

CUENTA DE COBRO

PERIODO DE COBRO				VIGENCIA DEL CONTRATO	
				(03) DESDE	(04) HASTA
(01) FECHA	31/08/2025	(02) PERIODO CERTIFICADO	DEL 1 AL 31 DE AGOSTO DEL 2025	06/01/2025	31/10/2025
(05) CUENTA DE COBRO NO.	137 - 08	(06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	137-2025-SUBGERENCIA CIENTIFICA		

INFORMACION CONTRATISTA			
(07) NOMBRE CONTRATISTA:	LEIDY YOHANNA CLAVIJO ROCHA	(08) NO. IDENTIFICACIÓN	1073130077
(09) DEPENDENCIA	SUBGERENCIA CIENTIFICA		

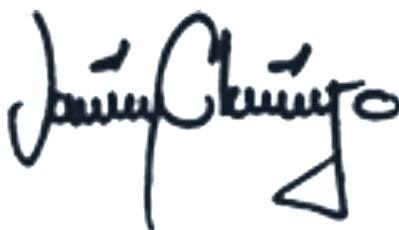
QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **LEIDY YOHANNA CLAVIJO ROCHA** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA EN EL AREA ASISTENCIAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.** .DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. **137-2025-SUBGERENCIA CIENTIFICA** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 1 AL 31 DE AGOSTO DEL 2025** LA SUMA DE (011)**DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS** (012)**(\$ 2.331.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS** , NO. (014)**264344485-81** DEL BANCO (015)**BANCOLOMBIA**

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)**1074049556** DEL MES DE (017)**JULIO DEL 2025**

DATOS DEL APORTE REALIZADO:

PENSION: (018)**\$ 227.800** ARL: (019)**\$ 34.700** SALUD: (020)**\$ 177.900** CAJA DE COMPENSACIÓN: (021)**0**





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUENTA DE COBRO

FIRMA CONTRATISTA

LEIDY YOHANNA CLAVIJO ROCHA

C.C. NO. 1073130077