2024 09 28 1,590,000.00

GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA

UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS MCTE **********

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 20,175
Fecha : 28/septiembre/2024 **Pagado a :** 52664173-4 GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA	
La Suma de : UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS MCTE ********** **********	**Valor $** 1,590,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA **Cuenta :** 04 462169999366	**Cheque :** PE
POR CONCEPTO DE SERVICIOS TECNICOS PROG PYP **No.** 21,702.00 **Fact** 09-2024 **Valor Bruto $** 1,590,000.00 **Valor Neto $** 1,590,000.00	
Codigo **Descripcion**	**Valor**

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1296	1737	832	780	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y	1,590,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	1,590,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	1,590,000.00	0.00

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 12:55

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 20,175

Fecha : 28/septiembre/2024 **Pagado a :** 52664173-4 GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA

La Suma de : UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS MCTE ********** **Valor $** 1,590,000.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 04 462169999366 **Cheque :** PE

Recibí: _____
Nombre: _____
C.C. No. _____ de _____
Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO TECNICO SIVIGILA DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2024 SEGUN CONTRATO 427 DEL 2024

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 12:55

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 24/09/2024 Hora: 15:20

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERVICIOS TECNICOS PROG PYP	21,702	24/sept./2024	24/sept./2024	09-2024

Obligación: 1,737 **Registro:** 832

TERCERO

NIT: 52664173 4 **NOMBRE:** GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA
TEL: 3174034687 **DIRECCION :** CRA 19B N 7 73 286

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL* COMO TECNICO EN EL SISTEMA SIVIGILA * DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024* SEGUN CONTRATO 427 2024.	**BRUTO :**	1,590,000.00
	DESCUENTOS :	0.00

IMPUESTOS :

VALOR NETO EN LETRAS		
UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS MCTE	**NETO :**	1,590,000.00
	CANCELADO :	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	1,590,000.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	1,590,000.00
731303006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	1,590,000.00	0.00

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:
	FORMATO	SUPERVISOR CONTRATO		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-009	4	31/07/2023	1 DE 1

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No 427-2024

CERTIFICA:

Que LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA identificado (a) con documento de identidad y/o Nit No. 52664173 expedida en FUNZA, cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de prestación de servicios a apoyo a la gestión asistencial como Técnicos en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA, para la Empresa Social del Estado del Orden Departamental 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 427 -2024 de fecha 09 de septiembre de 2024 , la presente cuenta correspondiente al mes de SEPTIEMBRE y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato Inicial	$3.180.000
No. CDP	780
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios Asistencial	
Plazo de Ejecución	HASTA EL 31 DE OCTUBR
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	3.180.000
Valor Ejecutado	
Valor Factura Actual	1,590,000
Total Ejecutado	1,590,000
Saldo por Ejecutar	1,590,000
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	50%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de SEPTIEMBRE del año dos mil Veinticuatro (2024).

NOMBRE SUPERVISOR: MARCELA CASTILLO
SUBGERENCIA SERVICIOS ASISTENCIALES

NOMBRE LIDER LUISA PACHÓN
COORDINADORA DE SALUD PUBLICA

Falta firma

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:
	FORMATO	DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-010	5	16/04/2024	1 DE 1

CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca, SEPTIEMBRE 2024	FACTURA NUMERO	9
PRESTADOR DEL SERVICIO:	LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA	NIT/ NUMERO DE CEDULA	52664173
DIRECCION RESIDENCIA:	SENDEROS DE FUNZA, Cl 13 No2C -53	TELEFONO:	313272051
Email:	caril_528@hotmail.com	SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SALUD

CONCEPTO

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente SEPTIEMBRE de 2024, según lo establecido en el contrato No. 427 de fecha 09 de septiembre 2024 cuyo objeto es Prestacion de servicios a apoyo a la gestión asistencial como técnico en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA, para la Empresa Social del Estado del Orden Departamental Hospital Nuestra Señora de las Mercedes del Municipio de Funza y sus puseto de salud hato y siete trojes	$ 1,590,000.00	$ 1,590,000.00

FIRMA:	LAURA Gomez P	VALOR TOTAL:	$ 1,590,000.00
		IMPUESTO ASUMIDO:	$ -
		TOTAL A PAGAR:	$ 1,590,000.00

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI (__) o NO (__), 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 057045617003898 2

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.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	INFORME		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-011	4	27/07/2022	1 DE 4

1. **INFORMACION DEL CONTRATISTA: 249-2024**

NUMERO DE CONTRATO	427-2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	CC 52.664.173
FECHA ACTA DE INICIO	09 DE SEPTIEMBRE 2024
VALOR DEL CONTRATO	$3.180.000
PLAZO DE EJECUCION	50 DIAS
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 31 DE OCTUBRE 2024
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	-
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$3.180.000
OBJETO CONTRATO	Prestación de servicios a apoyo a la gestión asistencial como Técnicos en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA, para la Empresa Social del Estado del Orden Departamental 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	SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	SEPTIEMBRE DE 2024
NUMERO DE INFORME	1 DE 2
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$3.180.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$1.590.000
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO DAVIVIENDA- AHORROS 456170038982
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO___	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD X
	ANDREA MARCELA CASTLLO

