2024 12 27 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. 20,748
Fecha : 27/diciembre/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 :** 54 462100145483	**Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE SERVICIOS TECNICOS PROG PYP
No. 22,477.00 **Fact** 12-2024 **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
2055	2534	1204	1185	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y ¡	1,590,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006047	DAV. CTA AHORROS 5483 CONVENIO 1275-2024	0.00	1,590,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	1,590,000.00	0.00

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 02:01

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 20,748

Fecha : 27/diciembre/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 : 54 462100145483 **Cheque :** PE

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO TECNICO SIVIGILA DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 2024 SEGUN CONTRATO 666 DEL 2024 SEGUN CONVENIO 1275 DE 2024

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 02:01

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 19/12/2024 Hora: 07:17

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERVICIOS TECNICOS PROG PYP	22,477	19/dic./2024	19/dic./2024	12-2024

Obligación: 2,534 **Registro:** 1,204

TERCERO

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

OBSERVACIONES

PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ASITENCIAL * COMO TECNICO SIVIGILA * DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 2024* SEGUN CONTRATO 666 2024.

VALORES

BRUTO :	1,590,000.00
DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :	
NETO :	1,590,000.00
CANCELADO :	0.00
N. CREDITO :	0.00
N. DEBITO :	0.00
SALDO ACTUAL :	1,590,000.00

VALOR NETO EN LETRAS

UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS MCTE

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 666-2024

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 666 de fecha 03 de Diciembre de 2024 , la presente cuenta correspondiente al mes de DICIEMBRE y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	1,590,000
No. CDP	1,185
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios Asistencial	
Plazo de Ejecución	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	1,590,000
Valor Ejecutado	
Valor Factura Actual	1,590,000
Total Ejecutado	1,590,000
Saldo por Ejecutar	
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	100%

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

Marcela Castillo
Enfermera Jefe
RDN 24198
FUBA

NOMBRE SUPERVISOR: MARCELA CASTILLO
SUBGERENCIA SERVICIOS ASISTENCIALES

NOMBRE LIDER TATIANA BARINAS
COORDINADORA DE SALUD PUBLICA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
	"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	5	16/04/2024	1 DE 1

CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca, DICIEMBRE 2024	**FACTURA NUMERO**	12
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 DICIEMBRE de 2024, según lo establecido en el contrato No. 666 de fecha 03 de Diciembre 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	**VALOR TOTAL:**	$ 1.590.000,00
		IMPUESTO ASUMIDO:	$ -
		TOTAL A PAGAR:	$ 1.590.000,00

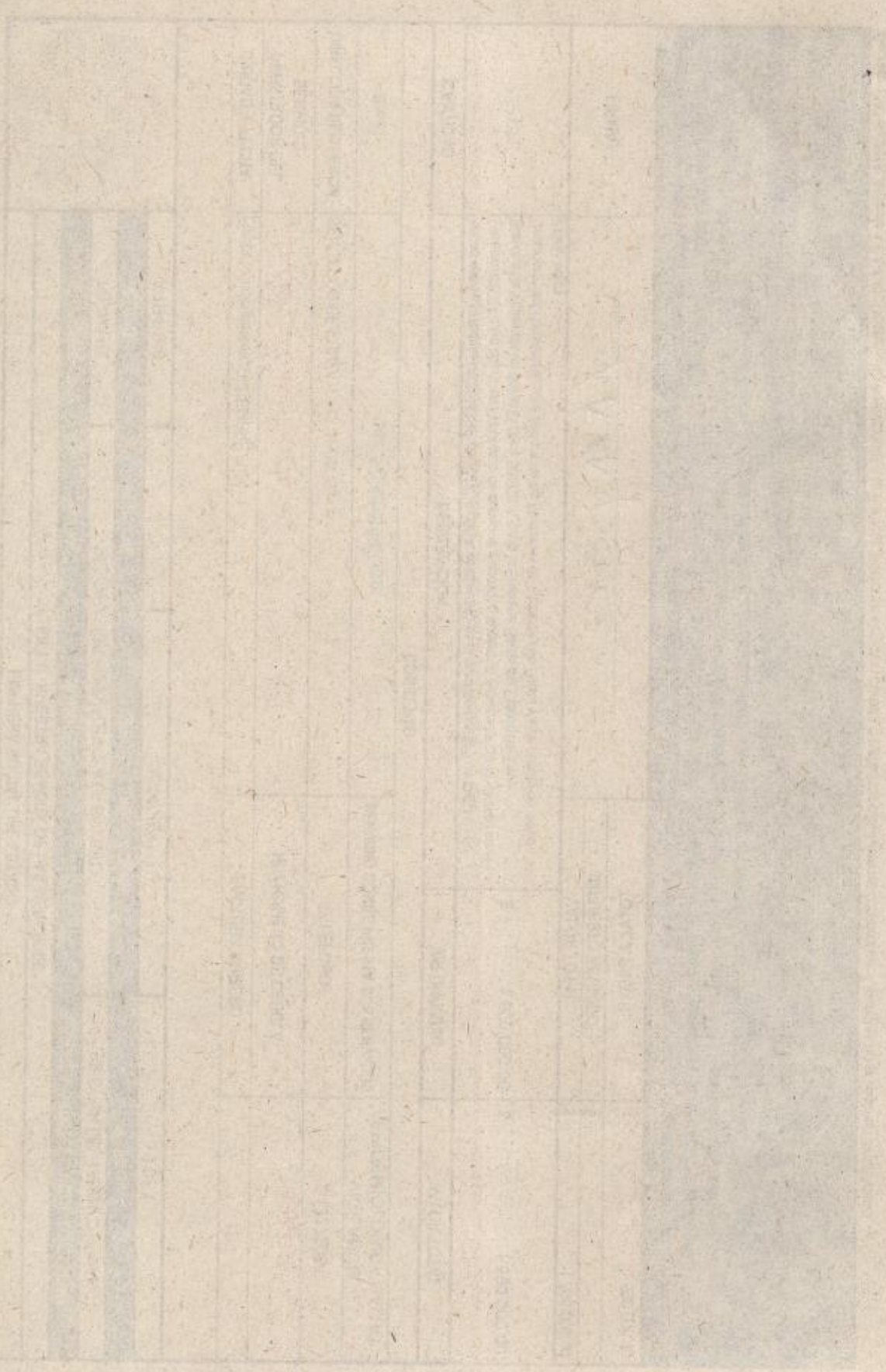
Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI (__) o NO (__), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los articulos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizó al final del año costos 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 0570456170038982

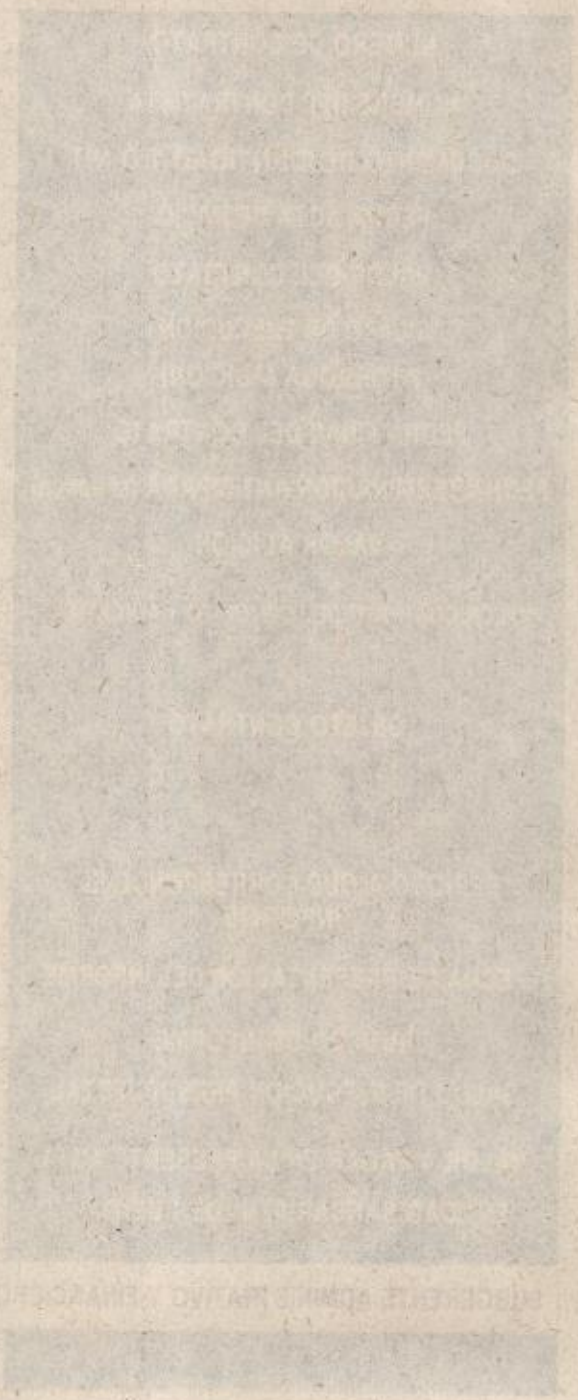
Decreto 1625 de 2016, Articulo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.



	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	**666-2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	CC 52.664.173
FECHA ACTA DE INICIO	03 DICIEMBRE 2024
VALOR DEL CONTRATO	$1.590.000
PLAZO DE EJECUCION	30 DIAS
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2024
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	-
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$ 1.590.000
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	DICIEMBRE DE 2024
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	DICIEMBRE DE 2024
NUMERO DE INFORME	1 DE 1
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$1.590.000
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 _____	**Informe Final** ____X____

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

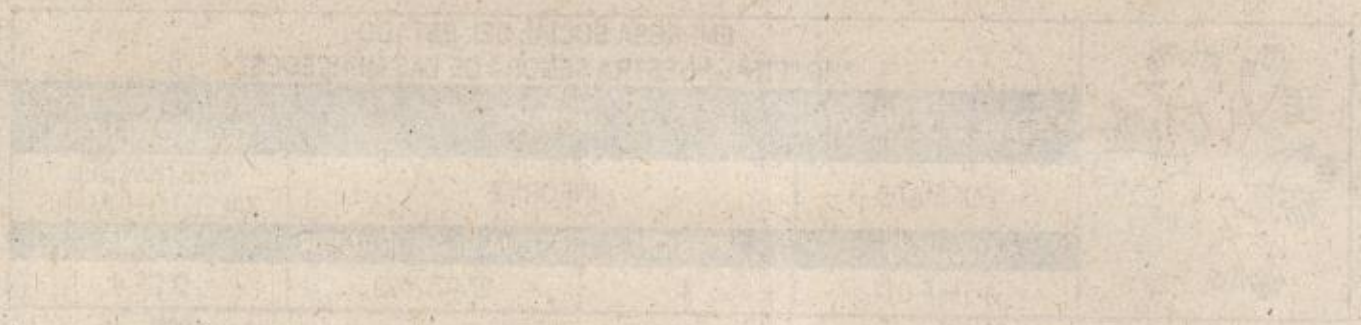
No	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	AJUSTES Y CIERRE DE CASOS SEGÚN EVENTO DE INTERÉS	SE REALIZA AJUSTE Y CIERRE DE CASOS SEGÚN EVENTO DE INTERÉS	100%
2	V RECOPILACIÓN Y PRE-CRÍTICA DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA	SE REALIZA RECOPILACIÓN Y PRE-CRÍTICA DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA	100%
3	CARGUE DE FICHAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SIVIGILA	SE REALIZA CARGUE DE FICHAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SIVIGILA	100%
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.	100%
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.	100%
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.	100%

7	REALIZAR LA BAI Y ENVIÓ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	SE REALIZA LA BAI Y ENVIÓ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	100%
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.	100%
9	LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	LAS DEMÁS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	100%
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.	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	NOVIEMBRE
No. PLANILLA	9477510503
APORTE SALUD	$512,000
APORTE PENSION	$400,000
APORTE ARL	$78,000
APORTE CAJA COMPENSACION	$0
VALOR TOTAL PAGADO	$990,000





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 GOMEZ **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** **Cedula y/o NIT: 52.664.173** **Cargo: Técnico en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA**	**TATIANA BARINAS** **Cargo: COORDINADORA SALUD PUBLICA**

Supervisor del Contrato
ANDREA MARCELA CASTILLO **Cargo: Subgerente de servicios de salud**
Visto Bueno Tesoreria
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 FUNZA. Quien se desempeña en el cargo 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 DICIEMBRE.

Atentamente

Ginna Vanessa Castillo T.
GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
LIDER SIAU

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

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo /Lider 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.

aportes 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	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1064794809	9477510503	I	2024/12/17	2024/11/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$990,000

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)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$78,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$78,000		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$78,000		$0	$0
1	CC 52664173	GOMEZ LAURA	230201	30	$3,200,000	$512,000	EPS017	30	$3,200,000	$400,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,200,000	$78,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$78,000		$0	$0

2024/11/20 04:22 PM

aportes 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	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	10647948809	94775105O3	I	2024/12/17	2024/11/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$990,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$512,000	$0	$0	$512,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$512,000	$0	$0	$512,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$78,000	$0	$0	$78,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$78,000	$0	$0	$78,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$400,000	$0	$0	$400,000
TOTAL				1	$990,000	$0	$0	$990,000

2024/11/20 04:22 PM

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
2	3	4	5	6	7
				REVISION BASES	REVISION EVENTOM 300
9	10	11	12	13	14
Revision de fichas precrtica y solicitid de correcciones al personal medico	VALIDACION RIPS	SOCIALIZACIDON DE PROTOCOLOS	Revision de fichas precrtica y solicitid de correcciones al personal medico	Revision de fichas precrtica y solicitid de correcciones al personal medico	Revision de fichas precrtica y solicitid de correcciones al personal medico
16	17	18	19	20	21
Revision de fichas precrtica y solicitid de correcciones al personal medico	Revision de fichas precrtica y solicitid de correcciones al personal medico	Revision de fichas precrtica y solicitid de correcciones al personal medico	REALIZACION DE BAI	ENVIOM PRELIMINAR BAI	
23	24	25	26	27	28
30	31				

	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
	CODIGO	VERSION	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-012	7	31/07/2023	1 de 1

1. INFORMACION DE CONTRATISTA:		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT: 52.664.173		**No. Contrato: 666-2024**
AREA: ASISTENCIAL	**CARGO: TECNICO SIVIGLA**	

2. OBJETO DEL 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

3. AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL

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

CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE		SUPERVISOR DEL CONTRATO
LAURA GOMEZ		Marcela Castillo Enfermera RUE FUNZA
LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA		**ANDREA MARCELA CASTILLO**
CC Y/O NIT: 52.664.173		**CARGO: SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

