Mosquera-Cundinamarca, febrero 02 de 2026

LA PERSONERIA MUNICIPAL-CUNDINAMARCA

DEBE A:

DIANA LORENA MURILLO GALEANO
C.C. 1.105.673.637

La suma de **UN MILLÓN CINCUENTA MIL PESOS ($1.050.000) MONEDA CORRIENTE** por concepto de ejecución del contrato No. 700,012,005,027-2026 cuyo objeto es: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA PRESTACIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD RESPECTO DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE PRESTEN EL SERVICIO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE MOSQUERA CUNDINAMARCA. Durante el periodo comprendido entre el 22 de enero al 30 de enero de 2026.

Atentamente,

DIANA LORENA MURILLO GALEANO
C.C. 1.105.673.637.
Celular:3024707010

DIANA LORENA MURILLO GALEANO
CONTRATISTA

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS
INFORME 01

CONTRATO No	**700-012-005-027-2026**				
FECHA DEL CONTRATO	21-01-2026				
CONTRATISTA:	DIANA LORENA MURILLO GALEANO				
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:	1.105.673.637 DE Esp. Tol	**Persona**	**Natural**	X	
			jurídica		
OBJETO:	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA PRESTACIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD RESPECTO DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE PRESTEN EL SERVICIO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE MOSQUERA CUNDINAMARCA.				
VALOR INICIAL:	VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 28.000.000) M/CTE				
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	OCHO (08) MESES				
FECHA TERMINACIÓN:	21 DE SEPTIEMBRE DE 2026				
SUPERVISOR:	DIEGO ALBERTO MATIZ SANCHEZ				
FECHA ACTA INICIO:	22 DE ENERO DE 2026				
PERIODO DEL INFORME	**Desde**	22-01-2026	**Hasta**	30-01-2026	

RELACION DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

No	COMPROMISO CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS O SOPORTES QUE SE ENTREGAN	No folios
1	Realizar revisiones de gestión pública en la Empresa Social del Estado Municipal y en las IPS privadas.	Se realizó seguimiento telefónico y se remitió información vía WhatsApp a la líder de Atención al Usuario de la ESE Hospital María Auxiliadora de Mosquera, el 26 de enero 2026; se realizó llamada Telefónica a la Sra Ortega para caso de aseguramiento.	Ver matriz de seguimiento	1
2	Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan Nacional de Vacunación COVID-19 por parte de la Empresa Social del Estado Municipal y de las IPS privadas	La actividad no fue ejecutada durante el periodo evaluado; se proyecta su inclusión y seguimiento en el próximo periodo, de acuerdo con la programación institucional y los lineamientos vigentes.	Ver matriz de seguimiento	

Proyectó	Revisó	Ruta Documento	Versión
Contratista			

3	Realizar seguimiento al cumplimiento del Plan Ampliado de inmunizaciones.	La actividad no aplica para el periodo evaluado, de acuerdo con la planeación institucional y los lineamientos definidos para la vigencia correspondiente; por lo tanto, no se realiza seguimiento ni se generan evidencias durante este periodo.	Ver matriz de seguimiento	1
4	Realizar seguimiento a los diferentes programas en salud, que el municipio tiene en ejecución, y activar alertas tempranas ante posibles incumplimientos.	Durante el periodo evaluado, **no** se requieren ni se ameritan actividades relacionadas con el seguimiento al Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, de acuerdo con la situación epidemiológica y la planeación institucional; por lo tanto, la actividad no aplica para este periodo y no se generan evidencias.	Ver matriz de seguimiento	1
5	Presentar al Personero de Mosquera por conducto del superior funcional, informe estadístico mensual sobre las actividades.	Se realiza el presente informe	Ver informe	6
6	Realizar visitas a los servicios en cualquier IPS (pública o privada) según la necesidad que se presente, con la intención de promover el debido funcionamiento.	Se realiza cronograma de visitas a dispensarios del municipio	Ver acta de Visita	3
7	Verificar la calidad de las atenciones en salud ejecutadas por las entidades prestadoras, mediante acercamiento a los pacientes y familiares usuarios de los servicios, procurando el cumplimiento de los deberes de los prestadores	Se realiza seguimientos de casos	Ver matriz de seguimiento	3
8	Realizar seguimiento a los posibles brotes epidemiológicos que acontezcan en el municipio.	La actividad no aplica para el periodo evaluado, de acuerdo con la planeación institucional y los lineamientos definidos para la vigencia correspondiente; por lo tanto, no se realiza seguimiento ni se generan evidencias durante este periodo.	Ver informe	1
9	Realizar seguimiento a posibles riesgos epidemiológicos y generación de alertas tempranas	La actividad no aplica para el periodo evaluado, de acuerdo con la planeación institucional y los lineamientos definidos para la vigencia correspondiente; por lo tanto, no se realiza seguimiento ni se generan evidencias durante este periodo.	Ver informe	1

10	Apoyo y asesoría para evitar la negación de la prestación de servicios en la red pública y privada de salud.	Se realiza seguimiento de casos vía telefónica, WhatsApp y correo electrónico.	Ver tabla de seguimiento	1
11	Gestionar todas las actividades requeridas para realizar la restitución de derechos en salud.	Se verifican derechos en salud en la plataforma del ADRES, encuestas a SISBEN, Periodos compensados peticionarios.	Ver matriz de seguimiento	1
12	Mantener comunicación con las EPS autorizadas para realizar aseguramiento en salud en el municipio de Mosquera, de ser necesario con las EPS del resto de país, así como defensores y promotores de los derechos humanos.	Se realizó seguimiento telefónico y se remitió información vía WhatsApp a la líder de Atención al Usuario de la ESE Hospital María Auxiliadora de Mosquera, Aseguramiento de la , Secretaria de salud de Mosquera,	Ver matriz de seguimiento.	1
13	las demás que tengan relación con el objeto y surjan en el desarrollo del contrato	En este periodo los requerimientos formulados que ameritaran soporte de la suscrita contratista se encuentran en el actual informe	Ver informe	1

RESUMEN ECONÓMICO

Resumen Económico		
No	**DETALLE**	**VALOR**
1	**VR. INICIAL DEL CONTRATO**	**$ 28.000.000**
2	VR. ACTA 01	$ 1.050.000
3	**VR.CAUSADO A LA FECHA**	**$ 1.050.000**

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL							
No	**DETALLE**	**MES**	**PAGADO**		**VERIFICADO**		**PLANILLA No. 36132845**
			SI	**NO**	**SI**	**NO**	
1	**SALUD**	ENERO	X		X		36132845
2	**PENSIÓN**	ENERO	X		X		36132845
3	**ARL**	ENERO	X		X		36132845
4	**CCF**						
5	**OTRO**						

Proyectó	Revisó	Ruta Documento	Versión
Contratista			

SOPORTES DEL PAGO

OTROS DOCUMENTOS QUE SE APORTAN AL INFORME		
No	**DETALLE**	**OBSERVACIONES**
1	PLANILLA DE SALUD	SI
2	INFORME DE ACTIVIDADES	SI

SOPORTES DEL INFORME: A continuación presento los siguientes soportes

- Se anexa cronograma de visitas

MES	DISPENSARIO	EPS ASOCIADA	DIRECCIÓN	RESPONSABLE	TIPO DE VISITA	EVIDENCIAS ESPERADAS
Febrero	DISFARMA	Salud Total	Calle 10A # 8-10	Personería Municipal de Mosquera	Seguimiento	Acta de visita, registro fotográfico
MARZO		Compensar				
		Nueva EPS	Por confirmar			
MAYO	RAMEDICAS	Famisanar	Carrera 1 # 4-38	Personería Municipal de Mosquera	Seguimiento	Acta de visita, informe
JUNIO	FRANQUIFARMA	Coosalud	Por confirmar	Personería Municipal de Mosquera	Seguimiento	Acta de visita, informe
JULIO	INSUMEDIC	Sanitas	Por confirmar	Personería Municipal de Mosquera	Seguimiento y cierre	Informe consolidado

- Acta de visita a dispensarios



FORMATO DE VISITA DE INSPECCIÓN Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

DISPENSARIOS DE MEDICAMENTOS

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA VISITA

Fecha de la visita: _____

Hora de inicio: _____ Hora de cierre: _____

Tipo de visita: ☐ Programada ☐ Por queja ☐ Seguimiento ☐ Verificación especial

Entidad que realiza la visita: *Personería Municipal de Ibagué*

2. IDENTIFICACIÓN DEL DISPENSARIO

Nombre de la sede o punto de la empresa dispensadora: _____

EPS a la que presta el servicio: _____

Dirección de la sede: _____

Barrio / Vereda: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del responsable de la sede: _____

Régimen atendido: ☐ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Ambos

Horario de atención: _____

Número de funcionarios en la sede: _____

3. CONDICIONES LOCATIVAS Y DE BIOSEGURIDAD

Marque con C (Cumple), NC (No cumple) o NA (No aplica)

ÍTEM	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Señalización visible (derechos y deberes, atención prioritaria)	☐	☐	☐	
Condiciones adecuadas de higiene y orden	☐	☐	☐	
Área de atención con ventilación e iluminación adecuadas	☐	☐	☐	
Cumplimiento de bioseguridad	☐	☐	☐	
Accesibilidad para personas con discapacidad	☐	☐	☐	

