

2026 02 27 2,400,000.00

PARDO PEREZ LILIANA PAOLA

DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEJ NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,782	
Fecha : 27/febrero/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 SERVICIOS TECNICOS PROG PYP No. 26,896 Fact 01-2026 Valor Bruto \$ 2,400,000.00 Valor Neto \$ 2,400,000.00			
Codigo	Descripcion	Valor	
MOVIMIENTO PRESUPUESTAL			
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP
186	353	274	292
COD. ARTICULO		ARTÍCULO	VALOR
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: 11:52

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI		COMPROBANTE	
NIT. 900750333		DE EGRESO No. 23,782	
Fecha : 27/febrero/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	Chequ		
Cuenta : 04 462169999366	corrigir valor \$		
Recibí: _____	Huella dactilar		
Nombre: _____			
C.C. No. _____ de _____			
Firma: _____			
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y VACUNACION DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2026 SEGUN CONTRATO 250 DEL 2026			
ELABORADO	REVISADO	APROBADO	Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA

Hora: 11:52

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

Fecha: 26/02/2026 Hora: 18:23

Pág. 1

Usuario Imprime: AVARIAS

Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR				
CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERVICIOS TECNICOS PROG PYP	26,896	26/feb./2026	26/feb./2026	01-2026
Obligación: 353		Registro: 274		
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* DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2026* SEGUN CONTRATO 250 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 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TEC	0.00	2,400,000.00	
731303006 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. 250 – 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. **250** de fecha **10/02/2026**, la presente cuenta correspondiente al mes de **Febrero**, y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	2,400,000
No. CDP	292
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios para la Comunidad sociales y personales – ASISTENCIAL	
Plazo de Ejecución	09-mar
ADICION:	
No. CDP	
No. RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificadorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	2,400,000
Valor Ejecutado	
Valor Factura Actual	2,400,000
Total Ejecutado	2,400,000
Saldo por Ejecutar	
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)%	100%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de febrero del año dos mil Veintiséis (2026).

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

NOMBRE LIDER: Laura Arguello
LIDER SALUD PUBLICA

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	AREA O PROCESO QUE LO
FORMATO	DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA	GENERA GESTION DEL TALENTO HUMANO
CÓDIGO	VERSIÓN	PAGINA
A-TH-F-010	6	1 DE 1
	FECHA ELABORACION	
	5/03/2025	



CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca, Febrero de 2.026	FACTURA NUMERO	1
PRESTADOR DEL SERVICIO:	Liliana Paola Pardo Perez	NIT/ NUMERO DE CEDULA	1.022.384.558
DIRECCION RESIDENCIA:	Cra 2b # 25b-51	TELEFONO:	3219678304
Email:	paolapardo093@gmail.com	SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	VACUNACION

CANTIDAD	DESCRIPCION	VIR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente al mes de Febrero, según lo establecido en el contrato No. 250-2026 de fecha del 10 de Febrero 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 artículos 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 artículo 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 artículo 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, Artículo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regímen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen 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	250 de 2.026 ✓
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Lilliana Paola Pardo Pérez ✓
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	1.022.384.558 ✓
FECHA ACTA DE INICIO	10/02/2026 ✓
VALOR DEL CONTRATO	\$ 2.400.000 ✓
PLAZO DE EJECUCION	1 mes ✓
PRORROGA (ADICION)	N/A
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 09 DE MARZO DE 2.026 ✓
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	\$ 2.400.000 ✓
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	FEBRERO DEL 2.026 ✓
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	FEBRERO DEL 2.026 ✓
NUMERO DE INFORME	_1_ de _1_ ✓
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	\$ 2.400.000 ✓
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 <u>X</u> ✓
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD ✓

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



Gobernación
Cundinamarca



**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



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

Informe Mensual _____

Informe Final _____ **x** _____

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

No	OBLIGACIONES 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 febrero.	100%
2	Llevar el control del movimiento del biológico mediante el Kardex de Movimiento	Se adjunta Kardex diario de vacunación pai regular mes de febrero.	100%
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.	100%
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.	100%
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.	100%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



**Gobernación
Cundinamarca**



**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

6	Manejar cadena de frio, llevar control diario de temperatura de las neveras y termos día.	se realiza control de temperatura diaria de neveras y seguimiento red de frio se anexa registro fotográfico de formato de temperaturas, se adjunta registro fotográfico del formato mes de febrero.	100%
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 febrero.	100%
8	Elaborar y enviar los informes de vacunación al profesional responsable.	se realiza envío de informes mensuales, diario de fiebre amarilla, PAI regular, informe quincenal según corresponde, Se adjunta evidencia fotográfica.	100%
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.	100%
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.	100%
11	Realizar las jornadas de vacunación y sus informes correspondientes cuando se requiera.	Se adjunta registro fotográfico	100%
12	Presentar mensualmente el inventario de vacuna.	Se realiza envío de arqueo de punto siete trojes mediante conteo y Kardex de biológico Pai regular	100%
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.	100%
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.	100%
15	Diligenciar a diario el aplicativo Pai Web.	Se registro usuarios al PAI WEB, se adjunta registro fotográfico de cargue.	100%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



**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



16	Disponibilidad para vacunar recién nacidos en el hospital.	Se está a disponibilidad según programación y cronograma de auxiliares de vacunación	100%
17	Las demás que le sean asignadas por sus jefes inherentes a su cargo	Se asiste a Comité PAI el día 20 de febrero y se apoya en actividades administrativas de informes.	100%
18	Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.	Se cumple con asistencia técnica recibida el día 18 de febrero en el punto siete trojes por el departamento.	100%
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.	100%

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	afiliación
No. PLANILLA	
APORTE SALUD	Certificaciones
APORTE PENSION	Certificaciones
APORTE ARL	Certificaciones
APORTE CAJA COMPENSACION	Certificaciones
VALOR TOTAL PAGADO	Certificaciones

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 ☐

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



Gobernación
Cundinamarca



**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

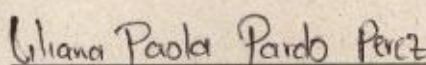
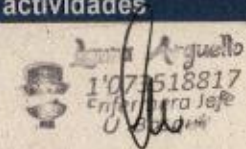
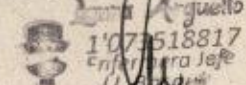
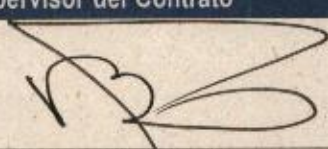
A-TH-F-011

V5

05/03/2025

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 Pérez C.C.1.022.384.558	  Laura Arguello LIDER SALUD PUBLICA
Supervisor del Contrato	
 MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	
Visto Bueno Tesorería	
Firma	

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



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 DE ATENCIÓN AL USUARIO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

CERTIFICACIÓN PQRSDF

M-AU-F-001

V4

05/03/2025



DE: SIAU

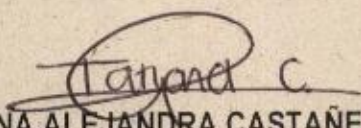
PARA: SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el/a señor/a **Liliana Paola Pardo Pérez**, 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: **250 - 2.026**, no registra PQRSDF pendientes en el mes de **febrero**.

Atentamente;


TATIANA ALEJANDRA CASTAÑEDA DELGADO
TRABAJO SOCIAL - SIAU

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

*Elaboró y Proyectó: Tatiana Alejandra Castañeda Delgado - Trabajadora Social - SIAU.
Revisó: Mauricio O' Byrne Ramírez - Subgerencia de Servicios de Salud.
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.

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



Gobernación
Cundinamarca

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

gente cuidando gente

HIT. 900 198.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, LILIANA PAOLA PARDO PEREZ identificado(a) con R.C. T.I. C.C. C.E.C. S.C. C.D. P.E. P.T.
número 1022384558 de BOGOTÁ, certifico que:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI ☐ NO ☐
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI ☐ NO ☐
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI ☐ NO ☐
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI ☐ NO ☐
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI ☐ NO ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3219678304
y/o correo electrónico: silil_093@hotmail.com

SI ☐ NO ☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI ☐ NO ☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeeps.com.co/carta-derechos-deberes>
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) Liliana Pardo identificado(a) con

No. 1022384558 desde el día 23/02/2025 del año 2025

Cordialmente,

Firma:

Tipo ID: CC No. ID: 1022384558

Fecha de Solicitud: 23/02/2025

Dirección: CRA 5 N 21-39

Tel: 3219678304 Municipio: FUNZA

Departamento: CUNDINAMARCA

Huella:

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma:

Tipo ID: CC No. ID: 1022384558

Fecha (dd/mm/aaaa): 23/02/2025

Dirección: CRA 5 N 21-39

Tel: 3219678304 Municipio: FUNZA

Departamento: CUNDINAMARCA

Huella:

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en esta forma y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: 01 8000 954400

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: 01 8000 95 2000

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Commutador: (601) 419 3000

Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 48A - 66 Piso 2

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- * Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- * Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- * Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- * Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- * Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí mismo, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RECURSOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI
INDEPENDIENTE	NINGUNA	PORVENIR	\$1.750.905	NO	X	NO	X
Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☒ Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador	Contratista	X	Trabaja por su Cuenta	
Preceder	Medio académico o técnico (bachillerato técnico) ☐ Técnico Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐	Inicio Contrato	09/02/2025	Fin Contrato			
Básico Primaria	Medio técnico (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado ☐						

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, REQUIERE RESPONDER LA NECESIDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERARÁ LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 308 ART. 57 DE 1986 Y ART. 69 DECRETO 1406 DE 1990.

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE

Nombre del Tercero Luz Salazar Rojas

Tipo de Identificación NT C.C. CL C.E. CL Identificación del Tercero que realiza el Aporte CL

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIudad y FECHA
Luz Salazar Rojas	A1006		



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LILIANA PAOLA PARDO PEREZ identificado(a) con CC 1022384558 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/11/2025

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: E.S.E. HOSPITAL ARSENIO REPISO VANEGAS

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes febrero del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LILIANA PAOLA PARDO PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.384.558**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**FUNZA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese**

20/02/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LILIANA PARDO PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía número 1022384558**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570466970097963
Fecha de apertura	11/08/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA