

2026 03 06 7,898,000.00

BENITEZ URREGO DIANA CAROLINA

SIETE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,895	
Fecha : 06/marzo/2026	Pagado a : 53041775-8 BENITEZ URREGO DIANA CAROLINA		
La Suma de : SIETE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE *****		Valor \$	7,898,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cheque : PE		
Cuenta : 60 462100152133			
POR CONCEPTO DE MINISTERIO - ASISTENCIALES No. 26,966 Fact 01-2026		Valor Bruto \$ 8,000,000.00	Valor Neto \$ 7,898,000.00
Codigo	Descripcion	Valor	
302	ICA SERVICIOS ICA 6 X 1000	48,000.00	
RAS	RETENCION ART 383	54,000.00	
MOVIMIENTO PRESUPUESTAL			
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP
324	412	173	217
COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR	
245020905	Servicios para la comunidad, sociales y p	8,000,000.00	
TOTAL IMPUESTOS		TOTAL DESCUENTOS	
CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006053	DAV. CTA AHORROS 2133 RES 1010 -2025 EQUIPO	0.00	7,898,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	7,898,000.00	0.00

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 20:48

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,895	
Fecha : 06/marzo/2026	Pagado a : 53041775-8 BENITEZ URREGO DIANA CAROLINA		
La Suma de : SIETE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE *****		Valor \$	7,898,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cheque : PE		
Cuenta : 60 462100152133			
Recibí: _____	Huella dactilar		
Nombre: _____			
C.C. No. _____ de _____			
Firma: _____			
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE REALICE ACTIVIDADES SEGUN RESOL 1010 DE 2026 MINISTERIO DE SALUD SEGUN CONTRATO 173 DE 2026 DEL 16 DE ENERO AL 21 FEBRERO 2026 URBANO			
ELABORADO	REVISADO	APROBADO	Hora: 20:48 Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA

CUESTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	7,898,000.00
243615	A EMPLEADOS ARTICULO 383 E.T	0.00	54,000.00
243627002002	302-ICA SERVICIOS 6 X 1000	0.00	48,000.00
731303006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	8,000,000.00	0.00

RETE INDEPENDIENTES

Para rentas de trabajo diferente a relación laboral, legal o reglamentaria. (Parágrafo 2 Art. 383 ET)
 Nota: Retención aplicable únicamente por el periodo gravable 2026

ESE HOSPITAL NUESTRA SRA MERCEDES FUNZA

Diana Carolina Benitez Urrego

CC: 53.041.775



Ver
Impresión



Descargue otras
Herramientas



Realice un aporte
voluntario

CONSULTOR CONT

1

Valor UVT 2026 52,374

1

Valor UVT 2026 52,374

La retención en la fuente que se calcule en esta herramienta es aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria.
 Parágrafo 2 Art. 383 ET
 Modificado Ley 2217 de 2022

Conceptos	Datos	Limites	Depuración
-----------	-------	---------	------------

1	Total pagos en el mes	8,000,000	8,000,000
	Valor del ingreso por rentas de trabajo	8,000,000	8,000,000
	Total ingresos mes		
	Menos ingresos no constitutivos de renta (INCR)	512,000	512,000
	Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)		
	Fondo de Solidaridad Previsional		
	Aportes vol. a fondos de pensiones oblig. (RA) (Art. 55 ET)	400,000	400,000
	Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	78,000	78,000
	Aportes a ARL	990,000	990,000
	Total ingresos no constitutivos de renta ni garantía ocasional		
	Subtotal (A)		7,010,000

SELECCION DE LA RENTA

La persona natural manifestó por escrito y bajo la gravedad del juramento que no se tomarán costos o deducciones asociados a dichas rentas.

