

## CUENTA DE COBRO

PERIODO DE COBRO				VIGENCIA DEL CONTRATO	
				(03) DESDE	(04) HASTA
(01) FECHA	31/05/2025	(02) PERIODO CERTIFICADO	DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2025	18/01/2025	31/10/2025
(05) CUENTA DE COBRO NO.	441-5	(06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	441-2025		

INFORMACION CONTRATISTA			
(07) NOMBRE CONTRATISTA:	NUBIA LILIANA HERNANDEZ CAICEDO	(08) NO. IDENTIFICACIÓN	51823063
(09) DEPENDENCIA	SUBGERENCIA COMUNITARIA		

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **NUBIA LILIANA HERNANDEZ CAICEDO** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA VACUNADORA PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN MODALIDAD INTRAMURAL Y EXTRAMURAL, EN EL ÁREA ASISTENCIAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.**

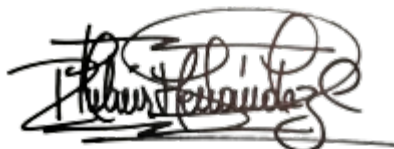
. DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. **441-2025** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2025** LA SUMA DE (011) **DOS MILLONES DIECISEIS MIL PESOS M/CTE. (012)(\$2.016.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013) **AHORROS**, NO. (014) **587073750** 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) **8635956294** DEL MES DE (017) **ABRIL DE 2025**

DATOS DEL APORTE REALIZADO:

PENSION: (018) **\$227.800** ARL: (019) **\$34.700** SALUD: (020) **\$178.000** CAJA DE COMPENSACIÓN: (021) **0**





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA

## CUENTA DE COBRO

**FIRMA CONTRATISTA**  
**NUBIA LILIANA HERNANDEZ CAICEDO**  
**C.C. NO. 51823063**