

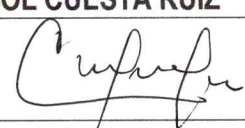
	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7				
	VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO – CONTRATISTAS				
	CÓDIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSION		Documento Controlado
	TH-FVC-13	01-04-2024	6		

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO	
CONTRATO No.	2024-278
CONTRATISTA	LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGON
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1123514920
DEPENDENCIA	OFICINA DE FACTURACIÓN
PERÍODO DE COBRO	DEL 01 AL 31 DE DICIEMBRE 2024

LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA CUENTA DE COBRO

ITEM	SI	NO	NA
Factura o Cuenta de cobro	X		
Informe de gestión del período – Contratista	X		
Anexos o Soportes Técnicos del Informe			X
Pagos al sistema integral de seguridad social del periodo, según disposición legal	X		
Certificado jefe inmediato/ responsable de área.			X
Entrada a almacén			X
Verificación Pago Planilla S.S.	X		

REGISTRO DE RECEPCIÓN

FECHA DE RADICACIÓN:	30 DE DICIEMBRE	NÚMERO DE FOLIOS	(9)
FUNCIONARIO A QUIEN SE RADICA LA CUENTA	MARISOL CUESTA RUIZ		
FIRMA DE RECIBIDO			

VERIFICACION REQUISITOS PARA EL PAGO	SI	NO	NA	FECHA	FIRMA
Certificado de Supervisión	X			30/12/24	
Acta de Pago					
Disponibilidad presupuestal					
Obligación presupuestal					
Causación Contable					
Egreso	X				
Acta de Terminación o Liquidación					
FIRMA REVISIÓN				FECHA	

INFORME DE GESTIÓN DE CONTRATISTA NO FINAL

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO					
CONTRATO No.	2024-278	VALOR \$	\$10.500.000	SUPERVISOR	JULIA YANETH IBARRA RODRIGUEZ
ADICIÓN	N/A	VALOR ADICIÓN	N/A	VALOR TOTAL	\$10.500.000
CONTRATISTA	LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGON			C.C Y/O Nit	1.123.514.920
NOVEDADES	N/A				
DEPENDENCIA	OFICINA DE FACTURACIÓN				
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE.				
PLAZO INICIAL	CINCO (5) MESES	FECHA INICIACIÓN	01/08/2024	FECHA TERMINACIÓN	31/12/2024
PRORROGA	N/A	FECHA INICIACIÓN	N/A	FECHA TERMINACIÓN	N/A
2. INFORME DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES REALIZADAS					
2.1 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA			2.2 DESARROLLO DE LAS OBLICACIONES ESPECÍFICAS EN EL PERÍODO CONTRACTUAL		
1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y , a más tardar , dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio			Inicie la ejecución del presente contrato una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello		
2. Colocar a disposición, de facturación del área asistencial de la entidad, toda su capacidad , preparación Y disposición			Dispuse de toda mi capacidad y preparación y todo el interés indispensable para lograr el objeto de este contrato		
3. Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio			Resolví las consultas que se formularon en desarrollo del presente contrato		
4. Dar a los compañeros y usuarios , información que sea de su conocimiento y que se pueda confiar , con un trato formal y respetuoso			Di a mis compañeros y usuarios información de mi conocimiento y doy fe de que se puede confiar de mi conocimiento di un trato formal y respetuoso		
5. Reportar a la Gerencia las anomalías que detecte y que puedan ser objeto de investigación.(tener conocimiento de un acto delictivo o que se puede tipificar en uno , y no informarlo a gerencia acarrearía en responsabilidad civil y penal)			Durante el desarrollo de la presente obligación no detecte anomalías por lo tanto no reporte ante la gerencia		
6.asistir a reuniones y eventos concertados que convoque el hospital			Durante el periodo contractual no asistí a reuniones o eventos programados por la institución		
7. desarrollar liquidación de facturas, clasificación de cuentas y auditar para ello cumplirá con lo establecido en la resolución 0042 de 2020 de la DIAN, por lo tanto el contratista realizara de forma minuciosa la auditoria de las cuentas previo al envio por la plataforma dispuesta por la DIAN.			Desarrolle la liquidación de las facturas , la clasificación de cuentas y audite para poder ejecutar la obligación, di cumplimiento a la resolución 0042 de 2020 de la DIAN. Revise de forma minuciosa la auditoria de las cuentas al previo envió por la plataforma dispuesta por la DIAN.		
8. atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. el hospital es una entidad pública que se cumple una			Atendí de manera oportuna a los usuarios que requieren de nuestros servicios dando una información clara y trato de forma ágil y respetuosa ya que teniendo en cuenta nuestro trato y nuestra información podemos garantizar la		

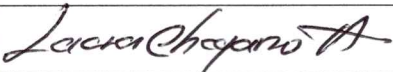
función social en la salud , que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia , por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios .	satisfacción de los usuarios
9. generar las respectivas cuentas de los servicios de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación	Genere las respectivas cuentas de los servicios prestados de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación
10. organizar facturas de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación	Organicé facturas de acuerdo al requerimiento de la entidad y según ordena la oficina de facturación
11. prestar un servicio formal, ágil , de calidad a los usuarios de .E.P.S, A.R.P Y S.O.A.T	Preste un servicio de forma, ágil y de buena calidad a los usuarios de eps arl y soat
12. Empastar las cuentas de EPS y entregar a la coordinadora del área de facturación.	Empasté las cuentas de EPS y entregué a la coordinadora del área de facturación.
13. Organizar en carpetas las cuentas	Organicé en carpeta cada cuenta de la forma correcta
14. No divulgar información alguna de que tenga conocimiento por razón de sus servicios, a menos que cuente para el efecto con la autorización previa y por el gerente de la Hospital.	Por razón de mis servicios he manejado información confidencial guardando el debido secreto y ética profesional.
15. cumplir con el turno designado según el cuadro de turnos concordado con el coordinador, que se desarrollan en el horario de apertura de la entidad. párrafo primero: en el caso eventual que el contratista no pueda prestar sus servicios en el turno concordado, lo manifestará con la anticipación de mínimo 15 días . Párrafo segundo: en los eventos que no pueda cumplir la designación del turno por fuerza mayor y/o caso fortuito el contratista informara las circunstancias en el menor tiempo posible.	Cumplí con mis turnos designados según el cuadro de turnos concordado por mi coordinador. No tuve ningún caso eventual que impidiera cumplir con mis turnos u/o tuve ningún evento que me impidiera cumplirlo.
16. Una vez terminado el presente contrato cualquiera que fuere su causa, el contratista se compromete a suministrar información que, según la necesidad de pertenencia de la entidad, se le solicite.	Acaté las recomendaciones y sugerencias de la gerencia para una mejor eficiente prestación del servicio y se entiende que finalizado en contrato estoy obligado a entregar la información que requiera la entidad según mis funciones
17. Acatar las recomendaciones y sugerencias destinados a fortalecer el servicio que presta la entidad y del cual el contratista hace parte , 'por parte del coordinador del área de facturación , supervisor del contrato y gerencia .	Acaté las recomendaciones y sugerencias de mi jefe de área y mi supervisor de contrato para fortalecer el servicio que se presta en la entidad
18. facturar según el procedimiento del sistema prosoff los servicios prestados por el hospital .	Facturé según el procedimiento del sistemas de prosoff los servicios prestados por el hospital
19. Verificar en bases de datos a los usuarios que soliciten servicios en el Hospital.	Verifiqué en bases de datos a los usuarios que solicitaron servicios en el hospital.
20. Realizar trámites de referencia y contra referencia con las EPS.	Realicé trámites de referencia y contra referencia con las EPS-S, EPS. Se verificaron 250 Usuarios.
21. Verificar derechos de usuarios, solicitar autorizaciones de urgencias traslados de ambulancia y hospitalización de pacientes, por el medio de comunicación que se disponga la entidad	Verifiqué derechos de usuarios, solicité autorizaciones de urgencias, traslados de ambulancia y hospitalización de pacientes por vía telefónica , e-mail.
22. Recibir copagos, cuotas moderadoras o valor de comprobante de pago de acuerdo a cada procedimiento que el usuario requiera	Recibí copagos y cuotas moderadoras de acuerdo a cada procedimiento que se le prestó al usuario,y se entregó a tesorería del hospital.
23. Elaborar los comprobantes de caja de los	Elaboré los comprobantes de caja de los valores

valores cancelados por los usuarios del hospital castilla la nueva ese y entregarlo a la tesorería	cancelados por los usuarios del hospital castilla la nueva ese y lo entregué a la tesorería del hospital de castilla
24. Recibir y facturar las consultas que se ejecutan semanalmente en las veredas del municipio castilla la nueva.	Recibí y facturé 5 consultas que se ejecutaron por semana en las veredas del municipio castilla la nueva.
25. Recibir y facturar los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y en el casco urbano	Recibí y facturé los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y en el casco urbano
26. Atender a los arqueos efectuados por la persona encargada en el hospital. Persona designada por el hospital.	Atendí los arqueos efectuados por la tesorera del hospital.
27.El contratista presentara informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar	Presente informes de las actividades desarrolladas durante la ejecución del periodo contractual a informar
28. Cumplir los lineamientos establecidos para el diseño y/o implementación de los diferentes sistemas de gestión y planes de mejoramiento	Cumplí los lineamientos establecidos por la institución en los diferentes sistemas de gestión y planes de mejoramiento
29. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que reiteradas faltas (tres) constatadas por el hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato.	sostuve estrictamente buenas relaciones interpersonales con los contratistas, personal de planta y usuarios
30.Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución	Se le delegaron las acciones necesarias para cumplir con el objeto contractual

3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO

Cumplí con las obligaciones generales del contrato de prestación de servicios, las cuales consisten en:

1. Afiliarse al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales, en los términos establecidos en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del presente Contrato de Prestación de Servicios 3. Cumplir el objeto del Contrato de prestación de servicios de conformidad con las políticas, disposiciones y normas reglamentarias que le sean impartidas por quien ejerce el control y ejecución en materia administrativa, conservando plena autonomía funcional para el desarrollo de la misma 4. Utilizar adecuadamente los utensilios, elementos y herramientas de trabajo que le sean entregadas para el desarrollo de sus actividades, debiendo responder por el mal uso o indebida utilización de los mismos 5. Devolver a la terminación del Contrato de prestación de servicios, los implementos referidos en el numeral anterior. 6. Presentar con la periodicidad exigida por quien ejerce el control de ejecución, los informes de su gestión, y los que sean requeridos por éste. 7. Salvaguardar la información confidencial que obtenga en desarrollo de sus actividades. 8. En estricto cumplimiento del objeto del Contrato, Si se llegare a presentar alguna anomalía que impidiera la ejecución normal, el **CONTRATISTA** deberá informar a la mayor brevedad posible a quien ejerce el control de ejecución del mismo, para que se surta la suspensión o se tomen conforme al Manual Interno de Contratación las medidas necesarias.

4. PERÍODO DEL REPORTE	01 AL 31 DE DICIEMBRE 2024	5. FECHA DE ELABORACIÓN	30/12/2024
6. ANEXOS TÉCNICOS			
7. FIRMA DEL CONTRATISTA			

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No. 5

Decreto 522 de 2003 art 3, Art 617 del Estatuto Tributario

FECHA: CASTILLA LA NUEVA, 30 DE DICIEMBRE 2024			
DATOS DEL COMPRADOR O CONTRATANTE		DATOS DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO	
Razón Social: HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E		LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGÓN	
NIT: 900.004.059-7		1.123.514.920 DE CASTILLA LA NUEVA	
Teléfono: 6751118		3208936606	
Dirección: CRA 8 N° 15 VIA CACAYAL- CASTILLA LA NUEVA		TORRE 6 APTO 204 B. ALTOS DE SAN JOSE	
		Cod. Actividad:0010	
Descripción	cantidad	V. Unitario	V. Total
PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., SEGÚN CONTRATO No. 2024-278 PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024.	1	\$ 2'100.000	\$2'100.000
SON: DOS MILLONES CIENT MIL PESOS MC/TE		\$2'100.000	

OBSERVACIONES: CERTIFICO QUE PAGUE SALUD, ARL Y PENSION CON PLANILLA.

NUMERO DE LA PLANILLA DE SEGURIDAD: 82766206

NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 705079341 CUENTA DE AHORROS, BANCO DE BOGOTÁ.

Certifico que mis ingresos mencionados en el artículo 103 del Estatuto Tributario, las realizo como persona natural y manifiesto que no he contratado o vinculado más de dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad para desarrollar el objeto y las obligaciones contractuales con el Hospital de Castilla la Nueva ESE. Por lo anterior solicito que se me aplique la retención en la fuente, teniendo en cuenta el artículo 383 del Estatuto Tributario.



LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGÓN
1.123.514.920 DE CASTILLA LA NUEVA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1123514920	LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGON		TORRE 6 APTO 204	3208936606	lauratatiana_1001@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	CASTILLA LA NUEVA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	05/12/2024	81965231	\$402.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DÁTOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	I	05/12/2024	81965231	\$402.200	

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSION						SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	APELLIDOS Y NOMBRES	Cotizante	Indicador	Pagos en Contingencia	Excedente	IMP	RET	TAE	TDE	TAP	TGP	TSP	SAR	SER	SGR	LMA	VAC	AFP	VCT	REL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Que no tenga	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1123514920	CHAPARRO ARAGON LAURA TATIANA	59	0	N																	230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	0	EPS037	1,300,000	162,500	14-23	1,300,000	3	31,700		0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1123514920	LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGON		TORRE 6 APTO 204	3208936806	lauratatiana_1001@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			META	CASTILLA LA NUEVA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-12	2024-12	I	19/12/2024	82766206	\$402.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre			NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

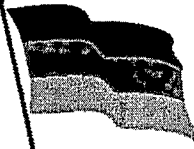
DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1123514920	LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGON		TORRE 6 APTO 204	3208936606	lauratatiana_1001@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	CASTILLA LA NUEVA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2024-12 2024-12 I 19/12/2024 82766206					\$402.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Padre	Espos(a)	Colm. exterior	Espos(a)	INS	TOP	TSE	VUE	VUP	SEL	GE	LMA	VAC	APP	VCT	REL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1123514920	CHAPARRO ARAGON LAURA TATIANA	59	0			N														230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	DEPARTAMENTO DEL META HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7			 MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA	
	CERTIFICACIÓN				
	CODIGO	ACTUALIZACIÓN	VERSION		Documento Controlado
	SIG-APAG-F36	26-02-2020	04		1 de 1

LA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E, ACTUANDO
EN CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.
2024-278

CERTIFICA

Que, la señorita LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGÓN, quien se identifica con C.C. 1.123.514.920 de Castilla la Nueva, ha cumplido a cabalidad con las obligaciones establecidas en el Contrato No. 2024-278 cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., durante el mes de diciembre de 2024 cumpliendo con el pago de la seguridad social integral de conformidad con lo establecido en la ley.

Con base en lo anterior, como SUPERVISOR viabilizo el pago correspondiente, esto es, la suma equivalente a DOS MILLONES CIENTOS MIL PESOS (\$2.100.000.00) M/CTE.

BALANCE DEL CONTRATO		
Termino de Ejecución	CINCO (05) MESES	
RP No.	000720	
Fecha de Inicio y Terminación	Inició: 01/08/2024	Termina: 31/12/2024
Valor Inicial del Contrato	\$	10.500.000
Valor Ejecutado del Contrato	\$	10.500.000
Valor Pagado	\$	8.400.000
Valor a Pagar en el Presente Periodo (4)	\$	2.100.000
Valor Por Ejecutar	\$	0.00

Se expide en Castilla la Nueva – Meta, el treinta (30) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

JULIA YANETH IBARRA RODRIGUEZ
Tesorera General

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Julia Yaneth Ibarra Rodríguez Tesorero General	Cristian Camilo Torres García Asesor Jurídico	Sonia Castañeda Linares Subgerente Administrativo y Financiero