZO**

DATOS DEL APORTE REALIZADO:

PENSION: (018) **\$227,800** ARL: (019) **\$28,500** SALUD: (020) **\$178.000** CAJA DE COMPENSACIÓN: (021) **0**



FIRMA CONTRATISTA
ANDRES CAMILO LINARES GONZALEZ
C.C. NO. 1000592455



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUENTA DE COBRO

--