2026 06 12 2,320,384.00

VASQUEZ GUIO NATALIA CAMILA

DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCTE **********

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,472

Fecha : 12/junio/2026 **Pagado a :** 1073714031-1 VASQUEZ GUIO NATALIA CAMILA

La Suma de : DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCTE ********** **Valor $** 2,320,384.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 14 462100071523 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE PIC MUNICIPAL
No. 27,884 **Fact** 03-2026 **Valor Bruto $** 2,320,384.00 **Valor Neto $** 2,320,384.00

Codigo	Descripcion	Valor

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
935	1364	284	107	245020903	Servicios para la comunidad, sociales y p	2,320,384.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006016	DAVIVIENDA CTA AHORROS 462100071523	0.00	2,320,384.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	2,320,384.00	0.00

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 19:00

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,472

Fecha : 12/junio/2026 **Pagado a :** 1073714031-1 VASQUEZ GUIO NATALIA CAMILA

La Suma de : DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCTE
****

Valor $ 2,320,384.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 14 462100071523

Cheque : PE

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGUN CONV INTERA ADM NO. CD0074-2025 DURANTE EL 13 DE ABRIL AL 15 MAYO DEL 2026 SEGUN CONTRATO 257 DE 2026

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 19:00

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 04/06/2026 Hora: 16:26

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
PIC MUNICIPAL	27,884	29/may./2026	29/may./2026	03-2026

Obligación: 1,364 **Registro:** 284

TERCERO

NIT: 1073714031 1 **NOMBRE:** VASQUEZ GUIO NATALIA CAMILA
TEL: 3212500056 **DIRECCION :** CRA 9 A NO 23-03 BARRIO BOCHICA 754

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL* COMO PROFESIONAL EN NFERMERIA * PARA EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMI. CD-0074-2025* DEL 13 ABRIL AL 15 MAYO DEL 2026* SEGUN CONTRATO 257 2026.	**BRUTO :**	2,320,384.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	2,320,384.00
DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	2,320,384.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	2,320,384.00
731303006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	2,320,384.00	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 PRESTACIÓN DE SERVICIO No. 257 - 2026 + PRORROGA N1

CERTIFICA:

Que **Natalia Camila Vasquez Gujo** identificado (a) con documento de identidad y/o Nit 1073714031 expedida en Soacha cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0074-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE LA LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IDENTIFICACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO del Contrato de prestación de Servicios No. 257-2026 y PRORROGA N1 de fecha 14/02/2026, la presente cuenta correspondiente al corte 13 Abril al 15 Mayo 2026 y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato Inicial	12.109.680
No. CDP	107
No. RP	284
Rubro Presupuestal: Servicios para la comunidad sociales y personales - pic municipal	
Plazo de Ejecución	hasta el 15/Abril
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución Prorroga #1	hasta el 15/Mayo
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	12.109.680
Valor Ejecutado	7.057.688
Valor Factura Actual	2.320.384
Total Ejecutado	9.378.072
Saldo por Ejecutar	2.731.608
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	77%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de Mayo del año dos mil veintiséis (2026)

Laura Arguello
1'078518817
Enfermera Jefe
U Bosque

NOMBRE SUPERVISOR: MAURICIO O'BRYNE RAMIREZ
CARGO: SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE LIDER: LAURA ANDREA ARGUELLO ORGANISTA
CARGO: LIDER SALUD PÚBLICA

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



CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca ,Mayo de 2.026	FACTURA NUMERO	3
PRESTADOR DEL SERVICIO:	NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO	NIT/ NUMERO DE CEDULA	1.073.714.031
DIRECCION RESIDENCIA:	CARRERA 9 A # 23-03	TELEFONO:	3227314529
Email:	enfcronicospic@gmail.com	SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	PIC MUNICIPAL

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ABONO CORRESPONDIENTE DESDE 13 DE ABRIL AL 15 DE MAYO DE 2.026, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO NO. 257 DEL 14/02/2026 Y PRORROGA N1, CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0074-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE LA LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IDENTIFICACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ÁREA DE COMUNICACIONES CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA.	$ 2.320.384,00	$ 2.320.384,00

FIRMA:	Natalia Vasquez Guio	VALOR TOTAL:	$ 2.320.384,00
		IMPUESTO ASUMIDO:	$ -
	NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO	TOTAL A PAGAR:	$ 2.320.384,00

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 ___X__ NO ___

BANCO BANCOLOMBIA NO. CUENTA 525-258616-35

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

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	257 de 2.026 Y PRORROGA N1
GNOMBRE DEL CONTRATISTA	NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	1.073.714031
FECHA ACTA DE INICIO	14/02/2.026
VALOR DEL CONTRATO	$12.109.680.00
PLAZO DE EJECUCION	2 MESES Y 1 DÍA
PRORROGA (ADICION)	1 MES
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 15 DE MAYO DE 2.026
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$12.109.680.00
OBJETO CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0074-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE LA LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IDENTIFICACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	13 DE ABRIL AL 15 DE MAYO 2.026
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	MAYO DEL 2.026
NUMERO DE INFORME	3 DE 3
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$5.051.992
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$ 2.320.384
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO BANCOLOMBIA

	N° DE CUENTA 525-258616-35
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 _____	**Informe Final _____X_____**

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	Realizar visita domiciliaria a las personas y familias caracterizadas por parte de las auxiliares de enfermería de los equipos básicos en salud, con riesgos a enfermedades crónicas no transmisibles	Para este periodo se realizan 3 actividades, se proyecta continuar su cumplimiento para la siguiente entrega.	77%
2	Canalizar a las intervenciones individuales riesgos asociados a enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles. Con un mínimo de 20 canalizaciones mensuales.	Para este periodo se realizan 20 canalizaciones de la comunidad Funzana con riesgo en enfermedades crónicas.	77%
3	Informar a padres de familia de Instituciones Educativas, sobre la detección temprana de las alteraciones auditivas y visuales.	Para este periodo se entrega la actividad completa,	77%
4	Informar a estudiantes de 6 a 11 años de las Instituciones Educativas sobre la detección temprana de las alteraciones auditivas y visuales.	Para este periodo se entrega la actividad completa,	77%
5	Informar a estudiantes de 12 a 17 años de las Instituciones Educativas sobre la detección temprana de las alteraciones auditivas y visuales.	Para este periodo se entrega la actividad completa,	77%
6	Informar a la comunidad en general en la importancia del lavado de manos, para la prevención de enfermedades e infecciones.	Para este periodo se entrega la actividad completa,	77%
7	Sensibilizar a la comunidad en general en la detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino.	Para este periodo se realizan 1 actividad, se proyecta completar la actividad para la siguiente entrega	77%

8	Educar a la población Funzana en prácticas de cuidado y factores protectores para la prevención de enfermedades crónicas y cardiovasculares (Cáncer, Hipertensión y Diabetes), fomentando estilos de vida saludables.	Para este periodo se realizan 3 actividades, de prácticas de cuidado y factores protectores para la prevención de enfermedades crónicas y cardiovasculares (Cáncer, Hipertensión y Diabetes), fomentando estilos de vida saludables.	77%
9	Desarrollar actividades educativas masivas y con enfoque diferencial orientadas al reconocimiento temprano de la enfermedad de Tuberculosis y Hansen, para la búsqueda de atención oportuna y el cumplimiento del tratamiento por las personas afectadas, las familias y la comunidad.	Para este periodo se entrega la actividad completa,	77%
10	Educar a la comunidad en la prevención del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, reconociendo los factores protectores y de riesgo.	Para este periodo se entrega la actividad completa,	77%
11	Educar a la comunidad en la prevención del Virus del Papiloma Humano, realizando demanda inducida a los servicios de vacunación.	Para este periodo se entrega la actividad completa,	77%
12	Educar a la población vulnerable en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles (2 discapacidad, 1 trabajadores informales,1 victimas del conflicto armado,1 población migrante, 1 población privada de la libertad,1 etnias, LGTBI 1, casa de lenocinio 1).	Para este periodo no se entrega producto para esta actividad, se proyecta realizarlas para la siguiente entrega.	0%
13	Apoyar la creación de un club de pacientes crónicos, en articulación con la referente de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud, para el fortalecimiento de hábitos saludables en población con riesgo. El cual sesione de manera mensual.	Para este periodo se realizan 1 actividad.	77%
14	Participar en las campañas, jornadas y tomas barriales desarrolladas por el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes y la Secretaría de Salud Municipal, de acuerdo al cronograma de disponibilidad.	Para este periodo no se entrega producto para esta actividad, se proyecta realizarlas para la siguiente entrega.	0%

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	1079786860
APORTE SALUD	$ 257.500
APORTE PENSION	$ 329.600
APORTE ARL	$ 50.200
APORTE CAJA COMPENSACION	
VALOR TOTAL PAGADO	$ 637.300

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.

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades
Natalia Vasquez Guio **NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO** C.C 1073714031	Laura Arguello 1'073518817 Enfermera Jefe **LAURA ANDREA ARGUELLO** LÍDER DE SALUD PÚBLICA

Supervisor del Contrato

MAURICIO D'BYRNE RAMÍREZ
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Visto Bueno Tesorería

Firma

SI __X__ NO_____

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 **NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO**, identificada con CC. No. **1073714031** de **SOACHA**. Quien se desempeña en el cargo de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0074-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE LA LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IDENTIFICACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC" TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO.**en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios:257 **– 2.026 Y PRORROGA N1**, en el mes del 13 de Abril al 15 de Mayo 2.026 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 Mayo de 2.026.

Elaboró y Proyectó: Angie Milena Camargo Riveros –Líder – SIAU.
Revisó: Mauricio O´Byrne Ramírez – Subgerencia de Servicios de Salud.
Aprobó: Julie 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: 2026-03-20, 10:12:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079786860

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823912708

PAGADO 20/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO		
Documento	CC1073714031	**Dirección**	CR 9A #23 - 03
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212500056
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	VIDA AURORA SA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	IGE	RET *	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CUE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días DPS	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 Ministerio	Total
CC 1073714031	NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO	59	00																		0	30	30	30	0	(250301) PORVENIR	$ 2.060.000	$ 329.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.060.000	$ 257.500	0,450	$ 2.060.000	$ 50.200	(MN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 637.300

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
$ 2.060.000	$ 2.060.000	$ 2.060.000	$ 0	$ 329.600	$ 257.500	$ 50.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 637.300	$ 0	$ 637.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - 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.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		AREA O PROCESO QUE LO GENERA:
FORMATO	PAZ Y SALVO CONTRATISTAS		GESTION DE TALENTO HUMANO
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-TH-F-012	7	31/07/2023	1 de 1

1. INFORMACION DE CONTRATISTA:

NOMBRE DEL CONTRATISTA: NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT: 1.073.714.031 — **No. Contrato: 257 - 2.026**

AREA: ASISTENCIAL — **CARGO: PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

2. OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0074-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE LA LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IDENTIFICACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO.

3. AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL

CONTRATACION		TALENTO HUMANO		
Contrato / Acta de inicio Firmanda	✓	Documentacion Hoja de Vida		✓
Polizas de Contrato	✓	Capacitaciones		✓
Liquidacion/ Acta Terminacion		Seguridad Social del contrato al dia		✓
		Carnet		✓
FIRMA Mariana Pedina.		FIRMA		

ALMACEN		SISTEMAS		
Equipo de Computo	✓	Cierre de Registros al Dia	✓	
Entrega de Inventario Asignado	✓	Entrega de Usuario CNT	✓	
		Información Intranet	✓	
		Backup - Informacion	✓	
FIRMA		FIRMA		

3. AREA ASISTENCIAL

BIOMEDICO		SALUD PUBLICA	
Buen estado de Equipos	✓	Informes - Reportes al dia	
Entrega de Inventario Asignado	✓	Indicadores	
	✓	Metas	
FIRMA		FIRMA	

Laura Argue
1'073518
Enfermera
U Nosque

CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE	SUPERVISOR DEL CONTRATO
Natalia Vasquez	
NATALIA CAMILA VASQUEZ GUIO	MAURICIO O´BYRNE RAMIREZ
CC Y/O NIT: 1.073.714.031	CARGO: SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD