

CUENTA DE COBRO

PERIODO DE COBRO				VIGENCIA DEL CONTRATO	
				(03) DESDE	(04) HASTA
(01) FECHA	06/10/2025	(02) PERIODO CERTIFICADO	01 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE	09/01/2025	30/09/2025
(05) CUENTA DE COBRO NO.	341-9	(06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	341-2025 ADMINISTRATIVA		

INFORMACION CONTRATISTA			
(07) NOMBRE CONTRATISTA:	BRIGITTE ERLYNG LEAL MATA LLANA	(08) NO. IDENTIFICACIÓN	39792370
(09) DEPENDENCIA	ADMINISTRATIVA FINANCIERA		

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **BRIGITTE ERLYNG LEAL MATA LLANA** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **AUXILIAR DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE FACTURACIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, DE ACUERDO A REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL** . DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. **341-2025 ADMINISTRATIVA** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **01 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE** LA SUMA DE (011)**DOS MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE** (012)**(\$2.085.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS**, NO. (014)**24068913812** DEL BANCO (015)**CAJA SOCIAL**

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)**1074826887** DEL MES DE (017)**AGOSTO**

DATOS DEL APORTE REALIZADO:

PENSION: (018)**\$ 227800** ARL: (019)**\$ 34700** SALUD: (020)**\$ 178000** CAJA DE COMPENSACIÓN: (021)



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUENTA DE COBRO

FIRMA CONTRATISTA
BRIGITTE ERLYNG LEAL MATALLANA
C.C. NO. 39792370