

EBS 07

OK

		ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	Formato: HOJA DE TRAZABILIDAD	CODIGO: A-RFGD-F 018	
PROCESO: RECURSOS FISICOS		VERSION: 01	
SUBPROCESO: GESTION DOCUMENTAL		FECHA: 28/03/2023	

1. CONTRATO	0603-2026	2. AREA	EBS007
3. CONTRATISTA	KATHERINE PARDO ARANDIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	

COORDINADOR DE SEDE Y/O SECRETARIA

COPIA CONTRATO
 COPIA ACTA DE INICIO
 INFORME DE ACTIVIDADES
 PAGO S.G.S.S.S
 CERT. BANCARIA
 FOR. RETEFUENTE
 INFORME Y/O ACTA DE ALMACEN

X
X
X
X
X

OBSERVACIONES

SUPERVISOR:

CAROLINA LEON GUALDRON, CINDY PEÑA

CERTIFICADO DE SUPERVISION		FECHA DE ENTREGA	FIRMA
PAZ Y SALVO			
LIQUIDACION			

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA	FIRMA

PRESUPUESTO:

1865

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA	FIRMA
FECHA DE ENTREGA	FIRMA

CONTABILIDAD:

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA	FIRMA
FECHA DE ENTREGA	FIRMA

TESORERIA:

OBSERVACIONES

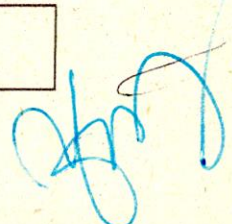
FECHA DE ENTREGA	FIRMA
FECHA DE ENTREGA	FIRMA

JURIDICA:

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA	FIRMA

ELABORADO POR: Referente Gestión Documental	REVISADO POR: Referente de Calidad	APROBADO POR: Gerente
--	---------------------------------------	--------------------------



Soacha, 03 DE AGOSTO DEL 2026 ✓
CTO 0603 DE 2026 ✓

CUENTA DE COBRO No. 01 ✓

ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
NIT. 832.001.794-2

DEBE A

KATHERINE PARDO ARANDIA
Cédula No. 1073.721.688 SOACHA

La suma de: UN MILLON SETECIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS M/Cte. (\$1.725.000) ✓ Por concepto OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ÁREA RURAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN INDIVIDUAL, COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA PARA LA VIGENCIA 2026 Y EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA CITADA RESOLUCION No. 080, periodo del 17 DE JULIO DEL 2026 AL 31 DE JULIO DEL 2026, según contrato No. 0603/2026

Consignar a la cuenta de ahorros Nro. 0550488407168118 ✓ BANCO DAVIVIENDA.

Anexo planilla de pago de seguridad Social No. 1083996226, ✓ PAGADA EL 30/07/2026 ✓

Katherine Pardo
KATHERINE PARDO ARANDIA
C.C. 1073.721.688 SOACHA
Dirección: CLL 15 A SUR # 10 B 05 SOACHA
Teléfono Celular: 3223246269
CORREO: KATHERINEPARDO07@hotmail.com

DATOS DEL CONTRATISTA**Contrato No. 0306/2026**CERTIFICACIÓN CON VIGENCIA DE: 17 DE JULIO 2026 AL 31 DE OCTUBRE DE 2026**NOMBRE: KATHERINE PARDO ARANDIA**

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ÁREA RURAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN INDIVIDUAL, COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA PARA LA VIGENCIA 2026 Y EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA CITADARESOLUCION No. 0801 DEL 27 DE ABRIL DE 2026, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.

La presente declaración juramentada tiene vigencia durante el plazo de ejecución del contrato aquí relacionado.

**DECLARACION JURAMENTADA PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS DE
RETENCION EN LA FUENTE AÑO 2026**

En mi nombre como aparece al pie de mi firma, certifico bajo la gravedad de juramento que de conformidad con lo establecido en el Decreto 099 de enero 25 de 2013, Artículo 3º. Parágrafo 4º., NO x SI Soy declarante del Impuesto sobre la Renta. "Además de lo declarado anteriormente, manifiesto que soy conocedor de la responsabilidad de suministrar los documentos soporte oportunamente a la Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha Julio Cesar Peñaloza, tales como: Certificaciones, declaraciones entre otros, y con ello acceder a los beneficios de carácter tributario contemplados en el decreto 1070 de mayo de 2013 y las modificaciones ajustadas según decreto 3032 de diciembre de 2013.

Además, si durante el resto del año fiscal llega a suceder que no pueda seguir cumpliendo todos los requisitos establecidos en el artículo 499 del Estatuto Tributario (Régimen Simplificado), en ese caso yo mismo le(s) daré en ese momento un nuevo aviso por escrito para que desde ese momento en adelante ya no se me aplique el procedimiento de retención de la Ley 1943 de 2018 y en cambio se me apliquen las retenciones tradicionales que apliquen según el tipo de servicio que les pueda seguir cobrando.

CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES

SALUD	PENSION	ARL	TOTAL
\$116.800	\$149.500	\$22.800	\$289.100

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL, son ciertos y corresponde a la liquidación mínima sobre la base de los ingresos provenientes del contrato, en cumplimiento del art. 18 de la ley 1122 de 2007 materia del pago sujeto a retención.

Favor Diligenciar con claridad y veracidad la totalidad de los espacios de este formulario.

Firma Contratistas:

Firma:

Nombre: KATHERINE PARDO ARANDIA

C.C.: 1073.721.688



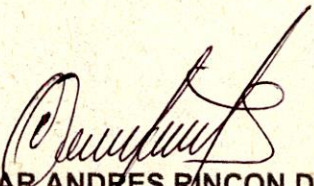
**LA SUSCRITAS COORDINADORAS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD
DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CESAR PEÑALOZA**

CERTIFICA QUE:

EL (LA) SEÑOR (A) **KATHERINE PARDO ARANDIA**, IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. **1073721688** EJECUTÓ LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS A DEMANDA DEL PERIODO DE LA CERTIFICACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS **NO. 0603-2026**, CUYO OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ÁREA RURAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN INDIVIDUAL, COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA PARA LA VIGENCIA 2026 Y EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA CITADARESOLUCION No. 0801 DEL 27 DE ABRIL DE 2026, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.

QUE EL VALOR DE PAGO CORRESPONDE AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA LA SUMA DE \$.1.725.000, PARA EL PERÍODO DEL 17 DE JULIO DE 2026 AL 31 DE JULIO DEL 2026, PERIODO DURANTE EL CUAL EJECUTÓ EL OBJETO CONTRACTUAL PACTADO Y LAS OBLIGACIONES DEL MISMO DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS PRESENTADAS Y LOS DOCUMENTOS QUE ASÍ LO SOPORTAN LOS CUALES REPOSAN EN LA NAS-INTRANET Y EL FÍSICO EN EL ARCHIVO CORRESPONDIENTE.

SOACHA, 03 DE AGOSTO 2026


WILMAR ANDRES RINCON DIAZ
COORDINADOR EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Subgerente Administrativo y Financiero	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna	Gerente

	E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	Formato:	CODIGO: A-JURCON-F 005
PROCESO: GESTIÓN JURIDICA	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL	VERSION: 01
ACTIVIDAD: CONTRATACIÓN	PERSONA NATURAL	FECHA: 26/11/2021

EI (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR(A) CONTRACTUAL DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

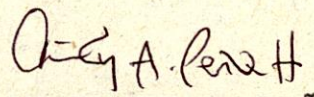
CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) **KATHERINE PARDO ARANDIA**, identificado con Cédula de Ciudadanía N° 1.073.721.688, ejecutó la Prestación de Servicio según contrato No. **0603-2026** las actividades realizadas en el período DEL 17 DE JULIO DE 2026 AL 31 DE JULIO DE 2026, durante el cual ejecutó el objeto contractual pactado y las obligaciones del mismo de acuerdo con el informe del contratista y los documentos que así lo soportan.

Durante el periodo de certificación, el contratista ejecutó el 50% de las actividades asignadas para la meta, por lo tanto, se sugiere el pago correspondiente al valor de **\$1.725.000 (UN MILLON SETECIENTOS VEINTICINCO MIL)**

Soacha, 03 DE AGOSTO del 2026


CAROLINA LEON GUALDRON
SUPERVISORA


CINDY ANGELICA PEÑA
SUPERVISORA

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Subgerente Administrativo y Financiero	Referente de Calidad	Gerente

	E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
	Formato: INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CODIGO: A-JURCON-F 002
		VERSION: 01 FECHA: 26/11/2021
MACROPROCESO: APOYO		
PROCESO: GESTIÓN JURIDICA		
SUBPROCESO: CONTRATACIÓN		

FECHA DE ELABORACIÓN	03 DE AGOSTO DE 2026 ✓
CONTRATO No.	0603-2026 ✓
CONTRATISTA	KATHERINE PARDO ARANDIA ✓
REPRESENTANTE LEGAL	N/A
IDENTIFICACION REPRESENTANTE LEGAL	N/A
IDENTIFICACIÓN	1'073.721.688 ✓
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ÁREA RURAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN INDIVIDUAL, COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA PARA LA VIGENCIA 2026 Y EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA CITADARESOLUCION No. 0801 DEL 27 DE ABRIL DE 2026, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
FECHA DE INICIO	17/07/2026 ✓
FECHA DE TERMINACIÓN	31/10/2026 ✓
DURACIÓN	EL CONTRATO SE EJECUTARÁ DESDE SU PERFECCIONAMIENTO E INICIO DE EJECUCIÓN EN EL SECOP II, SIN QUE DICHO PLAZO PUEDA EXCEDER EL 31 DE OCTUBRE DE 2026
PRORROGA:	N/A
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	\$13.800.000 ✓
VALOR ADICIÓN	\$0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$13.800.000 ✓
PERIODO FACTURADO	DEL 17 DE JULIO DE 2026 AL 31 DE JULIO DEL 2026
VALOR A GIRAR	\$1.725.000
LUGAR DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	SOACHA

		EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	EVALUACIÓN EJECUCIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: A-TH-EECP5-F 001	
PROCESO: GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		VERSIÓN: 1	
SUBPROCESO: TALENTO HUMANO		FECHA: 01/04/2025	

FECHA DE LA EVALUACIÓN		03 DE AGOSTO DE 2026	
NOMBRE DEL EVALUADO		KATHERINE PARDO ARANDIA ✓	
OBJETO DEL CONTRATO DEL EVALUADO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ÁREA RURAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN INDIVIDUAL, COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA PARA LA VIGENCIA 2026 Y EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA CITADARESOLUCION No. 0801 DEL 27 DE ABRIL DE 2026, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL EVALUADO		CAROLINA LEON GUALDRON, CINDY PEÑA ✓	
CRITERIOS DE EVALUACIÓN La puntuación de la evaluación es de 1 a 5 • Cada ítem tiene una puntuación de 0.5 máximo			
PARÁMETROS DE EVALUACIÓN			
ACTIVIDAD		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Tiempo de ejecución labores: Cumple los tiempos en los que debe ejecutar sus actividades, según corresponda a las agendas programadas, atención a usuarios internos, externos, al público en general	0.3	
1.1	Asiste a las reuniones y actividades convocadas.		
2	Oportunidad y Calidad en la entrega de productos y tareas asignadas: Entrega cuando le es solicitado los productos.	0.3	
2.1	Entrega con calidad los productos derivados del cumplimiento de sus actividades contractuales		
3	Relaciones interpersonales: Es buen compañero y/o líder, tiene la oportunidad de hablar con él (o ella) y compartir,...	0.3	
3.1	No genera conflictos dentro de la empresa		
3.2	Comparte sus conocimientos con los demás		
3.3	Se comunica adecuada y asertivamente con las demás personas (pide favores y da "órdenes" de una manera correcta)		
ELABORADO POR		REVISADO POR	APROBADO POR
TATIANA MEDINA GARCIA Referente de Talento Humano CHARLES GONZALEZ - Referente Gestión		SANDRA MILENA BALLEEN CORONADO Referente de Calidad	WALDETRUDES AGUIRRE RAMIREZ Gerente

		EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	EVALUACIÓN EJECUCIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: A-TH-EECP-S-F 001	
PROCESO: GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		VERSIÓN: 1	
SUBPROCESO: TALENTO HUMANO		FECHA: 01/04/2025	

3.4	Aplica las normas de cortesía que deben regir las relaciones en la entidad	0.3	
4	Conocimientos para ejecutar sus actividades: Cumple adecuadamente y en aplicación de las normas, los procesos y procedimientos sus actividades.		
4.1	Se esmera por capacitarse y actualizarse en el cumplimiento de las mismas.	0.3	
5	Cumplimiento código vestuario: Cumple con las normas de vestimenta, presentación personal e higiene socializados en la Circular 005 de 13 de febrero de 2025	0.3	
6	Seguimiento de los parámetros establecidos respecto a la adopción de comportamientos seguros y al uso de distintivos institucionales: Usa los elementos de protección personal.		
6.1	Hace buena disposición de los residuos que genera		
6.2	Desarrolla las actividades de acuerdo con los procedimientos de trabajo	0.3	
6.3	Hace uso de los elementos distintivos institucionales como chaqueta y carné, cumpliendo los parámetros establecidos		
7	Conocimientos de la empresa: Contribuye con el conocimiento de la plataforma estratégica institucional (Misión, visión y valores corporativos) de la empresa.		
7.1	Asume una posición de pertenencia, respeta y atiende con voluntad las indicaciones y órdenes de sus supervisores, demuestra satisfacción con su trabajo	0.3	
8	Atención al cliente interno y externo: Realiza sus actividades sin inconvenientes, manteniendo buena relación con los usuarios internos y externos		
8.1	Demuestra una capacidad resolutoria ante las necesidades de estos	0.3	
9	Desempeño y compromiso con el sistema de gestión integral. El contratista aplica los procedimientos del Sistema de Gestión Integral (Calidad, Seguridad y Salud en el trabajo y ambiental)		
9.1	Cumple con sus actividades y responsabilidades en forma apropiada y evidencia su compromiso con la (s) política (s), objetivos de la empresa y otros.		
10	Cumplimiento de actividades y responsabilidades. Cumple lo pactado contractualmente de manera proactiva o requiere frecuentes recordatorios de las actividades y deberes asignados en los tiempos requeridos.	0.3	
TOTAL = Sumatoria de los parámetros evaluados			
% Evaluación ejecución contractual: puntaje de 1 a 5 SOBRESALIENTE: 4.1 a 5.0 SATISFACTORIO: 3.0 a 4.0 NO SATISFACTORIO: 0 a 2.9		3.0	

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
TATIANA MEDINA GARCIA Referente de Talento Humano CHARLES GONZALEZ - Referente Gestión	SANDRA MILENA BALLÉN CORONADO Referente de Calidad	WALDETRUDES AGUIRRE RAMÍREZ Gerente

		EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	EVALUACIÓN EJECUCIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: A-TH-EECP5-F 001	
PROCESO: GESTION DE TALENTO HUMANO		VERSIÓN: 1	
SUBPROCESO: TALENTO HUMANO		FECHA: 01/04/2025	

ACCIÓN A TOMAR:

Katherine Pardo

KATHERINE PARDO ARANDIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Carolina Leon Gualdron

CAROLINA LEON GUALDRON
SUPERVISORA

Cindy A. Peña H.

CINDY PEÑA
SUPERVISORA

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
TATIANA MEDINA GARCIA Referente de Talento Humano CHARLES GONZALEZ - Referente Gestión	SANDRA MILENA BALEN CORONADO Referente de Calidad	WALDETRUDES AGUIRRE RAMIREZ Gerente



E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

MACROPROCESO: ESTRATEGICO

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO
ESTRATEGICO

SUBPROCESO: CONTRATACION

Formato:

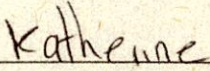
ACTA DE INICIO

CODIGO: ES-DECAI-F 001

VERSION: 1

FECHA: 08/04/2025

ACTA DE INICIO

Datos Generales	CONTRATO	X	CONVENIO	ACUERDO MARCO	No.	CPS 0603- 2026
	Tipo PRESTACION DE SERVICIOS					
Contratista	KATHERINE PARDO ARANDIA					
Identificación (CC – NIT)	1073721688					
Representante Legal	N/A					
Supervisor del Contrato	CAROLINA LEON GUALDRON- CINDY ANGELICA PEÑA HERNANDEZ					
Cargo	JEFE DE ENFERMERIA - JEFE DE ENFERMERIA					
Objeto del Acta	Dar inicio a la ejecución del contrato					
Lugar	Soacha, Cundinamarca					
1. DATOS DEL CONTRATO						
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ÁREA RURAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ATENCIÓN INDIVIDUAL, COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA PARA LA VIGENCIA 2026 Y EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA CITADA RESOLUCION No. 0801 DEL 27 DE ABRIL DE 2026, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA.					
Fecha Contrato	17 DE JULIO DE 2026	Fecha Registro Presupuestal	17 DE JULIO DE 2026	Fecha Aprobación Garantía Única	N/A	
2. PLAZOS A TENER EN CUENTA						
PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHAS					
	Inicio		Terminación			
Plazo de ejecución del contrato	17 DE JULIO DE 2026		31 DE OCTUBRE DE 2026			
3. VERIFICACIÓN AFILIACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, APORTES A RIESGOS LABORALES, APORTES PARAFISCALES						
A cargo del supervisor y/o apoyo a la supervisión, así como el cumplimiento de obligación contractuales para lo cual expedirá informe de supervisión que acredite el recibo a satisfacción.						
PARA CONSTANCIA SE FIRMA						
EL SUPERVISOR			EL CONTRATISTA			
CAROLINA LEON GUALDRON JEFE DE ENFERMERÍA			 KATHERINE PARDO ARANDIA CC 1073721688			
EL SUPERVISOR						
CINDY ANGELICA PEÑA JEFE DE ENFERMERÍA						

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
DIANA VILLANI LADINO – ASESORA JURIDICA	SANDRA MILENA BALLEEN CORONADO	WALDETRUDES AGUIRRE RAMIREZ
CHARLES GONZALEZ – Referente Gestión Documental	Referente de Calidad	Gerente



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SOACHA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese

25/06/2026

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **KATHERINE PARDO ARANDIA**
con **Cédula de Ciudadanía número 1073721688**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488407168118 ✓

Fecha de apertura

18/07/2019

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7



Prefectura

Fecha creación reporte: 2026-07-30, 03:09:39 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: julio de 2026

Periodo Servicio: julio de 2026

Referencia pago (PIN): 8824285948

Fecha limite de pago: 2026-08-25

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KATHERINE PARDO ARANDIA		
Documento	CC1073721688 ✓	Dirección	CL 15A SUR #10 B - 05
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223246269
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
			Total Afiliados 1

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO. Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil

III. DETALLE DEL APORTANTE

[illegible]

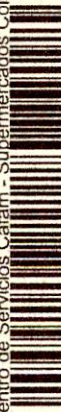
III. TOTALES

IBCF Pensión	IBCF Salud	IBCF Riesgos	IBCF Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Soma	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades, AARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 22.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 0.000.000	\$ 280.100	\$ 0	\$ 280.100

TV-INFORMACION

[illegible]

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio



Mihanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415) 770 9998 485 884 830 2018 827 285 948 (3900) 000 000 (96) 20991231

88882428594800000991231

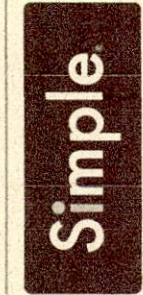
MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii - ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: <https://paosimple.com/buntos-de-recaudo/>

Página 1 de 1

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!

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





PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-30, 03:33:15 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1083996226
Período Cotización: julio de 2026 Período Servicio: julio de 2026 Referencia pago (PIN): 8824285948

PAGADO 30/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KATHERINE PARDO ARANDIA			Dirección	CL 15A SUR #10 B - 05
Documento	CC-1073721688			Teléfono	3223246269
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	CUNDINAMARCA
Ciudad	SOACHA			Identificación	
Representante Legal				ARP	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Salud Cotización	Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas				Parafiscales			Total
				RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	
CC: 1073721688	KATHERINE PARDO ARANDIA	59	00	X																							\$ 288.100

