LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON
1083016896
CALLE 11 43 A 75 ONDAS DEL CARIBE
3003255518
LAURACARRASCAL78@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

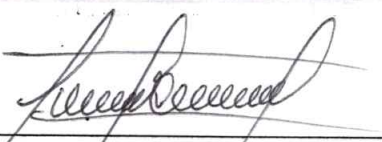
| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-03-27** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON | | |
| DOCUMENTO: | 1083016896 | | |
| DIRECCIÓN: | CALLE 11 43 A 75 ONDAS DEL CARIBE | TELÉFONO: | 3003255518 |
| CORREO ELECTRONICO: | LAURACARRASCAL78@GMAIL.COM | | |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones**

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20250646 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. | | | | | | |
| RP: | 261 | CDP: | 1 | FECHA INICIO: | 2025-01-07 | FECHA FINAL: | 2025-03-31 |
| VALOR CONTRATO: | 7.200.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 2.400.000,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 117100081241 |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Marzo** | | | | | | |

## FIRMA



LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON
C.C. 1083016896 expedida en SANTA MARTA

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO: GJC23F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y**

**LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON**

**CON C.C Nº 1.083.016.896**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.S HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **CD20250646** | **DE FECHA INICIO** | **7/01/2025** |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato) |
|---|---|
| 1 | REALICÉ TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGANADAS POR EL SUPERVISOR, EN EL SERVICIO DE UCI NEONATAL EN EL MES DE MARZO. |
| 2 | REALICÉ Y LIQUIDÉ EL CARGUE DIARIO DE 132 FACTURAS POR VALOR DE 1,006,417,821 DE LOS SERVICIOS PRESTADOS PARA LA RADICACION DE CUENTAS. |
| 3 | REALICÉ EL CARGUE DE AYUDAS DIAGNOSTICAS DURANTE EL TURNO ASIGNADO POR EL COODINADOR EN LA DIFERENTES AREAS CORRESPONDIENTES. |
| 4 | REALICÉ 8 ESTADOS DE CUENTA EN AUDITORIA POR UN VALOR APROXIMADO DE $ 79,596,584 |
| 5 | LIQUIDE 73 FACTURAS POR VALOR DE 128,051,230 DE LOS LISTADOS REFERENTES A LA CONTIGENCIA DIRIJIDA POR EL SUPERVISOR DEL AREA. |
| 6 | REALICE CENSO DIARIO DE LOS PACIENTES DEL AREA DE UCI NEONATAL PARA VERIFICACION DE EGRESOS E INGRESOS |

**III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9481243846** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **FAMISANAR** | **13/03/2025** | **178.000** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **13/03/2025** | **227.800** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **13/03/2025** | **34.700** |

**IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**V. ANEXOS**
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | |
| **N°. IDENTIFICACIÓN:** | **1.083.016.896** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1083016896 | | CARRASCAL RINCON LAURA STEFFANY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 11 43a 65 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 1111111 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-02 | 1334266463 | 9481243846 | I | 2025/03/25 | 2025/03/13 | NEQUI | 0 | $440,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1083016896 | CARRASCAL RINCON LAURA STEFFANY | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS017 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $440,500 | $0 | $0 | $440,500 |



2025/03/25 04:11 PM

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **ACTA FINAL** | CODIGO: GJC26F<br>VERSION: 002<br>FECHA ULTIMA DE REVISION: 12/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD 20250646 DEL 2025**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20250646 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | LAURA SETFFANY CARRASCAL RINCON |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1.083.016.896 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | 7.200.000 |
| **FORMA DE PAGO** | MENSUAL |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | PREVIA LEGALIZACION DEL CONTRATO SIN EXCEDER EL 31 DE MARZO DE 2025 |
| **CDP** | 1 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 261 |
| **FECHA DE ACTA DE INICIO** | 07/01/2025 |
| **FECHA DE TERMINACION CONTRATO** | 31/03/2025 |
| **ADICION** | |
| **CDP DE LA ADICION** | NA |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION** | NA |
| **PLAZO ADICION** | NA |
| **FORMA DE PAGO ADICION** | NA |
| **FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION.** | NA |
| **VALOR ADICION** | NA |
| **VALOR FINAL DEL CONTRATO** | NA |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | **PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTADOR** |

Entre los suscritos a saber **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA,** mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465** expedida en Santa Ana, obrando en calidad de **Profesional Universitario- Contador** y quien actúa como supervisor del contrato **CD20250646** y por otra parte **LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.083.016.896** en su condición de contratista, se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de **MARZO** del año **2025**.

SUPERVISOR,

**MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**
**C.C 85.203.465 de Santa Ana**

CONTRATISTA,

**LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON**
**C.C 1.083.016.896 de Santa Marta**

| | | | |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | **FORMATO INFORME DE SUPERVISOR** | **Código: GJC22F** | **Versión: 1** |
| | | **FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024** | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y LAURA STEFFANY CARRASCAL RINCON identificado con C.C. 1083016896**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-03-27 |
|---|---|

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20250646 | RP: | 261 | CDP: | 1 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 7.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 2.400.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-01-07 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2025-03-31 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MARIO JAVIER MANCERA SIERRA | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 0,00 |

## III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

## IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
2. El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
4. Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Marzo

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD