2026 04 29 2,400,000.00

PARDO PEREZ LILIANA PAOLA

DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE
****

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,220
Fecha : 29/abril/2026	**Pagado a :** 1022384558-6 PARDO PEREZ LILIANA PAOLA
La Suma de : DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ********** **********	**Valor $** 2,400,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA **Cuenta :** 04 462169999366	**Cheque :** PE
POR CONCEPTO DE SERV TECNICOS SALUD ORAL **No.** 27,511 **Fact** 03-2026 **Valor Bruto $** 2,400,000.00 **Valor Neto $** 2,400,000.00	

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
659	972	389	407	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y]	2,400,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	2,400,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	2,400,000.00	0.00

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 08:56

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,220
Fecha : 29/abril/2026	**Pagado a :** 1022384558-6 PARDO PEREZ LILIANA PAOLA	
La Suma de : DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE **********		**Valor $** 2,400,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA **Cuenta :** 04 462169999366		**Cheque :** PE
Recibí: _____ Nombre: _____ C.C. No. _____ de _____ Firma: _____	Huella dactilar	
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y VACUNACION DURANTE EL MES DE ABRILDE 2026 SEGUN CONTRATO 310 DEL 2026		
ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 08:56		Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 27/04/2026 Hora: 15:41

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERV TECNICOS SALUD ORAL	27,511	27/abr./2026	27/abr./2026	03-2026

Obligación: 972 **Registro:** 389

TERCERO

NIT: 1022384558 6 **NOMBRE:** PARDO PEREZ LILIANA PAOLA
TEL: 3219678604 **DIRECCION :** CALLE 18 N 2 79 286

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL* COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y VACUNACION * DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2026* SEGUN CONTRATO 310 2026.	**BRUTO :**	2,400,000.00
	DESCUENTOS :	0.00
	IMPUESTOS :	
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	2,400,000.00
DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	2,400,000.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	2,400,000.00
731203006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	2,400,000.00	0.00

E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA			
Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		
FORMATO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación
SUPERVISOR CONTRATO	A-TH-F-009	V5	05/03/2025

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 310 – 2.026

CERTIFICA:

Que **Liliana Paola Pardo Pérez** identificado (a) con documento de identidad y/o Nit No. **1022384558** expedida en **Bogotá DC** cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y VACUNACIÓN REGULAR CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES. del Contrato de prestación de Servicios No. 310 de fecha 10/03/2026, la presente cuenta correspondiente al mes de **ABRIL**, y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato Inicial	8.800.000
No. CDP	107
No. RP	189
Rubro Presupuestal: Servicios para la Comunidad sociales y personales – ASIST ENCIAL	
Plazo de Ejecución	10-jun
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	8.800.000
Valor Ejecutado	1.600.000
Valor Factura Actual	2.400.000
Total Ejecutado	4.000.000
Saldo por Ejecutar	4.800.000
Porcentaje de Ejecucion= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	45%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de abril del año dos mil Veintiséis (2.026).

Laura Arguello
1'073516817
Enfermero Jefe
U Basica

NOMBRE SUPERVISOR: MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE LIDER: Laura Arguello
LIDER SALUD PUBLICA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		AREA O PROCESO QUE LO GENERA: GESTION DEL TALENTO HUMANO
FORMATO	DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA		
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACIÓN	PAGINA
A-TH-F-010	6	5/03/2025	1 DE 1

CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca, Abril de 2.026	FACTURA NUMERO	3
PRESTADOR DEL SERVICIO:	Liliana Paola Pardo Perez	NIT/ NUMERO DE CEDULA	1.022.384.658
DIRECCION RESIDENCIA:	Cra 2b # 25b-51	TELEFONO:	3219678304
Email:	paolapardo093@gmail.com	SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	VACUNACION

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente al mes de ABRIL, según lo establecido en el contrato No. 310-2026 de fecha del 10 de marzo del 2.026, cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y VACUNACIÓN REGULAR CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES.	$ 2.400.000,00	$ 2.400.000,00

FIRMA: Liliana Paola Pardo Perez.	VALOR TOTAL:	$ 2.400.000,00
	IMPUESTO ASUMIDO:	$ -
	TOTAL A PAGAR:	$ 2.400.000,00

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI (__) o NO (_X_), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los articulos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizó al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario, En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicionales del articulo 392 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

FAVOR PAGAR A LA CUENTA: CORRIENTE ___ AHORROS ___X___ DECLARANTE SI _____ NO __X__

BANCO Davivienda NO. CUENTA 0570466970097963

Decreto 1625 de 2016, Articulo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.

E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA			
Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		
FORMATO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación
INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025

1. **INFORMACION DEL CONTRATISTA:**

NUMERO DE CONTRATO	310 de 2.026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Lilliana Paola Pardo Pérez
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	1.022.384.558
FECHA ACTA DE INICIO	10/03/2026
VALOR DEL CONTRATO	$ 8.800.000
PLAZO DE EJECUCION	2 meses Y 32 DIAS
PRORROGA (ADICION)	NA
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 10 DE JUNIO DE 2.026
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	NA
VALOR ADICION	NA
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$ 8.800.000
OBJETO CONTRATO	prestación de servicios de apoyo a la gestión asistencial como auxiliar de enfermería y vacunación regular con destino a la e.s.e. hospital nuestra señora de las mercedes del municipio de funza y sus puestos de salud hato y siete trojes.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	ABRIL DEL 2.026
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	ABRIL DEL 2.026
NUMERO DE INFORME	__2__ de __4__
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$ 7.200.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$ 2.400.000
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO DAVIVIENDA N° DE CUENTA 0570466970097963
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO___	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD__X__
NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO	MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

2. **TIPO DE INFORME:** Marque con una x el tipo de informe.

Informe Mensual _____X_____	**Informe Final** _____

3. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** Escriba todas las obligaciones contractuales especificas con el detalle de cada una y el grado de cumplimiento.

No	OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Llevar el libro de registro diario de los biológicos administrados.	Se adjunta registro diario de vacunación Pai regular mes de abril.	45%
2	Llevar el control del movimiento del biológico mediante el Kardex de Movimiento	Se adjunta Kardex diario de vacunación pai regular mes de abril.	45%
3	Explicar a los pacientes el procedimiento, atender con amabilidad y respeto a los usuarios.	Se da cumplimiento a esta obligación, explicando oportunamente el procedimiento al paciente y atendiéndolo con amabilidad.	45%
4	Administra el biológico, asegura el adecuado almacenamiento de la vacuna, lleva el inventario de las vacunas a diario, verifica el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, realiza desinfección de vacunación, apoya al jefe del servicio en la atención de los eventos adversos posvacunales y las otras que determine el supervisor del contrato.	Se adjunta registro diario de vacunación, Kardex y fotografías de desinfección del sitio de vacunación.	45%
5	Administrar el biológico como vacunadora del plan nacional de vacunación contra el Covid-19, que requiera la ESE para la atención de pacientes.	Se realiza aplicación de biológico según protocolo. Se adjunta registro fotográfico.	45%
6	Manejar cadena de frio, llevar control diario de temperatura de las neveras y termos dia.	se realiza control de temperatura diaria de neveras y seguimiento red de frio se anexa registro fotográfico de formato de	45%

		temperaturas, se adjunta registro fotográfico del formato mes de abril.	
7	Mantener el lugar en perfectas condiciones de orden, aseo y desinfección.	El espacio de vacunación se mantiene ordenado desinfectado para la atención de los pacientes, se adjunta registro fotográfico mes de abril.	45%
8	Elaborar y enviar los informes de vacunación al profesional responsable.	se realiza envió de informes mensuales, diario de fiebre amarilla, PAI regular, informe quincenal según corresponde, Se adjunta evidencia fotográfica.	45%
9	Hacer el requerimiento de los biológicos e insumos oportunamente al centro de acopio municipal y a las áreas de almacén y farmacia.	Se hace recepción de biológicos necesarios para demanda inducida del mes de febrero para siete trojes del hospital adjunto formato de entrega.	45%
10	Informar oportunamente las novedades al responsable del área y/o líder de salud pública.	Se informa de novedades y demás solicitudes a líder de salud pública.	45%
11	Realizar las jornadas de vacunación y sus informes correspondientes cuando se requiera.	Se adjunta registro fotográfico	45%
12	Presentar mensualmente el inventario de vacuna.	Se realiza envio de arqueo de punto siete trojes mediante conteo y Kardex de biológico Pai regular	45%
13	Realizar el lavado y desinfección semanal de las neveras y punto de vacunación.	Se realiza limpieza y desinfección de neveras y punto en general se adjunta formato establecido y registro fotográfico.	45%
14	Enviar listado de pacientes para facturar el servicio, seguimiento a cohortes, demanda inducida para vacunación.	Se adjunta registro fotográfico de facturación y seguimiento a cohortes.	45%
15	Diligenciar a diario el aplicativo Pai Web.	Se registro usuarios al PAI WEB, se adjunta registro fotográfico de cargue.	45%

16	Disponibilidad para vacunar recién nacidos en el hospital.	Se está a disponibilidad según programación y cronograma de auxiliares de vacunación	45%
17	Las demás que le sean asignadas por sus jefes inherentes a su cargo	Se cumplen con demás actividades solicitadas por coordinadora y líder PAI	45%
18	Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.	Se cumplen con demás actividades solicitadas por coordinadora y líder PAI	45%
19	Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	Se realiza de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	45%

4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

4.1 DESCRIPCION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

MES DE PAGO	**MARZO**
No. PLANILLA	1077329690
APORTE SALUD	$218.900
APORTE PENSION	$280.200
APORTE ARL	$42.700
APORTE CAJA COMPENSACION	0
VALOR TOTAL PAGADO	$541.800

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

SI __X__ NO_____

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.

SI _X_ NO____

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Lider de proceso o área en el cual realiza sus actividades
Liliana Paola Pardo Perez **Liliana Paola Pardo Pérez** C.C1.022.384.558	Laura Arguello 1'073518817 Enfermera Jefe U Bosque **Laura Arguello** LIDER SALUD PUBLICA

Supervisor del Contrato

MAURICIO D'BYRNE RAMÍREZ
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Visto Bueno Tesoreria

Firma

DE: SIAU

PARA: SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el/a señor/a **Liliana Paola Pardo Perez**, identificada con CC. No.1022384558 de **Bogotá DC**. Quien se desempeña en el cargo PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y VACUNACIÓN REGULAR CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y SUS PUESTOS DE SALUD HATO Y SIETE TROJES. en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios en salud a la población de la region, no registra PQRSDF pendientes en el mes de **abril**.

Atentamente;

ANGIE MILENA CAMARGO RIVEROS
LIDER – SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de abril de 2.026.

Elaboró y Proyectó: Angie Milena Camargo Riveros – LIDER– SIAU.
Revisó: Mario Gaona contreras – Subgerencia Administrativa y financiera.
Aprobó: Julia Isabel Muelle Plazas – Gerente.

Quienes proyectamos, revisamos y aprobamos, declaramos que el presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de la Gerencia de la E.S.E.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-30-03, 04:30:29 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077329690

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823920833

PAGADO 30/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA PAOLA PARDO PEREZ		
Documento	CC1022384558	**Dirección**	CR 6 #2 - 60 B CENTENARIO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3219678304
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FUNZA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1022384558	LILIANA PAOLA PARDO PEREZ	59	00	X																	0	30	30	0	(25301) FONDIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CU	$ 1.750.905	$ 216.900	2.436	$ 1.750.905	$ 42.700	(RIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 216.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5148689 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.