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 933.816	IBC Salud	\$ 933.816	IBC Riesgos	\$ 933.816	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 148.500	Aportes Salud	\$ 118.800	Aportes Riesgos	\$ 22.800	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sema	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Aportes Salud	\$ 118.800	IBC Salud	\$ 933.816	Aporte Pension	\$ 148.500	Aporte Salud	\$ 118.800	Tarifa	2.436	IBC Riesgos	\$ 22.800	Aporte Riesgos	\$ 22.800	Administradora	(N/A-CC) NINGUNA CCF	IBC Cajas	\$ 0	Aporte Cajas	\$ 0	Aporte Sema	\$ 0	Aporte ICBF	\$ 0	Aporte ESAP	\$ 0	Aporte Min Educación	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 288.100	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 288.100
-------------	------------	-----------	------------	-------------	------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	---------------	------------	-----------	------------	----------------	------------	--------------	------------	--------	-------	-------------	-----------	----------------	-----------	----------------	----------------------	-----------	------	--------------	------	-------------	------	-------------	------	-------------	------	----------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------



690150549

Fecha de Radicado

Leer las instrucciones que se encuentran al reverso antes de

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Recurso de Novedad C. Tipo de Afiliado D. Cambio de Familia	2. Tipo de Afiliación A. Individual B. Conjugal C. Beneficiario D. Afiliado Reducido	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio C. Institucional D. De Oficio	4. Contribución solidaria Si No
5. Tipo de Afiliado A. Colaborante B. Colaborador C. Beneficiario D. Afiliado Reducido	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	7. Código (a registrar por la EPS)	

2. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (EN CASO DE FAMILIA, SE DEBE REGISTRAR LA PERSONA QUE SE AFILIA, Y EN CASO DE AFILIADO REDUCIDO, REGISTRAR LA PERSONA QUE SE AFILIA)

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: Pardo Segundo Apellido: Arango Primer Nombre: Katherine Segundo Nombre: 	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 107374688	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación F M T NB Otro	13. Nacionalidad Colombiana
14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: Cundinamarca Municipio: Soacha	15. Fecha de nacimiento 07/10/1999				

3. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si No	19. Tiene encuesta SISBEN Si No	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1.750.905	25. Tarifa Contribución Solidaria		
26. Residencia Dirección Calle 7a # 9-44 3223246267 Cundinamarca Soacha	27. Correo Electrónico Alan.Santagelo3305@gmail.com	28. Correo Electrónico 6	29. Zona 6	30. Cabecera Municipal Centro Urbano	31. Rural Dispensario 7

4. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE DEL COTIZANTE

27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio: 	34. Fecha de nacimiento			

5. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
Primer Apellido							
Segundo Apellido							
Primer Nombre							
Segundo Nombre							

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

6. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL BENEFICIARIO

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

7. DATOS DE RESIDENCIA

51. Datos de residencia	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar
Departamento	
Municipio/Distrito	
Zona	
Teléfono fijo y/o celular	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - EPS

54. Código de la EPS (a registrar por la EPS)

55. Nombre o razón social

56. Tipo de documento de identidad

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

Teléfono fijo o celular

Código postal

Departamento

Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- ☐ 5. Cambio de la inscripción en la EPS. Código
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 9. Reporte de cambio laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país

- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad
 - A. Mismo Régimen
 - B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Traslado
 - A. Mismo Régimen
 - B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cotizante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento		65. EPS anterior		66. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
Femenino Masculino	F M T NO Otro						
67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones		69. Fecha de novedad		70. Tipo de documento de identidad	
Código				30.06.2016		No se documento de identidad	

- ☐ 71. Declaración única de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 72. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial de Excepción
- ☐ 73. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 74. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 75. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☐ 76. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la atención del report de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☐ 77. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2010 y el Decreto 1173 de 2015
- ☐ 78. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- ☐ 79. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ 80. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sábén vigente.

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No se documento de identidad
-----------------	------------------	---------------	----------------	--------------------------------	------------------------------

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2 y 7.3 del Decreto 760 de 2015
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio	Código del departamento
----------------------	-------------------------

93. Nombre de la Institución

94. Apellidos y nombres

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
		EPS Sanitas		
OBSERVACIONES		RECIBIDO POR LA EPS		
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario		Sello de validación		
Doc. identificación y nombre del Recursivo Comercial		Sello de procesamiento		
CASA		RECIBIDO POR: 12138m		



Fecha: martes, 18 de agosto de 2026

E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
832.001.794 - 2

CUENTA POR PAGAR: 22911

Estado: Confirmado
Fecha de la CXP: 18/08/2026
Tercero: Cédula de ciudadanía - 1073721688 - KATHERINE PARDO ARANDIA
Proveedor: 1073721688 - KATHERINE PARDO ARANDIA
Cuenta contable: 24010108 - SERVICIOS
Disponibilidad: 1744 Compromiso: 1865 Obligación: 2703
Factura: DS0000015994 Fecha: 18/08/2026 Plazo:
Valor: \$1,707,750
Valor en letras: UN MILLON SETECIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
Observaciones: EBS
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN No. 0801 DE 2026, MSPS.
PAGO DEL 17 AL 31 DE JULIO DE 2026
CONTRATO DEL 2026 No.603
Detalle compromiso: Contrato No. 603 Pago prestación de servicio como auxiliar de enfermería area rural para realizar actividades intra y extra mural de atención primaria en salud, de conformidad con la resolución No. 0801 del 2026 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Detalle comprobante:

CONCEPTOS				
Cuenta contable	Base	Centro de costos	Naturaleza	Valor
125 73130211 - HONORARIOS Y SERVICIOS - RESOL. 0801 2026 EBS MSPS			Debito	\$1,725,000.00
079 24362709 - SERVICIOS (RETEICA) 10 X MIL	\$1,725,000.00		Credito	\$17,250.00

CUOTAS		
Nº Cuota	Fecha de vencimiento	Valor
1	18/08/2026	\$1,707,750.00

Codigo y nombre del rubro	Codigo y nombre del tipo de gasto	Valor
---------------------------	-----------------------------------	-------

\$0.00

ELABORO: JOSE CIRO PINTO GOMEZ



E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

832001794

OBLIGACION

2703

Estado: Confirmado
Fecha: 18/08/2026 4:38:23 PM
CDP: 1744
RP: 1865
Tercero: 1073721688 - KATHERINE PARDO ARANDIA
Documento: DS0000015994
Observaciones: EBS
 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN No. 0801 DE 2026, MSPS.
 PAGO DEL 17 AL 31 DE JULIO DE 2026
 CONTRATO DEL 2026 No.603

RUBROS							
Código	Nombre	Recurso	Tipo de Gasto	Valor	Debito	Credito	Total Final
2.4.5.02.09.09	RESOLUCION 0801 DE 2026 EBS MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	001 - RECURSOS CORRIENTES	2.4 - GASTOS DE OPERACION	\$1,725,000.00	\$0.00	\$0.00	\$1,725,000.00
Total Obligacion :				\$1,725,000.00			\$1,725,000.00

UN MILLON SETECIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS
CON CERO CTVS M/Cte.

E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**832001794**

Fecha Actual : jueves, 20 agosto 2026

Página 1/1

COMPROBANTE DE EGRESO**Número : 000000000024942**

Consecutivo : 000000000024942 Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 20/08/2026 8:53:48 a. m. Valor : \$ 1.707.750,00
Beneficiario 1073721688 PARDO ARANDIA KATHERINE
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000001314 Numero Nota: 00000001314
Valor en Letras UN MILLON SETECIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA

Numero : Consignar : 08/20/2026 Impuesto X Mil : \$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
RESOLUCION 0801 DE 2026 EQUIPOS BASICOS DE SALUD	1073721688	11100646	\$ 0,00	\$ 1.707.750,00
COMODIN	1073721688	24010108	\$ 1.707.750,00	\$ 0,00
Egreso Generado por la Dispersion 00000001314				

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
DS0000015994	\$ 1.707.750,00				

ORDEN DE PAGO GENERADA

Consecutivo	Fecha	Rubro	Nombre	Recurso	Valor
2673	20260820	2.4.5.02.09.09	RESOLUCION 0801 DE 2026 EBS MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	001 - RECURSOS CORRIENTES	\$ 1.725.000,00

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :AD1073691569 DORA ESTEFANIA
ACERO RUIZ

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Usuario Id. :AD1073691569

LICENCIADO A: [E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA] NIT [832001794-2]



Comprobante de Pago

24/8/2026 - 9:22

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
Nombre Proceso	ops ebs
Cuenta Origen de los Fondos	TRADICIONAL - 550002300381239
Fecha del Pago	19/08/2026
Hora del Pago	16:10

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1073721688	Referencia	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	488407168118	Entidad destino	DAVIVIENDA
Valor	\$ 1.707.750,00	Estado	Pago Exitoso