

## CUENTA DE COBRO

| PERIODO DE COBRO         |            |                                           |                            | VIGENCIA DEL CONTRATO |            |
|--------------------------|------------|-------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|------------|
|                          |            |                                           |                            | (03) DESDE            | (04) HASTA |
| (01) FECHA               | 31/07/2025 | (02) PERIODO CERTIFICADO                  | DEL 01 AL 31 DE JULIO 2025 | 10/01/2025            | 31/10/2025 |
| (05) CUENTA DE COBRO NO. | 230-07     | (06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | 230 / 2025                 |                       |            |

| 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** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 01 AL 31 DE JULIO 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)**CUENTA DE 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)**1073861336** DEL MES DE (017)**JULIO 2025**

**DATOS DEL APOORTE 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

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