2026 01 30 837,173.00

GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA

OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS MCTE
****

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI
NIT. 900750333

COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,622

Fecha : 30/enero/2026 **Pagado a :** 52664173-4 GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA

La Suma de : OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS MCTE ********** **Valor $** 837,173.00

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

POR CONCEPTO DE SERVICIOS TECNICOS PROG PYP
No. 26,616 **Fact** 25-2026 **Valor Bruto $** 837,173.00 **Valor Neto $** 837,173.00

Codigo **Descripcion** **Valor**

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
62	48	225	254	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y	837,173.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
11005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	837,173.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	837,173.00	0.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 20:45

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

E HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 23,622

Fecha : 30/enero/2026	**Pagado a :** 52664173-4 GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA	
La Suma de : OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS MCTE ********** ****		**Valor $** 837,173.00
Banco : 51 DAVIVIENDA **Cuenta :** 04 462169999366	**Cheque :** PE	
Recibí: _____ Nombre: _____ C.C. No. _____ de _____ Firma: _____	Huella dactilar	

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO TECNICO SIVIGILA DURANTE EL MES DE ENERO DE 2026 SEGUN CONTRATO 221 DEL 2026

Usuario Imprime: TATIANA

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 20:45 Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 28/01/2026 Hora: 16:10

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERVICIOS TECNICOS PROG PYP	26,616	28/ene./2026	28/ene./2026	25-2026

Obligación: 48 **Registro:** 225

TERCERO

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

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL* COMO TECNICO EN EL SISTEMA SIVIGILA * DEL 20 AL 31 DE ENERO DEL 2026* SEGUN CONTRATO 221 2026.	**BRUTO :**	837,173.00
	DESCUENTOS :	0.00
	IMPUESTOS :	
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	837,173.00
OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	837,173.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	837,173.00
731303006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	837,173.00	0.00

Contrg. # Planilla

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 PRESTACION DE SERVICIO No 221 -2026

CERTIFICA:

Que LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA identificado (a) con documento de identidad y/o Nit No. 52664173 expedida en FUNZA, cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO TÉCNICO EN SALUD PUBLICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA SIVIGILA CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA del Contrato de prestación de Servicios No 221-2026+ de fecha 20 de enero 2026 , la presente cuenta correspondiente del 20-01-2026 al 31-01-2026 y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	7,686,773
No. CDP	254
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios Asistencial	
Plazo de Ejecución	HASTA 30 ABRIL 2026
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	7,686,773
Valor Ejecutado	
Valor Factura Actual	837,173
Total Ejecutado	837,173
Saldo por Ejecutar	6,849,600
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	11%

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

NOMBRE SUPERVISOR: JAIRO VELASQUEZ CHACON
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FICNANCIERA

Laura Arguello
1'073518817
Enfermera Jefe
U Bosque

NOMBRE LIDER: LAURA ARGUELLO
CARGO: LIDER DE SALUD PUBLICA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	AREA O PROCESO QUE LO GENERA:	
	FORMATO	DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA	GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	CÓDIGO	VERSIÓN / FECHA ELABORACION	PAGINA	
	A-TH-F-010	6 / 5/03/2025	1 DE 1	

CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca, enero 2026	**FACTURA NUMERO**	25
PRESTADOR DEL SERVICIO:	LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA	**NIT/ NUMERO DE CEDULA**	52.664.173
DIRECCION RESIDENCIA:	SENDEROS DE FUNZA, Cl 13 No2C -53	**TELEFONO:**	313272051
Email:	caril_528@hotmail.com	**SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS**	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SALUD PUBLICA

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente 20 al 31 enero de 2026, según lo establecido en el contrato No. 221 fecha 20 de enero 2026 cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO TÉCNICO EN SALUD PUBLICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA SIVIGILA CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA	$ 837.173,00	$ 837.173,00

FIRMA:	LAURA GOMEZ P.	**VALOR TOTAL:**	$ 837.173,00
		IMPUESTO ASUMIDO:	$ -
		TOTAL A PAGAR:	$ 837.173,00

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI (__) o NO (_X_), 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 unico reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizó al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario, En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicionales del articulo 392 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

FAVOR PAGAR A LA CUENTA: CORRIENTE ___ AHORROS ___X___ DECLARANTE SI _____ NO _X_

BANCO DAVIVIENDA NO. CUENTA 0570456170038982

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

1. **INFORMACION DEL CONTRATISTA:**

NUMERO DE CONTRATO	**221-2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	CC 52.664.173
FECHA ACTA DE INICIO	20 enero 2026
VALOR DEL CONTRATO	$7.686.773
PLAZO DE EJECUCION	3 MESES 11 dias
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 30 abril 2026
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	$7.686.773
OBJETO CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO TÉCNICO EN SALUD PUBLICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA SIVIGILA CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	20 enero a 31 DE 2026
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	Enero 2026
NUMERO DE INFORME	1 DE 4
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	$7.686.773
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	$ 837.173
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO DAVIVIENDA- AHORROS 456170038982
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO_X__SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD____	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO	JAIRO VELASQUEZ CHACON SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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



Informe Mensual _____x_____	Informe Final _____

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

No	OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Realizar y enviar búsqueda activa institucional 2.026, en formatos y tiempos establecidos según directrices para la vigencia.	se realiza ajuste y cierre de casos según evento de interés	11%
2	Realizar BAI de infecciones institucional, en formatos y tiempos establecidos según directrices para la vigencia	se realiza recopilación y pre-crítica de fichas de notificación de enfermedades de interés de salud pública	11%
3	Realizar BAI de eventos en eliminación y erradicación institucional, en formatos y tiempos establecidos según directrices para la vigencia	se realiza cargue de fichas al sistema de vigilancia epidemiológico sivigila	11%
4	Validación y reporte de RIPS en tiempos establecidos.	se realiza notificación de archivos planos al departamento y a la secretaria de salud municipal.	11%
5	Análisis y precrítica de fichas para ser reportadas de manera semanal.	se realiza socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.	11%
6	Seguimiento a evento 300 de manera semanal.	se realiza solicitud de vacuna rábica y seguimiento a pacientes de acuerdo a los lineamientos del ins.	11%

7	Socialización y apoyo a la adherencia de protocolos de EISP con una capacitación al mes al personal médico.	se realiza la bai y envió de acuerdo a los lineamientos establecidos.	11%
8	Seguimiento ajustes realizados de los eventos reportados al sistema epidemiológico SIVIGILA 2.026..	las demás que le señale el supervisor del contrato y que tengan que ver directamente con la ejecución del objeto contractual.	11%
9	Inducción al personal médico de los eventos de interés en salud pública	las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.	11%
10	Seguimiento del cargue y del diligenciamiento de las fichas del SIVIGILA a los Equipos Básicos en Salud como del grupo PIC	se realiza de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma.	11%
11	Seguimiento al reporte diario de dosis de Fiebre Amarilla, COVID e Influenza de la sede principal como de sus dos puestos de salud	se realiza socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.	11%
12	Seguimiento del movimiento mensual de biológicos e insumos de PAI WEB en relación con dosis aplicadas, solicitudes y cargue de pedidos de la sede principal como de sus dos puestos de salud.	se realiza socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.	11%
13	Validación de información de los cargues en el sistema de PAI WEB en relación con dosis aplicadas, solicitudes y cargue de pedidos de la sede principal como de sus dos puestos de salud	se realiza socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.	11%
14	Apoyo al proceso de seguimiento de demanda inducida y cumplimiento de metas en PYD en vacunación de manera semanal	se realiza socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.	11%
15	Validación de informes y registros diarios en vacunación de manera semanal conforme a la productividad de vacunación con el fin de hacer los cargues a la plataforma SIGIRES los	se realiza socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.	11%



	primeros 5 días hábiles del mes.		
16	Apoyo a las demás actividades que scan asignadas por la líder de salud publica encaminadas al cumplimiento de metas de PYD y procesos institucionales de consulta externa.	se realiza socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.	11%
17	Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	se realiza socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.	11%

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	**Diciembre 2025**
N	9496566930
APORTE SALUD	$200.000
APORTE PENSION	$256.000
APORTE ARL	$38.900
APORTE CAJA COMPENSACION	$0
VALOR TOTAL PAGADO	$ 494.900

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

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 Lider de proceso o área en el cual realiza sus actividades
Laura Gomez P. **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** **CEDULA Y/O NIT: 52.664.173** **CARGO: TÉCNICO EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA SIVIGILA**	Laura Arguello **LAURA ARGUELLO** LIDER DE SALUD PUBLICA
Supervisor del Contrato	
JAIRO VELASQUEZ CHACON SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
Visto Bueno Tesoreria	
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) LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA, identificado con CC. No. 52664173 de FUNZA. Quien se desempeña en el cargo de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO TÉCNICO EN SALUD PUBLICA EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA SIVIGILA CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA., no registra PQRSDF pendientes en el mes de enero.

Atentamente

Ginna Castillo Torres

GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
TRABAJO SOCIAL - SIAU

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

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo /Líder SIAU.
Revisó: Jairo Velázquez Chacón – 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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2016299332	94965669l0	N	2026/01/20	2025/12/17	BANCO DAVIVIENDA	0	$494,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,900	$0	$0	$38,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,900	$0	$0	$38,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$494,900	$0	$0	$494,900

2025/12/17 12:06 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2016299332	9496566930	N	2026/01/20	2025/12/17	BANCO DAVIVIENDA	0	$494,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$38,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$38,900		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$38,900		$0	$0
1	CC	52664173	GOMEZ LAURA	230201	30	($2,000,000)	($320,000)	EPS017	30	($2,000,000)	($250,000)		0	$0	$0	14-23	30	($2,000,000)	($48,800)	0	$0	$0
1	CC	52664173	GOMEZ LAURA	230201	30	$3,600,000	$576,000	EPS017	30	$3,600,000	$450,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,600,000	$87,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$38,900		$0	$0

2025/12/17 12:06 PM