

## CUENTA DE COBRO

| PERIODO DE COBRO         |            |                                           |                               | VIGENCIA DEL CONTRATO |            |
|--------------------------|------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------|
|                          |            |                                           |                               | (03) DESDE            | (04) HASTA |
| (01) FECHA               | 31/01/2026 | (02) PERIODO CERTIFICADO                  | DEL 2 AL 31 DE ENERO DEL 2026 | 02/01/2026            | 30/06/2026 |
| (05) CUENTA DE COBRO NO. | 49-01      | (06) NO. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | 49-2026 CIENTIFICA            |                       |            |

| INFORMACION CONTRATISTA  |                          |                         |          |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|----------|
| (07) NOMBRE CONTRATISTA: | YERSON YAIR HERRERA PITA | (08) NO. IDENTIFICACIÓN | 74376406 |
| (09) DEPENDENCIA         | SUBGERENCIA CIENTIFICA   |                         |          |

QUE LA E.S.E REGION SALUD SOACHA DEBE A **YERSON YAIR HERRERA PITA** POR CONCEPTO DE PRESTACION DE SERVICIOS COMO (010) **PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL PARA 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. **49-2026 CIENTIFICA** EL PERIODO COMPRENDIDO DEL **DEL 2 AL 31 DE ENERO DEL 2026** LA SUMA DE (011)**SIETE MILLONES DOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS** (012)**(\$7.272.000) M/CTE.**

AUTORIZO LA CONSIGNACION EN LA CUENTA DE (013)**AHORROS**, NO. (014)**488409377626** DEL BANCO (015)**DAVIVIENDA**

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)**ANEXA CERTIFICACION** DEL MES DE (017)**ANEXA CERTIFICACION**

### DATOS DEL APORTE REALIZADO:

PENSION: (018)**ANEXA CERTIFICACION** ARL: (019)**ANEXA CERTIFICACION** SALUD: (020)**ANEXA CERTIFICACION** CAJA DE COMPENSACIÓN: (021)**0**

*Yerson Yair Herrera Pita*

**FIRMA CONTRATISTA**  
**YERSON YAIR HERRERA PITA**  
**C.C. NO. 74376406**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA

## CUENTA DE COBRO