SI

2	Menos rentas exentas		
	Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)		
	Aportes con destino a cuentas AFC (art. 126-4 ET)		
	Total rentas exentas		
	Subtotal (B)		7,010,000

3	Menos deducciones		
	Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud		
	Selección "SI" si tiene derecho a dependientes (Art. 387 ET)	NO	
	Intereses por préstamos de vivienda (en proporción a los meses certificados)		
	Total deducciones		

	Subtotal (C)		7,010,000
	Menos renta exenta -25% del subtotal (C) (Numerado art. 206 ET)		1,752,500
	Limite del 40% sobre ingresos netos y hasta 1,340 UVT		1,752,500
	Renta gravable (ver tabla)		5,257,500

Valor retención en la fuente a practicar por el periodo (art. 383 ET)	\$	54,000	0.68%
---	----	--------	-------

Diseño
 William Dussan Salazar
 consultorcontable1@gmail.com
 (02/01/2026) Versión 8 2026

Nota: la retención en la fuente a practicar, corresponde al periodo al cual se realiza el cálculo, en este caso es de 1 mes



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. 173 – 2.026

CERTIFICA:

Que **DIANA CAROLINA BENITEZ URREGO** identificado (a) con documento de identidad y/o Nit No. **53041775** expedida en **Bogotá** cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS. EQUIPO URBANO** del Contrato de prestación de Servicios No. 173-2026 de fecha 15/01/2.026, la presente cuenta correspondiente al mes de **15 de enero al 21 de febrero del 2026**, y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	8,000,000
No. CDP	217
No. RP	173
Rubro Presupuestal: 245020905 Servicios para la comunidad sociales y personales - MINISTERIO	
Plazo de Ejecución	36 días
ADICION:	
No. CDP	
No. RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	8,000,000
Valor Ejecutado	8,000,000
Valor Factura Actual	8,000,000
Total Ejecutado	8,000,000
Saldo por Ejecutar	-
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)%	100%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de febrero del año dos mil Veintiséis (2.026).

NOMBRE SUPERVISOR: DR. MARIO ENRIQUE GONGORA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

NOMBRE LIDER: LAURA ARGUELLO
LIDER SALUD PÚBLICA

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					
		"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"					
TIPO DE DOCUMENTO:		NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO			
FORMATO		DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA		GESTION DEL TALENTO			
CÓDIGO		VERSIÓN		FECHA ELABORACION		PAGINA	
A-TH-F-010		6		5/3/2025		1 DE 1	
CIUDAD Y FECHA:		Funza Cundinamarca, febrero de 2.026		FACTURA NUMERO		1	
PRESTADOR DEL SERVICIO:		DIANA CAROLINA BENITEZ URREGO		NIT/ NUMERO DE CEDULA		53.041.775	
DIRECCION RESIDENCIA:		Ci 58 a 49 09 Madrid, cundinamarca		TELEFONO:		3158855267	
Email:		dicaro.benitez2023@gmail.com		SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS		EQUIPOS BASICO EN SALUD	
CANTIDAD		DESCRIPCION		V/R UNITARIO		VALOR TOTAL	
1		Abono correspondiente al mes 15 de enero al 21 de febrero de 2.026 según lo establecido en el contrato No. 173 del 2.026, cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS. EQUIPO URBANO		\$ 8.000.000,00		\$ 8.000.000,00	
FIRMA:				VALOR TOTAL:		\$ 8.000.000,00	
		CAROLINA BENITEZ URREGO		IMPUESTO ASUMIDO:		\$ -	
		URREGO		TOTAL A PAGAR:		\$ 8.000.000,00	
		DIANA					

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 artículos 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 artículo 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 artículo 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
BANCO DAVIVIENDA NO. CUENTA 4670353002
Declaro 1625 de 2016, Artículo 1.6.1.4.40, Documento equivalente a la Factura, personas regimen comun o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.

DECLARANTE SI ☒ X NO ☐

	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
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	173 de 2.026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA CAROLINA BENITEZ URREGO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	53041775
FECHA ACTA DE INICIO	15 DE ENERO DEL 2026
VALOR DEL CONTRATO	\$ 8.000.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	36 DÍAS
PRORROGA (ADICIÓN)	N/A
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 21 DE FEBRERO DEL 2026
FECHA TERMINACIÓN ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICIÓN	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICIÓN	\$ 8.000.000
OBJETO CONTRATO	PPRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS. EQUIPO URBANO
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	15 DE ENERO – 21 DE FEBRERO
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	FEBRERO
NUMERO DE INFORME	_1_ de _1_
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	\$8.000.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	\$8.000.000

“Tu Salud, Nuestro Compromiso”
 Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
 Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>

	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	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS: No. 4870353002
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO_X_SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIO ENRIQUE GONGORA SUB GERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

2. TIPO DE INFORME: Marque con una x el tipo de informe.

Informe Mensual _____	Informe Final <u> X </u>
-----------------------	----------------------------

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

No	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 1 evidenciando que se realiza el mapeo y cartografía con el equipo de trabajo en el micro territorio Altos de Gualí III se determinaron los diferentes factores de riesgo, número de hogares hallados. Se anexa en CD: Cartografía, acta con administradora de los	100%
2	Coordinar y realizar acompañamiento al equipo básico en salud asignado	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 2 evidenciando que se moviliza el equipo completo N ° 14 de manera coordinada y con acompañamiento de todos los auxiliares y profesionales en el microterritorio Altos de Guali III . Se anexa en CD: PDF con evidencia fotográfica y el cronograma del mes de trabajo.	100%

	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
	INFORME		A-TH-F-011	V5	05/03/2025

3	Realizar la entrega de los productos del equipo básico en salud ante la ESE.	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 3 evidenciando que se entregan todos los productos de cada integrante del equipo en el Drive destinado para ello. Se anexa en CD: Carpetas de producción semanal.	100%
4	Realizar el informe de abordaje e indicadores en articulación con el equipo básico en salud asignado	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 4 evidenciando que se realiza el informe mensual correspondiente al abordaje del microterritorio Altos de Guali III, se anexa en CD: informe mensual.	100%
5	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 5 evidenciando que se realiza la caracterización a familias nuevas y el seguimiento a pacientes de riesgo alto y medio. Se anexa en CD: Bases de demanda inducida y canalización, PDF con evidencia fotográfica del uso de dispositivos médicos asignados.	100%
6	Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 6 evidenciando que se formulan los planes de cuidado a familias nuevas y el seguimiento a pacientes de seguimiento de riesgo alto y medio. Se anexa en CD: PDF con planes de cuidado y fotografías, Excel de relación del plan de cuidado.	100%
7	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorios asignado	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 7 evidenciando que se realiza el informe mensual correspondiente al abordaje del microterritorio Altos de Guali III con información como edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes de los pacientes y familias atendidas durante el mes. Se anexa en CD: informe mensual.	100%
8	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural,	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 8 evidenciando que se realiza la canalización de los casos identificados. Se anexa en CD: Excel de canalización.	100%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"
 Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
 Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>

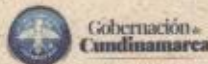
	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

	intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).		
9	Realizar demanda inducida a los servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 9 evidenciando que se realiza la demanda inducida a los servicios requeridos por los pacientes. Se anexa en CD: Excel de demanda inducida.	100%
10	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	No se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 10 evidenciando que no se gestiona ningún traslado a instituciones para remisión urgente. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	100%
11	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno en los microterritorios asignados	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 11 evidenciando que se formulan los planes de cuidado para a familias nuevas y pacientes de seguimiento de riesgo alto y medio. Se anexa en CD: PDF con planes de cuidado y fotografías, Excel de relación del plan de cuidado.	100%
12	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 12 evidenciando que se informa a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. Se anexa en CD: Excel de demanda inducida.	100%
13	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 13 evidenciando que se digitalizan los instrumentos que se canalizan a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas, como aseguramiento y salud mental. Se anexa en CD	100%
14	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Para el periodo informado, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 14 evidenciando que se realiza el seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. Se anexa en CD: Excel de canalización.	100%
15	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 15 evidenciando que se realiza la digitalización de los instrumentos que fueron diligenciados de forma manual en la herramienta que definida el Ministerio de Salud y Protección Social	100%

"Tu Salud. Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



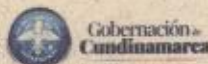
	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

		para tal fin. Se anexa en CD: Base de plan de cuidado, demanda inducida y canalización.	
16	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 16 evidenciando que se realiza el seguimiento a espacios de participación social en el microterritorio. Se anexa en CD: acta de apertura en el territorio, listados de asistencia y evidencia fotográfica en formato PDF.	100%
17	Realizar tamizaje de pruebas rápidas de acuerdo a las prioridades y necesidades en la población de los microterritorios asignados.	Para el periodo informado, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 17 evidenciando que no se realizan pruebas rápidas. Se anexa en CD: PDF con formato de actividad no realizada.	100%
18	Realizar consulta intra y extramural de acuerdo al territorio abordado.	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 18 evidenciando que se realiza el informe mensual correspondiente al abordaje del microterritorio Altoa de Guali III, se anexa en CD: informe mensual.	100%
19	Asistir y participar activamente en brigadas, jornadas de salud y demás actividades programadas.	No se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 19 evidenciando que se realizó participación en brigadas o jornadas de salud, en búsqueda activa en vacunación y gestantes. Se anexa en CD: PDF actas de asistencia y fotografías.	100%
20	El contratista deberá entregar de manera oportuna según las fechas estipuladas por la referente del programa, cronograma de actividades, plan de trabajo mensual, los productos realizados en campo, bases de datos y retroalimentación de casos y/o a la persona encargada de consolidar la información y seguimiento al plan de cuidado familiar y a su respectiva canalización.	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 20 evidenciando que se entrega cronograma de actividades, bases de demanda inducida y canalización, seguimientos y caracterizaciones nuevas y base de plan de cuidado. Se anexa en CD: Excel de cronograma, bases de demanda inducida y canalización y base de plan de cuidado	100%
21	Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización, foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo de acuerdo a los lineamientos exigidos, cumplir con cada uno de los procesos frente al manejo de la información y	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 21 evidenciando que se realiza actividades del plan de gestión documental. Se anexa en CD: excel de demanda inducida, excel de plan de cuidados	100%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



	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	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

	consolidación.		
22	Asistir a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción frente a los cambios del proceso que requiera ser compartido por parte de la referente.	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 22 evidenciando que se asiste a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción. Se anexa en CD: Listados de asistencia en formato PDF.	100%
23	Cláusula verde participar de las actividades de gestión ambiental y poner en práctica el contenido de las capacitaciones de manejo integral de residuos, conductas básicas de bioseguridad, limpieza y desinfección, hospital verde y todas aquellas que surjan en el desarrollo de sus actividades	No se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 23 evidenciando que no se participa en actividades de gestión ambiental. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	100%
24	Las demás Actividades que le sean asignadas durante el mes y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 24 evidenciando que se asiste a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción. Se anexa en CD: Listados de asistencia en formato PDF.	100%
25	Realizar Cronograma mensual de las actividades a desarrollar con actualización diaria de las intervenciones a realizar	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 24 evidenciando que se realiza el cronograma mensual. Se anexa en CD: cronograma.	100%
26	Realizar Fichas Técnicas e indicadores de plan de intervención familiar	Se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 24 evidenciando que se formulan los planes de cuidado para familias nuevas y pacientes de seguimiento de riesgo alto y medio. Se anexa en CD: PDF con planes de cuidado y fotografías, Excel de relación del plan de cuidado.	100%
27	Garantizar el cargue de las actividades de Promoción y Mantenimiento conforme rutas en el sistema de información propio del Hospital (CNT)	No se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 24 evidenciando que no se realiza el cargue de los pacientes en CNT a espera de asignación de actividad por el supervisor del contrato. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	100%
28	Identificar, notificar y gestionar casos de Interesen en Salud Publica	No se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 24 evidenciando que no se realiza notificación de EISP pues durante este mes no se identificaron. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	100%

"Tu Salud. Nuestro Compromiso"
 Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
 Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



	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	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

29	Realizar acciones intramurales conforme al rol.	No se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 24 evidenciando que no se realizan acciones intramurales. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	100%
30	Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.	se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 24 evidenciando que se asiste a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción. Se anexa en CD: Listados de asistencia y evidencia fotográfica en formato PDF.	100%
31	Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	Para el periodo informado, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N° 31 evidenciando que no se publica el informe en SECOP II. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	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	ENERO
N° PLANILLA	9500160379
APORTE SALUD	\$219,800
APORTE PENSIÓN	\$281,300
APORTE ARL	\$42,900
APORTE CAJA COMPENSACION	\$35,300
VALOR TOTAL PAGADO	\$579,300

MES DE PAGO	FEBRERO
N° PLANILLA	9500160415
APORTE SALUD	\$400,000
APORTE PENSIÓN	\$512,000
APORTE ARL	\$78,000
APORTE CAJA COMPENSACION	\$64,000
VALOR TOTAL PAGADO	\$1,054,000

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.

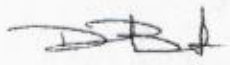
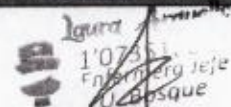
"Tu Salud, Nuestro Compromiso"
Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



	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	
INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025		

aumenten la base de cotización.

SI ☒ X NO ☐

Contratista y/o Representante  DIANA CAROLINA BENITEZ C.C 53.041.775 ENFERMERA PROFESIONAL	Vto. Bueno Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades  LAURA ANDREA ARGUELLO LIDER DE SALUD PUBLICA
Supervisor del Contrato  DR. MARIO ENRIQUE GONGORA SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO Visto Bueno Tesorería	
Firma	

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>

	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 DE ATENCIÓN AL USUARIO			
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	CERTIFICACIÓN PQRSDF	M-AU-F-001	V4	05/03/2025	

DE: SIAU

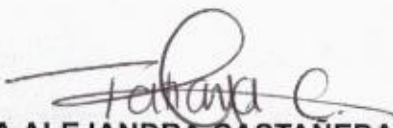
PARA: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el señor(a) **DIANA CAROLINA BENITEZ URREGO**, identificada con CC. No. 53041775 de BOGOTÁ. Quien se desempeña en el cargo de ENFERMERA JEFE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS. EQUIPO URBANO), no registra PQRSDF pendientes del 15 de enero al 21 de febrero del 2026

Atentamente


TATIANA ALEJANDRA CASTAÑEDA DELGADO
 TRABAJO SOCIAL - SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de febrero de 2026.

*Elaboró y Proyectó: Tatiana Castañeda /Líder SIAU.
 Revisó: Mario Enrique Góngora – Subgerencia administrativa y financiera
 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.

“Tu Salud, Nuestro Compromiso”
 Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
 Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 53041775		BENTEZ URRUTIO MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 58 A 849 A -09	BOGOTÁ BOGOTÁ D.E.	3158855267	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor				
2026-01	9000160378	I	2026/02/23	BANCO DAVIVIENDA	\$379,100				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días					
		Suarez principal (1 Afiliados)			\$1,750,905	\$280,300			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$42,700			\$0								
		Centro de Trabajos PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,750,905	\$280,300			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$42,700			\$0								
		Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)			\$1,750,905	\$280,300			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$42,700			\$0								
1	CC 53041775	BENTEZ MARIA CAROLINA	230101	30	\$1,750,905	\$280,300	EPS000	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$218,900	14-1	30	\$1,750,905	\$42,700	10		\$0								
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,300			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$42,700			\$0								