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	AJUSTES Y CIERRE DE CASOS SEGÚN EVENTO DE INTERÉS	SE REALIZA AJUSTE Y CIERRE DE CASOS SEGÚN EVENTO DE INTERÉS	50% ✓
2	V RECOPILACIÓN Y PRE-CRÍTICA DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA	SE REALIZA RECOPILACIÓN Y PRE-CRÍTICA DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA	50% ✓
3	CARGUE DE FICHAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SIVIGILA	SE REALIZA CARGUE DE FICHAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SIVIGILA	50% ✓
4	NOTIFICACIÓN DE ARCHIVOS PLANOS AL DEPARTAMENTO Y A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.	SE REALIZA NOTIFICACIÓN DE ARCHIVOS PLANOS AL DEPARTAMENTO Y A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.	50% ✓
5	SOCIALIZACIÓN Y APOYO EN LOS PROTOCOLOS, CIRCULARES Y BOLETINES DE SALUD.	SE REALIZA SOCIALIZACIÓN Y APOYO EN LOS PROTOCOLOS, CIRCULARES Y BOLETINES DE SALUD.	50% ✓
6	SOLICITUD DE VACUNA RÁBICA Y SEGUIMIENTO A PACIENTES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL INS.	SE REALIZA SOLICITUD DE VACUNA RÁBICA Y SEGUIMIENTO A PACIENTES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL INS.	50% ✓

7	REALIZAR LA BAI Y ENVIÓ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	SE REALIZA LA BAI Y ENVIÓ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	50%
8	LAS DEMÁS QUE LE SEÑALE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE TENGAN QUE VER DIRECTAMENTE CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.	LAS DEMÁS QUE LE SEÑALE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE TENGAN QUE VER DIRECTAMENTE CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.	50%
9	LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	50%
10	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.	50%

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	AGOSTO
No. PLANILLA	9472213075
APORTE SALUD	$163.400
APORTE PENSION	$209.200
APORTE ARL	$31.900
APORTE CAJA COMPENSACION	$0
VALOR TOTAL PAGADO	$404.500

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 Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades
LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA Cedula y/o NIT: 52.664.173 Cargo: Técnico en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA	LUISA PACHON Cargo: COORDINADORA SALUD PUBLICA

Supervisor del Contrato
ANDREA MARCELA CASTILLO Cargo: Subgerente de servicios de salud
Visto Bueno Tesorería
Firma

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	CERTIFICACION PQRSDF		GESTIÓN DE ATENCION AL USUARIO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACION	PAGINA
	M-AU-F-001	3	22/02/2022	1 de 1

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) LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA, identificado con CC.No. 52664173 de Bogotá. Quien se desempeña en el cargo de TECNICO EN SALUD PUBLICA en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO TÉCNICO EN SALUD PUBLICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA SIVIGILA CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA., no registra PQRSDF pendientes en el mes de SEPTIEMBRE.

Atentamente

Ginna Vanessa Castillo Torres
GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
LIDER SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de SEPTIEMBRE de 2024.

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo /Líder SIAU.
Revisó: Andrea Marcela Castillo González – Subgerente 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.

RED DEPARTAMENTAL DE SERVICIOS DE SALUD

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52664173		GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19 B No 7 -73 BRR VILLA DIANA	FUNZA-CUNDINAMARCA	8261852	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-08	2024-08	926566870	9472213075	I	2024/09/17	2024/09/20	NEQUI	3	$404,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$500	$0	$209,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,700	$500	$0	$209,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,800	$100	$0	$31,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,800	$100	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$163,000	$400	$0	$163,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$163,000	$400	$0	$163,400
TOTAL				1	$403,500	$1,000	$0	$404,500

26/09/24

2024/09/20 11:58 AM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52664173		GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19 B No 7 - 73 BRR VILLA DIANA	FUNZA-CUNDINAMARCA	8261852	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	926566870	9472213075	I	2024/09/17	2024/09/20	NEQUI	3	$404,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,304,000	$208,700			$1,304,000	$163,000			$0	$0			$1,304,000	$31,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,304,000	$208,700			$1,304,000	$163,000			$0	$0			$1,304,000	$31,800		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,304,000	$208,700			$1,304,000	$163,000			$0	$0			$1,304,000	$31,800		$0	$0
1	CC	52664173	GOMEZ LAURA	230201	30	$1,304,000	$208,700	EPS017	30	$1,304,000	$163,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,304,000	$31,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,304,000	$208,700			$1,304,000	$163,000			$0	$0			$1,304,000	$31,800		$0	$0

SEPTIEMBRE DE 2024

DOM	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB
1 NA	2 REVISION FICHAS	3 REVISION BASES	4 RIPS.	5 REVISION AJUSTES	6 REVISION SUELTA	7 NA
8 NA	9 PRACTICA	10 REVISIÓN BASES	11 VALIDACION RIPS	12 REVISION AJUSTES	13 REVISION BASES	14 NA
15 NA	16 PRACTICA FICHAS	17 PRACTICA FICHAS	18 REVISION BAI.	19 CQUE	20 SOCIALIZACION CON PROFESOR	21 NA
22 NA	23 REVISION FICHAS	24 VALIDACION BAI.	25 REVISION BAI	26 CQUE	27 X.	28 NA
29 NA	30 REVISION FICHAS.	REVISION HISTORIAS.				

CRONOGRAMA AUXILIARES P.
MED SEP/2024