

2026 03 06 3,166,667.00

FIGUEROA MEDINA ROXANA KATHERINE

TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE
PESOS MCTE *****

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,904	
Fecha : 06/marzo/2026	Pagado a : 1010160472-6 FIGUEROA MEDINA ROXANA KATHERINE		
La Suma de : TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MCTE *****		Valor \$	3,166,667.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cuenta : 60 462100152133		Cheque : PE
POR CONCEPTO DE MINISTERIO - ASISTENCIALES			
No. 26,979	Fact 01-2026	Valor Bruto \$ 3,166,667.00	Valor Neto \$ 3,166,667.00
Codigo	Descripcion	Valor	
MOVIMIENTO PRESUPUESTAL			
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP
337	425	196	193
COD. ARTICULO		ARTÍCULO	VALOR
245020905		Servicios para la comunidad, sociales y p	3,166,667.00
TOTAL IMPUESTOS		TOTAL DESCUENTOS	
CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006053	DAV. CTA AHORROS 2133 RES 1010 -2025 EQUIPO	0.00	3,166,667.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	3,166,667.00	0.00

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 20:57

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEJ NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,904	
Fecha : 06/marzo/2026	Pagado a : 1010160472-6 FIGUEROA MEDINA ROXANA KATHERINE		
La Suma de : TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MCTE *****		Valor \$	3,166,667.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cheque : PE		
Cuenta : 60 462100152133			
Recibí: _____	Huella dactilar		
Nombre: _____			
C.C. No. _____ de _____			
Firma: _____			
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO PROFESIONAL DE PSICOLOGIA QUE REALICE ACTIVIDADES SEGUN RESOL 1010 DE 2026 MINISTERIO DE SALUD SEGÚN CONTRATO 196 DE 2026 DEL 16 DE ENERO AL 21 FEBRERO 2026			
ELABORADO	REVISADO	APROBADO	Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 04/03/2026 Hora: 13:11

Pág. 1

Usuario Imprime: AVARIAS
 Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR				
CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
MINISTERIO - ASISTENCIALES	26,979	27/feb./2026	27/feb./2026	01-2026
Obligación: 425		Registro: 196		
TERCERO				
NIT: 1010160472 6 NOMBRE: FIGUEROA MEDINA ROXANA KATHERINE TEL: 3203753662 DIRECCION: CR 2 A 18 73 286				
OBSERVACIONES		VALORES		
PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL * COMO PROFESIONAL PSIOLOGIA* PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA * SEGUN RESOLUCION 1010 DEL 2025 MINISTERIO. DEL 16 ENERO AL 21 FEBRERO 2026* CONTRATO 196 2026.		BRUTO :	3,166,667.00	
		DESCUENTOS :	0.00	
IMPUESTOS :				
VALOR NETO EN LETRAS		NETO :	3,166,667.00	
TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MCTE		CANCELADO :	0.00	
		N. CREDITO :	0.00	
		N. DEBITO :	0.00	
		SALDO ACTUAL :	3,166,667.00	

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	3,166,667.00
731303006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	3,166,667.00	0.00

	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. 196-2.026

CERTIFICA:

Que **ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA** identificado (a) con documento de identidad y/o Nit No. **1010160472** 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 psicólogo urbano para el fortalecimiento de la atención primaria en salud en cumplimiento a la resolución 00001010 de 2.025 del MSPS. del Contrato de prestación de Servicios No. 196 de fecha 16/01/2.026, la presente cuenta correspondiente desde el día 16 de enero al 21 de febrero del presente año 2026 y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	3,166,667
No. CDP	193
No. RP	196
Rubro Presupuestal: 245020905 Servicios para la comunidad, sociales y personales-Ministerio	
Plazo de Ejecución	hasta 21 feb 2026
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	3,166,667
Valor Ejecutado	
Valor Factura Actual	3,166,667
Total Ejecutado	3,166,667
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: MARIO ENRIQUE GONGORA CONTRERAS

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

NOMBRE LIDER: LAURA ARBORELLA

LIDER SALUD PUBLICA

"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		AREA O PROYECTO QUE LO GESTIONARÁ	
		FORMATO		DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA		GENERAL: HUMANO	
		CÓDIGO		FECHA ELABORACION		PAGINA	
A-TH-F-010		6		5/03/2025		1 DE 1	
CIUDAD Y FECHA:		Funza Cundinamarca, Febrero de 2.026				FACTURA NUMERO	
PRESTADOR DEL SERVICIO:		ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA				NIT/ NUMERO DE CEDULA	
DIRECCION RESIDENCIA:		Calle 19 # 2-77				TELEFONO:	
Email:		kttfigueroamedina@gmail.com				SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	
						EQUIPOS BASICOS	
CANTIDAD		DESCRIPCION		VIR UNITARIO		VALOR TOTAL	
1		Abono correspondiente al periodo del 15 de enero al 21 de febrero 2.026, según lo establecido en el contrato No. 196 del 2025, cuyo objeto es prestación de servicios de apoyo a la gestión asistencial para la contratación de un psicólogo urbano para el fortalecimiento de la atención primaria en salud en cumplimiento a la resolución 00001010 de 2.025 del misps.		3.166.667,00		\$ 3.166.667,00	
FIRMA:		Roxana Katherine Figueroa Medina		VALOR TOTAL:		\$ 3.166.667,00	
				IMPUESTO ASUMIDO:		\$	
				TOTAL A PAGAR:		\$ 3.166.667,00	
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 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		DECLARANTE SI ☒ X NO ☐	
BANCO CAJA SOCIAL		NO. CUENTA 24105242060					
Decreto 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.							

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SENORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Area 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. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA:

NÚMERO DE CONTRATO	196-2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	1010160472
FECHA ACTA DE INICIO	16/01/2.026
VALOR DEL CONTRATO	\$ 3.166.667
PLAZO DE EJECUCIÓN	HASTA EL 21 DE FEBRERO DE 2.026
PRÓRROGA (ADICIÓN)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 21 DE FEBRERO DE 2.026
FECHA TERMINACIÓN ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	\$ 3.166.667
OBJETO CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PSICOLOGO URBANO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	16 DE ENERO AL 21 DE FEBRERO DEL 2.026
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	FEBRERO del 2026
NÚMERO DE INFORME	1 de 1
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	\$ 3.166.667
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	\$ 3.166.667
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO CAJA SOCIAL CUENTA DE AHORROS 24105242060

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

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO _X_		SUBGERENTE DE	
SERVICIOS DE SALUD			
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO		MARIO ENRIQUE GONGORA CONTRERAS SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	

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

Informe Mensual _____	Informe Final _____X_____
-----------------------	---------------------------

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

No	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS 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 adicional se adjunta las actas de cierre en cada territorio intervenido, en el micro territorio de (altos de guali 2, quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora). Se anexa en CD: Cartografía, actas con presidentes de la junta de acción comunal y actas de inicio.	100%
2	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° 2 para esta actividad se identifican 14 usuarios del micro territorio altos de guali 2, 13 usuarios del microterritorio quintas de casa blanca bellisca, 26 usuarios del microterritorio portales de funza etapa G, 0 usuarios del microterritorio sorrentinos la aurora), para un total de	100%

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

		G, 0 usuarios del microterritorio sorrentinos la aurora), para un total de 53 Usuarios con condiciones de salud mental identificadas a través de los planes de cuidado, adjuntando los soportes de la actividad, en el Drive y se realiza anexo en CD.	
3	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 ° 3 En la presente actividad se realiza el plan integral individual, familiar y comunitario en base a los 53 resultados obtenidos en la caracterización de los microterritorios (altos de guali 2, quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora), los planes de cuidado y demás formatos utilizados Plan de cuidado: 53, consentimientos informados: 53, ecomapas:11 , test ZARIT: 1, test SRQ:7 , test GAD : 3, DAST 10: 0 , test RQC:2. test apgar familiar: 2; de acuerdo con la intervención, evidencia queda adjunta como actividad en Drive y como anexo en CD.	100%
4	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorios asignado	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 4 Para esta entrega Se identifican 53 resultados obtenidos en la caracterización de los microterritorios (altos de guali 2, quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora), los planes de cuidado y demás formatos utilizados Plan de cuidado: 53, consentimientos informados: 53, ecomapas:11 , test ZARIT: 1, test SRQ:7 , test GAD : 3, DAST 10: 0 , test RQC:2. test apgar familiar: 2; de acuerdo con la intervención, evidencia queda adjunta	100%

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

		como actividad en Drive y como anexo en CD.	
5	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, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 5 Para esta entrega, a través de la identificación de problemas a nivel de salud mental, se realiza promoción en salud y prevención en la salud mental y física, de acuerdo con las necesidades identificadas se realiza base de canalización a los servicios pertinentes. Evidencia que se adjunta en Drive y en CD.	100%
6	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	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 6 En esta actividad se realiza la base de canalización, donde se refleja 53 usuarios, 14 usuarios del micro territorio altos de guali 2, 13 usuarios del microterritorio quintas de casa blanca bellisca, 26 usuarios del microterritorio portales de funza etapa G, 0 usuarios del microterritorio sorrentinos la aurora; Población que ha sido intervenida a nivel individual y por supuesto grupal, evidencia reflejada en el Drive y adjunto a CD.	100%
7	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	Para el periodo informado comprendido entre el 10 de diciembre al 25 de diciembre del 2025, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 7 Actividad que no es realizada no se gestionó activación de rutas. Por consiguiente, se adjunta formato de actividad no realizada en Drive y en CD	100%

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

8	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.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 8 Para esta actividad se hace entrega de los planes de cuidados en población con 44 seguimientos y 9 nuevos distribuidos en los microterritorios altos de guali 2 , quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora. Brindando educación de prevención en salud mental y promoción de la salud física y mental, identificando signos de alarma. Esto plasmado a través de los planes de cuidado y test implementados para identificar estado de salud mental así; Plan de cuidado: 53, consentimientos informados: 53, ecomapas:11 , test ZARIT: 1, test SRQ:7 , test GAD : 3, DAST 10: 0 , test RQC:2. test apgar familiar: 2 , adjuntando evidencias en Drive y en CD.	100%
9	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 ° 9 Se informa a los usuarios y familias canalizadas sobre el portafolio de servicios en salud y otros sectores que el municipio promueve con cada secretaría. Con el fin de brindar espacios de acuerdo con las necesidades presentadas, información que se adjunta a través del formato del plan de cuidado cargado en el Drive y en CD.	100%
10	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 10 Se realiza para esta entrega base de canalización pertinente de acuerdo con los	100%

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

		servicios de acuerdo con las necesidades evidenciadas de los microterritorios (altos de guali 2, quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora), reporte reposado en Drive y adjunto al CD.	
11	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 ° 11 Para esta actividad se hace entrega de los 44 usuarios registrados en los planes de cuidados en población registrada como seguimientos brindando educación de prevención en salud mental y promoción de la salud física y mental, identificando signos de alarma. Plan de cuidado 44, consentimientos informados 44. Esto plasmado a través de los planes de cuidado implementados para identificar estado de salud mental, adjuntando evidencias en Drive y en CD.	100%
12	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 12 Actividad realizada digitalizando los instrumentos de forma manual a través de la matriz del plan de cuidado y la matriz de canalización, evidencias cargadas en el Drive y en CD.	100%
13	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y micro territorios abordados por el equipo.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 13 Se adjunta Informe de abordaje por EBS Evidencia realizada por la jefe Karol Santoya identificado el documento en carpeta Drive y CD.	100%

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

14	Realizar tamizaje de pruebas rápidas de acuerdo con las prioridades y necesidades en la población de los micro territorios asignados.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 14 Actividad que no es realizada ya que no se implementaron pruebas rápidas. Se adjunta formato de actividad no realizada en Drive y en CD.	100%
15	Realizar consulta intra y extramural de acuerdo con el territorio abordado.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 15 Se realiza esta entrega en consulta extramural de acuerdo con demanda en territorio, evidencia en historias clínicas a través de los Planes de cuidado y demás formatos utilizados Plan de cuidado: 53, consentimientos informados: 53, ecomapas: 11, test ZARIT: 1, test SRQ: 7, test GAD7: 3, DAST 10: 0, test RQC: 2, test apgar familiar: 2; de acuerdo con la intervención, adjunto en carpeta Drive y CD.	100%
16	Asistir y participar activamente en brigadas, jornadas de salud y demás actividades programadas.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 16 Se adjunta actas de asistencia, registro fotográfico y listas de asistencia donde de identifican 53 resultados obtenidos en la caracterización de los microterritorios (altos de guali 2, quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora) identificado el documento en carpeta Drive y CD.	100%
17	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	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 17 Se entregan de manera oportuna cronogramas de actividades en Drive, plan de trabajo mensual, productos y bases de datos	100%

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

	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.	correspondientes a la gestión del informe actual, evidencias en Drive y en CD.	
18	Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización, foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo de acuerdo con los lineamientos exigidos, cumplir con cada uno de los procesos frente al manejo de la información y consolidación.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 18 Se debe realizar la entrega oportuna de la gestión documental de acuerdo con los lineamientos exigidos. Evidencia que se debe entregar en físico. Se anexa foto de la carpeta entregada.	100%
19	Asistir a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción frente a los cambios del proceso que requiere ser compartido por parte de la referente.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 19 Se asiste de manera oportuna y responsable en todos los espacios de capacitación, socialización e inducciones propuestas por el Hospital, generando evidencia en la carpeta Drive y CD. a través de actas de asistencia	100%
20	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.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 20 En esta entrega no se genera soporte ya que no se han presentado espacios para su desarrollo, evidencia en formato de actividad no realizada, en Drive y CD.	100%
21	Las demás Actividades que le sean asignadas durante el mes y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 21 En esta entrega se adjunta formato de actividad realizada en la jornada de vacunación en el microterritorio de la Fortuna.	100%



**E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS
MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA**

Tipo de Documento

Area o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

A-TH-F-011

V5

05/03/2025



		Cargada en carpeta Drive y CD.	
22	Garantizar el cargue de las actividades de Promoción y Mantenimiento conforme rutas en el sistema de información propio del Hospital (CNT)	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 22 En esta entrega no se genera soporte ya que no se han presentado espacios para su desarrollo, evidencia en formato de actividad no realizada, en Drive y CD.	100%
23	Realizar acciones intramurales conforme al rol.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 23 Se adjunta actas de asistencia, listas de asistencia y formatos diligenciados durante las visitas realizadas donde se identifican 53 resultados obtenidos en la caracterización de los microterritorios (altos de guali 2, quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora) a identificado el documento en carpeta Drive y CD.	100%
24	Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 24 Se adjunta actas de asistencia, listas de asistencia y formatos diligenciados durante las visitas realizadas donde se identifican 53 resultados obtenidos en la caracterización de los microterritorios (altos de guali 2, quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora) a identificado el documento en carpeta Drive y CD.	100%

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

25	Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 25 En esta entrega se realizará de manera oportuna el cargue de las actividades en el Drive y en la plataforma SECOP, como evidencia se adjuntan pantallazos del cargue en Drive y en CD.	100%
26	Identificar, notificar y gestionar casos de Interés en Salud Pública.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 26 En la entrega actual se adjunta excel de demanda inducida de las 53 visitas realizadas en los microterritorios (altos de guali 2, quintas de casa blanca bellisca, portales de funza etapa G, sorrentinos la aurora) , evidencias en Drive y en CD.	100%
27	Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 27 Actividad realizada el 20 de enero de 2026, se adjunta lista de asistencia y evidencia fotográfica en Drive y CD.	100%

4. RELACIÓN 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 DESCRIPCIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

MES DE PAGO	ENERO	ENERO	FEBRERO
No. PLANILLA	40403614	44183153	44183654
APORTE SALUD	116.800	54.500	321.300
APORTE PENSIÓN	149.500	69.700	411.200
APORTE ARL	22.800	10.600	62.700
APORTE CAJA COMPENSACION	N/A	N/A	N/A
VALOR TOTAL PAGADO	289.100	134.800	\$795.200

[Handwritten signature]

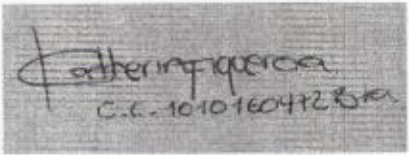
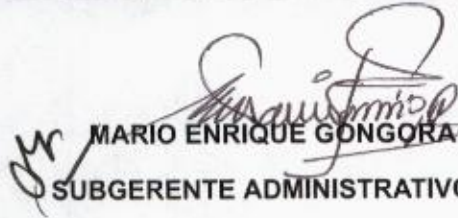
	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Area o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

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
 ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA Cédula y/o NIT: 1010160472 Cargo: Psicóloga		 LAURA ANDREA ARGUELLO Cargo: Líder Salud Pública
Supervisor del Contrato		
 MARIO ENRIQUE GONGORA CONTRERAS SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		
Visto Bueno Tesorería		
Firma		

	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/a señor/a **ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA**, identificada con CC. No. **1010160472** de **Bogotá**. Quien se desempeña en el cargo de **Psicóloga** (PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PSICÓLOGO URBANO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS.) en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: **196 – 2.026**, no registra pendientes correspondientes a el corte establecido desde el día 16 de enero al 21 de febrero del presente año.

Atentamente;


TATIANA ALEJANDRA CASTAÑEDA DELGADO
 TRABAJO SOCIAL – SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de febrero de 2.026.

*Elaboró y Proyectó: Tatiana Alejandra Castañeda Delgado – Trabajadora Social – SIAU.
 Revisó: Mario Enrique Gongora Contreras – Subgerente Administrativo y Financiero
 Aprobó: Julia Isabel Muelle Piazas-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/>





HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ROXANA KATHERINE FIGUEROA
MEDINA

Identificado con CC 1010160472

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina TEJAR, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24105242060
Fecha de apertura:	31 de Marzo de 2021
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 04 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1010160472	ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA		✓ calle 19 # 2-77	3303767062	xistfigueroa@digital.com	
# FIRMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		NO
	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	FINZA		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	URC
PERIODO SALDO	PERIODO PERIODO	1	18/02/2020	46103854	1	0
2026-02	2026-02				TOTAL A PAGAR: \$795.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NT	Contribución Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EP3017	Funsalud EPS	830000064-7	321.300	0		0		0	0	0	0	321.300	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Colación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporta Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Totales a Pagar	No. Afiliados
25301	Pucun	900294806-8	411,200	0	0	0	0	0		411,200	1

TOTALS HUEGOS LABORALES.

TOTALES RECURSOS LABORALES													
Código ARL	Número	NT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidarista	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor								
14-23	Puerto Seguro		62.700			62.700	0	62.700			627	62.700	1
		00001153-6											

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Nombre		NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
codigo CCF							

TOTALS PARAFISCALS

TOTALES PARAFISCIALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
		SENA		
0	0	0	0	0
		ICBF		
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, SFP y Mera	Total a Pagar
Saúd	1	321.300	321.300
Pesón	1	411.200	411.200
Riesgos Laborales	1	82.700	82.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTAL ES	4	795.200	795.200

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXOMERASO PAGO PARAFISICALES Y SALUD
CC	1019160472	ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA	calle 19 # 2-77	3203743662	lindiguena@uniba@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO
ÚNICA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	PUENZA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (RANIMUNDO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	CANTIDAD		
				IMPRESOR	UPE	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			1	0	
2025-02	2025-02	1	18/02/2025	44181054		
				TOTAL A PAGAR		
				\$795.200		

[illegible]

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES PENSIÓNTOTALS RIESGOS LABORALESTOTALLES CAJASTOTALS PARAFISCALLESTOTALES POR SUBSISTEMA

General

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	100160472	ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA	Calle 19 A 2-77	3003789062
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO	CORREO
UNICA	1 - Independiente		CUNDINAMARCA	http://compensar.com

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/ANO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2024-01	2024-01	1	27/01/2025	40400814
				CANTIDAD
				AMORTIZADA
				1
				TOTAL A PAGAR
				\$289,100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN SOCIETARIA										PERSONAS					SOLUBIL					IMPUESTOS LABORALES					CCTP					PROCESOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
No. de identificación		Apellidos y Nombres		Código de negocio		Código de actividad		Código de comercio		Código de industria		Código de comercio exterior		Código de comercio internacional		Código de comercio electrónico		Código de comercio digital		Código de comercio móvil		Código de comercio online		Código de comercio offline		Código de comercio físico		Código de comercio virtual		Código de comercio mixto		Código de comercio híbrido		Código de comercio integrado		Código de comercio unificado		Código de comercio armonizado		Código de comercio estandarizado		Código de comercio normalizado		Código de comercio certificado		Código de comercio acreditado		Código de comercio homologado		Código de comercio reconocido		Código de comercio autorizado		Código de comercio registrado		Código de comercio inscrito		Código de comercio publicado		Código de comercio notificado		Código de comercio comunicado		Código de comercio informado		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido		Código de comercio prevenido		Código de comercio avisado		Código de comercio alertado		Código de comercio advertido	

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1010160472	ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA	calle 16 # 2-77	3303753652	kfigueroamedina@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	Independiente			CUNDINAMARCA	ELINZA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENS/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENS/ANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
40-00814	27/01/2026				IMPUESTOS	1	SPC	0	
Periodo Saldo	Periodo Retenciones	N	28/01/2026	44181153	TOTAL A PAGAR				
2026-01	2026-01				\$134.800				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Contratación Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
EPSU17	Facilitador EPS	630003064-7	\$4.500	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Contratación Obligatoria	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Provenir	800258338-5	60.700	0	0	0	0	0	
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Contratación Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto Cotización	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguridad	860011531-6	10.600	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Sistema	Días Mora	
								0	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES					TOTALES POR SUBSISTEMA				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICFE, LMA, RFP y Mora	Total a Pagar	
0	0	0	0	0	Salud	1	\$4.500	\$4.500	
0	0	0	0	0	Pensión	1	\$0.700	\$0.700	
0	0	0	0	0	Riesgos Laborales	1	\$10.600	\$10.600	
0	0	0	0	0	OCF	0	0	0	
0	0	0	0	0	ESAP	0	0	0	
0	0	0	0	0	ICBF	0	0	0	
0	0	0	0	0	MEN	0	0	0	
0	0	0	0	0	SENA	0	0	0	
TOTALES						3	\$34.800	\$34.800	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD
CD	100160472	ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA	CAR 19 # 2-77	3203753962	kfigueroamedina@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CURRUPAMARCA	CURRUPAMARCA	
UNICA	1 - Independiente					NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ABOGADO	FECHA PAGO ABOGADO	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSARIO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
40520614	27/07/2028	PLANILLA	28/07/2028	44183153	IMPORTE	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PREVIDENTE	N			1	0
2026-01	2026-01				TOTAL A PAGAR	
					\$ 104.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE									
INFORMACION NOVEDADES									
PERSONA									
SALUD									
IMPUESTOS LABORALES									
COTIZACION									
PARAMETRALES									
No. Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Correos	Edad	Sexo	Estado Civil	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo
1	CD	100160472	ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA	28	F	1	1	1	1

PAGADA

**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

3/5/2025

1 de 1

1. INFORMACION DE CONTRATISTA:**ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA****DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT: 1010160472****No. Contrato: 196 - 2,026****AREA: ASISTENCIAL****CARGO: PSICOLOGA EQUIPOS BASICOS****2. OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PSICOLOGO URBANO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS.

3. AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL**CONTRATACION**Contrato / Acta de inicio
Firma

Polizas de Contrato

Liquidacion/ Acta
Terminacion**FIRMA****ALMACEN**

Equipo de Computo

Entrega de Inventario
Asignado**FIRMA****TALENTO HUMANO**

Documentacion Hoja de Vida

Capacitaciones

Seguridad Social del
contrato al dia

Carnet

FIRMA**SISTEMAS**

Cierre de Registros al Dia

Entrega de Usuario CNT

Información Intranet

Backup - Informacion

FIRMA**3. AREA ASISTENCIAL****BIOMEDICO**

Buen estado de Equipos

Entrega de Inventario
Asignado**FIRMA****SALUD PUBLICA**

Informes - Reportes al dia

Indicadores

Metas

FIRMA**CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE**
C.C. 1010160472 Bta**ROXANA KATHERINE FIGUEROA MEDINA****CC Y/O NIT: 1010160472****SUPERVISOR DEL CONTRATO**
MARIO ENRIQUE GONGORA CONTRERAS**CARGO: SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**