[Handwritten signature]

Página 2 de 2

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 13041775		SENTEZ URREGO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 58 A 440 A - 09	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3158853247	NO	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Blanco	Días Mora	Valor		
2024-02	83783923	Planilla	2026/03/17	2026/02/23	BANCO BAYVENIDA	0	\$1,054,000		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)									
1	CC 13041775	SENTEZ DIANA	210501	30	\$3,200,000	\$512,000	BP0002	30	\$3,200,000
Total Afiliados(1)					\$3,200,000	\$512,000			

CCF									
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)									
1	CC 13041775	SENTEZ DIANA	210501	30	\$3,200,000	\$400,000	CC074	30	\$3,200,000
Total Afiliados(1)					\$3,200,000	\$400,000			

RIESGOS									
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)									
1	CC 13041775	SENTEZ DIANA	210501	30	\$3,200,000	\$78,000			
Total Afiliados(1)					\$3,200,000	\$78,000			

PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)									
1	CC 13041775	SENTEZ DIANA	210501	30	\$3,200,000	\$78,000			
Total Afiliados(1)					\$3,200,000	\$78,000			

Handwritten signature

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e KCBF	No
CC 53041775		BONTEZ JURSEGO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 58 A 44B A-09	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3158853247		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2024-02	83783523	950140415	1	2024/03/17	2024/02/23	0	\$1,054,000		

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	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$512,000	\$0	\$0	\$512,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$78,000	\$0	\$0	\$78,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$78,000	\$0	\$0	\$78,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$64,000	\$0	\$0	\$64,000	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$64,000	\$0	\$0	\$64,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$400,000	\$0	\$0	\$400,000	
SANTAS	EPS025	800,251,440	6	1	\$400,000	\$0	\$0	\$400,000	
TOTAL				1	\$1,054,000	\$0	\$0	\$1,054,000	



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

26/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA BENITEZ URREGO** con **Cédula de Ciudadanía** número **53041775**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570004870353002
Fecha de apertura	16/08/2011

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

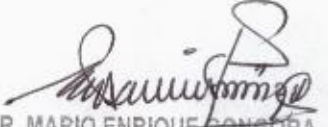
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"				
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:	
	FORMATO	PAZ Y SALVO CONTRATISTAS		GESTION DE TALENTO HUMANO	
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA	
	A-TH-F-012	8	5/3/2025	1 de 1	

1. INFORMACION DE CONTRATISTA:	
DIANA CAROLINA BENITEZ URREGO	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT: 53041775	No. Contrato: 173- 2,026
AREA: ASISTENCIAL	CARGO: ENFERMERA JEFE

2. OBJETO DEL CONTRATO:	
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACION DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 00001010 DE 2025 DEL MSPS EQUIPO URBANO	

3. AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL			
CONTRATACION		TALENTO HUMANO	
Contrato / Acta de inicio		Documentacion Hoja de Vida	
Firmanda		Capacitaciones	
Polizas de Contrato		Seguridad Social del contrato al dia	
Liquidacion/ Acta Terminacion		Carnet	
FIRMA		FIRMA	
ALMACEN		SISTEMAS	
Equipo de Computo		Cierre de Registros al Dia	
Entrega de Inventario Asignado		Entrega de Usuario CNT	
FIRMA		Información Intranet	
		Backup - Informacion	
		FIRMA	

3. AREA ASISTENCIAL			
BIOMEDICO		SALUD PUBLICA	
Buen estado de Equipos		Informes - Reportes al dia	
Entrega de Inventario Asignado		Indicadores	
FIRMA		Metas	
Jadar		FIRMA	

CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE	SUPERVISOR DEL CONTRATO
 DIANA CAROLINA BENITEZ URREGO CC Y/O NIT: 53041775	 DR. MARIO ENRIQUE GONZORA CARGO: SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO