

## CUENTA DE COBRO

| PERIODO DE COBRO         |            |                                           |                            | VIGENCIA DEL CONTRATO |            |
|--------------------------|------------|-------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|------------|
|                          |            |                                           |                            | (03) DESDE            | (04) HASTA |
| (01) FECHA               | 30/04/2025 | (02) PERIODO CERTIFICADO                  | DEL 01 AL 30 DE ABRIL 2025 | 10/01/2025            | 31/10/2025 |
| (05) CUENTA DE COBRO NO. | 230-04     | (06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | 230 / 2025 CIENTIFICA      |                       |            |

| INFORMACION CONTRATISTA  |                        |                         |          |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| (07) NOMBRE CONTRATISTA: | ANA RAMOS MORA         | (08) NO. IDENTIFICACIÓN | 52972305 |
| (09) DEPENDENCIA         | SUBGERENCIA CIENTIFICA |                         |          |

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **ANA RAMOS MORA** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACION DE SERVICIOS COMO REFERENTE DE ENFERMERIA, 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. **230 / 2025 CIENTIFICA** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 01 AL 30 DE ABRIL 2025** LA SUMA DE (011)**CINCO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE** (012)**(\$5.658.500) M/CTE**.

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS**, NO. (014)**048759042** DEL BANCO (015)**AV VILLAS**

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)**1070910157** DEL MES DE (017)**MARZO 2025**

**DATOS DEL APORTE REALIZADO:**

**PENSION: (018)\$ 362.200 ARL: (019)\$ 55.200 SALUD: (020)\$ 283.000 CAJA DE COMPENSACIÓN: (021)0**



**FIRMA CONTRATISTA**  
**ANA RAMOS MORA**  
**C.C. NO. 52972305**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA

## CUENTA DE COBRO

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