4. ATENCIÓN AL USUARIO Y TRATO DIGNO

ÍTEM	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Tiempos de espera razonables y visibles	☐	☐	☐	
Trato respetuoso y digno al usuario	☐	☐	☐	
Información clara sobre medicamentos entregados	☐	☐	☐	
Mecanismos visibles para quejas y reclamos	☐	☐	☐	
Atención prioritaria a población especial	☐	☐	☐	

5. DISPONIBILIDAD Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

ÍTEM	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Disponibilidad de medicamentos formulados	☐	☐	☐	
Coincidencia con fórmula médica	☐	☐	☐	
Medicamentos vigentes (fecha de vencimiento)	☐	☐	☐	
Registro y trazabilidad de la dispensación	☐	☐	☐	
Procedimiento ante medicamentos no disponibles	☐	☐	☐	

6. CUMPLIMIENTO NORMATIVO

ÍTEM	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Licencia de funcionamiento vigente	☐	☐	☐	
Habilitación ante autoridad sanitaria	☐	☐	☐	
Manuales y procedimientos actualizados	☐	☐	☐	
Capacitación del personal	☐	☐	☐	
Plan de contingencia del servicio	☐	☐	☐	

7. GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

ÍTEM	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Información visible sobre derechos en salud	☐	☐	☐	
Procedimiento frente a no entrega de medicamentos	☐	☐	☐	
Registro de casos de presunta vulneración	☐	☐	☐	
Articulación con EPS y entidades competentes	☐	☐	☐	

8. MARCO NORMATIVO APLICABLE

La presente visita se realiza con fundamento en la siguiente normatividad colombiana vigente, sin perjuicio de las demás disposiciones que resultan aplicables:

- **Constitución Política de Colombia:** Artículos 48 y 49 – Derecho fundamental a la seguridad social y a la salud.

PERSONERÍA

10. RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS

RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE	PLAZO

11. FIRMAS

Funcionario de la Personería que realiza la visita

- Nombre: _____
- Cargo: _____
- Firma: _____ C.C.: _____

- Nombre: _____
- Cargo: _____
- Firma: _____ C.C.: _____

Responsable del dispensario

- Nombre: _____
- Cargo: _____
- Firma: _____ C.C.: _____

SERVIDOR PÚBLICO	ELABORADO	REVISADO Y APROBADO
NOMBRES	DIANA LORENA MURILLO GALEANO	DIEGO ALBERTO MATIZ SANCHEZ
CARGO	CONTRATISTA	SUPERVISOR
FECHA	02-02-2026	02-02-2026
FIRMA	Diana L. Murillo G	

DIANA LORENA MURILLO GALEANO
CONTRATISTA

Proyectó	Revisó	Ruta Documento	Versión
Contratista			

PLANILLA NRO. 36132845 Tipo I 2026 01 ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1105673637	DIANA LORENA MURILLO GALEANO	ÚNICO	0	0	2026-01	2026-01	36132845		PRIVADA	I	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CLL 187 55 B 90	BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	3024707010	0	AOLOREN@YAHOO.ES	7490	0	1	2026-01-26	2026-02-10

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS005	800251440	218900	0	0	0	0	0	218900	0	0	0	218900	0	0	0	0	218900	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
231001	800227940	280200	0	0	0	0	0	0	280200	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	9200	0	0	0	9200	0	0	9200	0	0	0	9200

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	280200
SALUD	218900
RIESGOS LABORALES	9200
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	508300

Bancolombia

Comprobante en línea

26 Ene 2026 14:07:04

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 9844811

Comercio
ASOPAGOS

Referencia 1
10.10.11.80

Fecha
26 Ene 2026 14:07:04

Referencia 2
CC

Número de factura
36132845

Referencia 3
1105673637

Descripción del pago
Pago de seguridad Social Integrado

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR1405424811

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 6959**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS – LEY 1819 DE 2016 SISTEMA DE DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS NATURALES.

Yo. **DIANA LORENA MURILLO GALEANO** con C.C. 1105673637 de Espinal-Tolima Obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago correspondiente del contrato #700-012-005-027-2026 objeto de esta declaración:

1. La Ley 1819 de 2016, estableció **para efectos tributarios de personas naturales, el** sistema de tributación cedular, a fin de determinar el impuesto según del origen de las rentas:

- **Rentas de trabajo** (Salarios, comisiones, honorarios, retribución a servicios personales).

2. Manifiesto que NO he contratado o vinculado 2 o más trabajadores asociados a la actividad.

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

En constancia de lo anterior se firma a los dos (02) días del mes de febrero de 2026.

Diana L. Murillo G

DIANA LORENA MURILLO GALEANO
C.C. 1.105.673.637
Correo eletrónico: aoloren@yahoo.es
Telefono movil: 3024707010