

## CUENTA DE COBRO

| PERIODO DE COBRO         |            |   |                     | VIGENCIA DEL CONTRATO |            |
|--------------------------|------------|---|---------------------|-----------------------|------------|
|                          |            |   |                     | (03) DESDE            | (04) HASTA |
| (01) FECHA               | 01/02/2026 | (02) PERIODO CERTIFICADO                  | 17 AL 31 ENERO 2026 | 17/01/2026            | 30/04/2026 |
| (05) CUENTA DE COBRO NO. | 737-01     | (06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | 737-2026            |                       |            |

| INFORMACION CONTRATISTA  |                               |                         |            |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|------------|
| (07) NOMBRE CONTRATISTA: | DANIA ALEXANDRA CASTRO RINCON | (08) NO. IDENTIFICACIÓN | 1010166989 |
| (09) DEPENDENCIA         | SUBGERENCIA COMUNITARIA       |                         |            |

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **DANIA ALEXANDRA CASTRO RINCON** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA EN EL PROCESO DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL EN DESARROLLO DE LA RESOLUCIÓN 1010 DE 2025 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL POR LA CUAL SE EFECTÚA UNA ASIGNACIÓN DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTO DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE SOACHA. . DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 737-2026 EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 17 AL 31 ENERO 2026 LA SUMA DE (011)**ONCE MILLONES DE PESOS MCTE (012)(11.000.000) M/CTE.****

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS**, NO. (014)**0974094051** DEL BANCO (015)**BBVA**

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)**9496627573** DEL MES DE (017)**DICIEMBRE 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**  
**DANIA ALEXANDRA CASTRO RINCON**  
**C.C. NO. 1010166989**