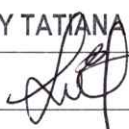
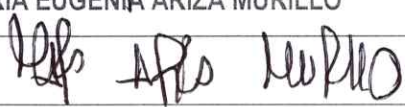


	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7				
	VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO				
	CÓDIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSION	Documento Controlado	
	TH-FVC-13	01-04-2024	6	Página 1 de 1	

DATOS QUE INTEGRAN LA CUENTA - CONTRATISTA:	
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:	
CONSECUTIVO NUMÉRICO DE LA CUENTA:	N° 4 FINAL
CONTRATO No.	2026- 032
CONTRATISTA:	LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGÓN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.123.514.920
DEPENDENCIA:	OFICINA DE FACTURACION
PERÍODO DE COBRO:	DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2026
NOVEDAD:	ADICIÓN Y PRORROGA SUSCRITA EL 13 DE FEBRERO 2026
Nota: El CONTRATISTA deberá integrar los datos de identificación del contrato, de igual forma, deberá integrar la cuenta de cobro conforme a las exigencias del contrato según la cláusula "FORMA DE PAGO" y, los requerimientos y anexos establecidos en la cláusula de las "OBLIGACIONES ESPECÍFICAS.".	

1. DATOS DE REVISIÓN – SUPERVISOR - CONTRATACIÓN:			
LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA CUENTA DE COBRO			
ITEM	SI	NO	NA
Factura Electrónica o Documento Equivalente:	☒		
Informe de Gestión Contratista:	☒		
Acta de ingreso al Almacén:			☒
Certificación de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales. Planilla de seguridad social:	☒		
Certificado de Cumplimiento del Coordinador del Área:	☒		
REGISTRO DE RECEPCIÓN			
FECHA DE RECEPCIÓN:	30/04/26		NÚMERO DE FOLIOS:
FUNCIONARIO A QUIEN SE RADICA LA CUENTA:	ANJHY TATIANA MARTINEZ CHISCO		
FIRMA DE RECIBIDO:			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA EUGENIA ARIZA MURILLO		
FIRMA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN (SUPERVISOR):			
Nota: La recepción de la cuenta implica única y exclusivamente la verificación de las formalidades y el contenido, se entiende que la cuenta queda plenamente radicada cuando esta cumple y no requiere correcciones. De existir correcciones, la cuenta no se tomará como radicada.			

2. VERIFICACION REQUISITOS PARA EL PAGO - TESORERÍA				
DOCUEMNTOS	SI	NO	NA	Vp. Bo. RESPONSABLE
Informe de Supervisión:				☒
Certificado de Supervisión:	☒			
Obligación presupuestal:				
Causación Contable:				
Comprobante de Pago (Egreso)				
Certificación Bancaria:				No requiere firma
Acta de Terminación y/o Liquidación (Cuando Aplique):				No requiere firma
FIRMA APROBACIÓN:			FECHA DE APROBACIÓN:	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N° 16 /

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

FECHA: 30 de abril del 2026			
DATOS DEL COMPRADOR O CONTRATANTE		DATOS DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO	
Razón Social: HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S. E		Nombre: Laura Tatiana Chaparro Aragón	
NIT: 900.004.059-7		Identificación: CC. 1.123.514.920	
Teléfono: 6751118		Teléfono: 3208936606	
Dirección: CRA 8 N° 15 VIA CACAYAL- CASTILLA LA NUEVA		Dirección: Torre 18 Apto 304 Altos de San José	
		Cod. Actividad: 8211	
Descripción	Cantidad	V. Unitario	V. Total
PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION PARA EL HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E SEGÚN CONTRATO No 2026-032 EJECUTADO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2026 /	1	\$ 2.400.000	\$ 2.400.000 ✓
SON: DOS MILLONES CUATROSCIENTOS MIL PESOS MC/TE		\$ 2.400.000 /	

OBSERVACIONES: CUENTA DE AHORROS 705079341 BANCO BOGOTÁ
NUMERO DE LA PLANILLA DE SEGURIDAD: 76961898

Certifico que mis ingresos mencionados en el artículo 103 del Estatuto Tributario, los 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 CHAPARRÓ ARAGÓN
1.123.514.920 DE CASTILLA LA NUEVA

INFORME DE GESTIÓN DE CONTRATISTA N° 4 FINAL

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO					
CONTRATO No.	2026-032	VALOR \$	\$4.800.000	SUPERVISOR	MARIA EUGENIA ARIZA MURILLO
ADICIÓN	100%	VALOR ADICIÓN	\$4.800.000	VALOR TOTAL	\$9.600.000
CONTRATISTA	LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGÓN			C.C Y/O Nit	1.123.514.920
NOVEDADES	ADICION Y PRORROGA SUSCRITA EL13 DE FEBRERO DEL 2026				
DEPENDENCIA	OFICINA DE FACTURACIÓN				
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE.				
PLAZO INICIAL	DOS (2) MESES	FECHA INICIACIÓN	01/01/2026	FECHA TERMINACIÓN	28/02/2026
PRORROGA	DOS (2) MESES	FECHA INICIACIÓN	01/03/2026	FECHA TERMINACIÓN	30/04/2026
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. Identificación y registro de información del usuario: ingreso del usuario al sistema de facturación de la entidad			Se identifico y se registró la información del usuario: ingreso de 600 personas al sistema de facturación de la entidad durante el mes de abril 2026		
2. Suministrar al usuario información sobre aspectos relacionados con la prestación de los servicios que ofrece la ESE.			Suministre diariamente información pertinente a los usuarios a la hora de la atención		
3. Conocer los diferentes contratos, manuales (procedimientos y tarifas) que la entidad tenga vigentes para la prestación de los servicios de salud a la población afiliada.			Recibí información pertinente de los procesos, contratos y procedimientos del Hospital, con el fin de prestar los servicios adecuadamente y según lo establecido por la ley.		
4. Desarrollar todos los pasos de los procesos y procedimientos de facturación y radicación en el orden y requisitos que requieren las distinta EAPB y demás, verificar derechos de seguridad social de los usuarios, en forma oportuna que no generen un costo a futuro a la entidad.			Se desarrolla todos los pasos de los procesos y procedimientos de facturación en el orden y requisitos que requieren las distintas actividades solicitadas por el hospital.		
5. Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio.			Mediante los diferentes canales de comunicación se resuelven dudas e inquietudes que se han generado durante el periodo laborado.		
6. Reportar a la gerencia y a la supervisión los riesgos que se detecten y que puedan ser objeto de investigación.			Durante el tiempo laborado no se ha presentado riegos que puedan ser objeto de investigación		
7. Asistir a reuniones y eventos concertados que convoque EL HOSPITAL			Durante el mes de abril se asistió a la reunión concertada el Hospital		

8 Garantizar la generación de los anexos y/o soportes necesarios para la radicación efectiva de la factura, 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 realizará de forma MINUCIOSA la auditoria de las cuentas previo al envío por la plataforma dispuesta por la DIAN, en tiempos oportunos.	En el mes de abril se facturo 60 procedimientos, audito 800 facturas y se subieron 150 facturas a las Dian, dando cumplimiento a garantizar la generación de soportes necesarios para la radicación de facturas.
9. Adecuación, organización, escaneo, de documentación que forman parte del proceso de facturación y de radicación (RIPS, comprobante de usuario, HCL, consentimiento informado y demás documentos que se requieren para el adecuado proceso de facturación y radicación.	Se dio cumplimiento al proceso dando información sobre la importancia de firmar las prestaciones dando organización para uno de los puntos requeridos de consentimientos firmados.
10. Facturar y radicar en los servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización tele consulta cuando la entidad lo requiera.	Se realizó el proceso de facturación de 1000 procedimientos y auditoría de 800 facturas de cuentas en el área de urgencias durante el mes de abril de 2026.
11. Estar disponible al llamado cuando la entidad lo requiera.	Durante el periodo laborado estuve dispuesta a cualquier llamado.
12. Realizar el proceso de afiliación al sistema general de seguridad social a través de las normas legales establecidas.	Se realizaron 2 afiliaciones a los usuarios según necesidad del servicio, durante el mes de abril de 2026 ✓
13. El contratista se compromete a finalizar el proceso de facturación de cada servicio que le sea asignado, en donde se deberán registrar los anexos correspondientes tales como RIPS, comprobante de pago, autorización, soporte de la atención para su cobro oportuno, en caso de omisión asumirá el valor de la glosa o devolución.	Me comprometo a finalizar el proceso de facturación de cada servicio que le sea asignado, en donde se deberán registrar los anexos correspondientes tales como RIPS, comprobante de pago, autorización, soporte de la atención para su cobro oportuno, en caso de omisión asumirá el valor de la glosa o devolución.
14. Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, con un trato digno y humanizado a los usuarios de las EAPB.	Se reciben los usuarios con un trato cálido y digno para que así mismo la información suministrada sea recibida de manera amena por los usuarios.
15. Generar el listado facturas emitidas durante el mes: clasificación de las facturas de acuerdo con la modalidad contractual	Se generan 70 facturas diarias de acuerdo a las necesidades de cada usuario durante todo el mes. ✓
16. Demás actividad asignada de acuerdo con el objeto del contrato.	Se cumplió con la actividad asignada de acuerdo con el objeto del contrato. ✓
17. Portar adecuadamente los elementos de protección personal.	Si se utiliza los elementos de protección y se usan de acuerdo a la necesidad del servicio. ✓
18. Cobro y entrega de copago u otro ingreso por la prestación del servicio de salud, una vez terminado el turno.	Se elabora comprobante para cada copago como cumplimiento al debido proceso solicitado por el hospital. ✓

19. Apoyar los procesos de inducción o reintroducción cuando la entidad lo requiera	Participe en procesos de capacitación con la institución según la necesidad.
20. Garantizar la seguridad de la información, teniendo un siempre un Back de la información, que estén organizando, facturando o radicando	Aseguro la información teniendo en cuenta siempre la organización de facturación para una adecuada respuesta.
21. El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR.	Entiendo que presto los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiendo que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con los objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que estoy a disposición del servicio, con actitudes correctas que permiten representar los valores de la entidad. Pongo en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presto servicio.
22. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.	Se cumplió con las demás derivadas de la naturaleza del contrato garantizando su cabal y oportuna ejecución.

3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO

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

1. Cumplir con el objeto y obligaciones previstas en el contrato y el estudio previo correspondiente. 2. Cumplir con los requisitos de ejecución del contrato y suscribir el acta de inicio. 3. Asistir y participar en los comités, reuniones, talleres, juntas y demás eventos que le indique el supervisor y se relacionen con el objeto del contrato 4. Mantener la reserva y confidencialidad de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y deberá abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación o demás, e contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. 5. Mantener actualizado su domicilio durante el plazo de ejecución del contrato y cuatro meses más y presentarse a la Hospital de castilla la nueva en el momento en que se ha requerido por el mismo, para la suscripción de la correspondiente acta de liquidación en caso de que aplique. 6. Mantener actualizado en el sistema de información y gestión del empleo público SIGEP, su hoja de vida con los respectivos soportes. 7. Informar cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las misma. 8. Cumplir con los pagos correspondientes al sistema general de seguridad social integral de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente. 9 presentar por escrito informes que solicite el Hospital de castilla la nueva a través del supervisor del presente contrato y presentar a satisfacción del supervisor informes mensuales de avance en los que se relacionen los servicios prestados, en cumplimiento del objeto contractual, las evidencias que soportan el cumplimiento del contrato y se aportaran en medio físico, magnético o digital según determine el supervisor. 10. El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna o subcontratar el total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del Hospital de Castilla la nueva E.S.E. 11. EL contratista deberá cumplir con las normas, decretos, resolución y circulares vigentes y aplicables en materia del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). 12.El contratista deberá cumplir con los protocolos de bioseguridad en el marco de la emergencia sanitaria declarad por el ministerio de salud y protección social ocasionada por el coronavirus

SARS-CoV-2 y deberá contar con sus elementos de protección como autocuidado al momento de ingresar y ejercer su obligación es contractuales al Hospital de castilla la nueva E.S.E. **13.** El contratista deberá participar en todas las reuniones convocadas por la gerencia capacitación relacionadas con la dependencia que se delegue para ello. **14.** El contratista deberá asistir a todas las capacitaciones relacionadas con la dependencia para la cual prestan sus servicios a excepción de quienes se encuentre de turno. **15.** El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones y capacitaciones, cuando este exceptuado también deberá acreditar tal situación **16.** El CONTRATISTA participará activamente en la difusión de la información institucional en los médico de comunicación personal con los que cuente.

4. PERÍODO DEL REPORTE	DURANTE EL MES ABRIL DEL 2026 ✓		30/04/2026 ✓
6. ANEXOS TÉCNICOS			
7. FIRMA DEL CONTRATISTA	<i>Jacra Chaparro A</i>		



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1123514920	LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGON	TORRE 6 APTO 204	3208936606	lauratitiana_1001@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			ME A	CASTILLA LA NUEVA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76961896	22/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	1	\$0	\$541.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218,900	0		0		0	0	0	0	218,900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código A/P	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RESGOS LABORALES															
Código AFIL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistema	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Seldo a Favor	Valor Seldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

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, LIMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1123514920	LAURA TATIANA C-1APARRO ARAGON	TORRE 6 APTO 204	3206936608	lauratania_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 (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76961896	22/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$541.800	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES										
Tipo y Número de certificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Subsidio	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsidio	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICOTF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
CC 123514920	CHAPARRO ARAGON LAURA TATIANA	39	0									230301	1.750.905	30	290.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-28	1.750.805	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

En cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002. Yo;
Laura Patricia Chaparro A, quien se identifica con cédula de
Ciudadanía No. 1123514920 expedida en castilla la nueva
(Meta), bajo la gravedad de juramento, **CERTIFICO** que cumplo con lo que la ley
dispone respecto al pago de los aportes de salud, riesgos laborales, y pensión, por lo que, a la
fecha, he realizado los aportes correspondientes a mi relación contractual con el Hospital de Castilla
la Nueva ESE del presente periodo a informar.

Anexo Planilla de Aportes al sistema de seguridad social.

En constancia, se firma en castilla la nueva (Meta) a los
30 días del mes de Abril de 20 26.

Cordialmente,

Firma: Laura Chaparro A

Nombre: Laura Chaparro A

C.C: 1123514920

VM. OK

Vo. Bo. YULY VIVIANA MORA GARCIA
TECNICO ADMINISTRATIVO - SG-SST

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141174984608			
		 (415)7707212489984(8020) 0000141174984608			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 2 3 5 1 4 9 2 0		6. DV 5	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Villavicencio		14. Buzón electrónico 2 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 1 2 3 5 1 4 9 2 0	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Meta 5 0		30. Ciudad/Municipio Castilla la Nueva 1 5 0	
31. Primer apellido CHAPARRO		32. Segundo apellido ARAGON		33. Primer nombre LAURA	
34. Otros nombres TATIANA					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Meta 5 0		40. Ciudad/Municipio Castilla la Nueva 1 5 0	
41. Dirección principal TO 6 AP 204 BRR ALTOS DE SAN JOSE					
42. Correo electrónico Lauratiana_1001@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 0 8 9 3 6 6 0 6		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8 2 1 1	2 0 2 5 0 3 0 1			1 2	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma 56. Tipo					
Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de folios: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre CHAPARRO ARAGON LAURA TATIANA					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.123.514.920**

CHAPARRO ARAGON

APELLIDOS

LAURA TATIANA

NOMBRES

Laura Chaparro.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-1999**
CASTILLA LA NUEVA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

24-ABR-2017 CASTILLA LA NUEVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-5201000-00910399-F-1123514920-20170606

0055655923A 1

47927150

MINISTERIO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

**LA JEFE DE OFICINA DE FACTURACION DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA
 E.S.E, ACTUANDO EN CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACION
 DE SERVICIOS No. 2026-032**

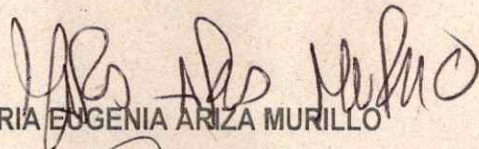
C E R T I F I C A – No.4 final

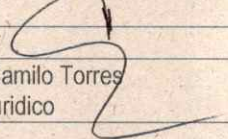
Que, la señora **LAURA TATIANA CHAPARRO ARAGON**, quien se identifica con C.C. 1.123.514.920 expedida en Castilla La Nueva - Meta, ha cumplido a cabalidad con las obligaciones establecidas en el Contrato No. **2026-032** cuyo objeto es la **PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.**, durante el mes de abril de 2026.

Con base en lo anterior, como SUPERVISOR viabilizo el pago correspondiente, esto es, la suma equivalente a **DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2.400.000.00) M/CTE.**

BALANCE DEL CONTRATO		
Termino de Ejecución	DOS (02) MESES	
Prórroga al Termino de Ejecución N.1	DOS (02) MESES	
RP – No.	000032	
RP – Adición N.1	000221	
Fecha de Inicio y Terminación	Inició: 01/01/2026	Termina: 30/04/2026
Valor Inicial del Contrato	\$	4.800.000
Valor Adicionado al Contrato	\$	4.800.000
Valor Total Contrato	\$	9.600.000
Valor Ejecutado del Contrato	\$	9.600.000
Valor Pagado	\$	7.200.000
Valor a Pagar en el Presente Periodo	\$	2.400.000
Valor Por Ejecutar	\$	0

Se expide en Castilla la Nueva – Meta, a los treinta (30) días del mes de abril de dos mil veintiseis (2026).


MARIA EUGENIA ARIZA MURILLO

Elaboró:  María Ariza Murillo Jefe de Facturación	Revisó:  Cristian Camilo Torres Asesor Juridico	Aprobó: Karen Dayana Calvo Aguirre Subgerente Administrativo y Financiero
--	--	--