432

2026 06 30 2,292,700.00 JUNIO

GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA

DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS MCTE **********

**ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI**
**NIT. 900750333**

**COMPROBANTE DE EGRESO No.** 24,540

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

**La Suma de :** DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS MCTE ********** ***** **Valor $** 2,292,700.00

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

**POR CONCEPTO DE** SERVICIOS TECNICOS PROG PYP
**No.** 28,034 **Fact** 30-2026 **Valor Bruto $** 2,292,700.00 **Valor Neto $** 2,292,700.00

| Codigo | Descripcion | Valor |
|---|---|---|

**MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

| GIRO | OBLIGACION | REGISTRO | CDP | COD. ARTICULO | ARTÍCULO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1014 | 1518 | 640 | 645 | 245020901 | Servicios para la comunidad* sociales y l | 2,292,700.00 |

| TOTAL IMPUESTOS | TOTAL DESCUENTOS |
|---|---|

| CUENTA | NOMBRE CUENTA | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|
| 111005001 | BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462 | 0.00 | 2,292,700.00 |
| 240101003 | REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS | 2,292,700.00 | 0.00 |

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 20:59

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

| ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI<br>NIT. 900750333 | | COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,540 |
|---|---|---|
| **Fecha :** 30/junio/2026 | **Pagado a :** 52664173-4 GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA | |
| **La Suma de :** DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS MCTE ********** | | **Valor $** 2,292,700.00 |
| **Banco :** 51 DAVIVIENDA<br>**Cuenta :** 04 462169999366 | | **Cheque :** PE |
| Recibí: _____<br>Nombre: _____<br>C.C. No. _____ de _____<br>Firma: _____ | Huella dactilar | |
| **OBSERVACIONES:** PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO TECNICO SIVIGILA DURANTE EL MES DE JUNIO DE 2026 SEGUN CONTRATO 432 DEL 2026 | | |
| **ELABORADO** **REVISADO** **APROBADO** Hora: 20:59 | | Usuario Imprime: TATIANA<br>Usuario Responsable: TATIANA |

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



Fecha: 25/06/2026 Hora: 12:09

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

## CUENTA POR PAGAR

| CONCEPTO | NUMERO | FECHA | FECHA VENC. | No FACTURA |
|---|---|---|---|---|
| SERVICIOS TECNICOS PROG PYP | 28,034 | 25/jun./2026 | 25/jun./2026 | 30-2026 |

**Obligación:** 1,518 **Registro:** 640

### TERCERO

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

### OBSERVACIONES

PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL* COMO TECNICO SIVIGILA * DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 2026* SEGUN CONTRATO 432 2026.

### VALORES

| | |
|---|---|
| **BRUTO :** | 2,292,700.00 |
| **DESCUENTOS :** | 0.00 |
| **IMPUESTOS :** | |
| **NETO :** | 2,292,700.00 |
| **CANCELADO :** | 0.00 |
| **N. CREDITO :** | 0.00 |
| **N. DEBITO :** | 0.00 |
| **SALDO ACTUAL :** | 2,292,700.00 |

### VALOR NETO EN LETRAS

DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS MCTE

## IMPUTACION CONTABLE

| CUENTA | | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|
| 240101003 | REMUNERACION DE SERVICIOS TEC | 0.00 | 2,292,700.00 |
| 731303006 | REMUNERACION DE SERVICIOS TEC | 2,292,700.00 | 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 PRESTACION DE SERVICIO No 432-2026**

**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.432-2026 de fecha 01 de Junio 2026 , la presente cuenta correspondiente al mes de Junio y cumple con el pago de seguridad social.

| DETALLE | |
|---|---|
| **Valor Contrato inicial** | 2,292,700 |
| No. CDP | 645 |
| No. RP | 640 |
| Rubro Presupuestal: Servicios Asistencial | |
| Plazo de Ejecución | HASTA 30 JUNIO 2026 |
| **ADICION:** | |
| No.CDP | |
| No.RP | |
| Plazo de Ejecución | |
| **Modificación** | |
| Otro Si Modificatorio | |
| **Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación** | 2,292,700 |
| Valor Ejecutado | |
| Valor Factura Actual | 2,292,700 |
| **Total Ejecutado** | 2,292,700 |
| **Saldo por Ejecutar** | - |
| **Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%** | 100% |

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

**NOMBRE SUPERVISOR:** JUAN SEBASTIAN DUARTE FLORES
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FICNANCIERA

**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 | 05/03/2025 | 1 DE 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CIUDAD Y FECHA: | Funza Cundinamarca, Junio 2026 | FACTURA NUMERO | 30 |
| 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 al mes de junio de 2026, según lo establecido en el contrato No. 432 fecha 01 de Junio 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 | $ 2,292,700.00 | $ 2,292,700.00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FIRMA: | LAURA GOMEZ | VALOR TOTAL: | $ 2,292,700.00 |
| | | IMPUESTO ASUMIDO: | $ - |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ 2,292,700.00 |

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 articulos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizó al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el articulo 383 del Estatuto Tributario. En caso afirmativo, en donde SI adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicionales del articulo 392 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

FAVOR PAGAR A LA CUENTA: CORRIENTE ____ AHORROS ___X___

DECLARANTE SI _____ NO _X_

BANCO DAVIVIENDA NO. CUENTA 0570456170038982

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



1. **INFORMACION DEL CONTRATISTA:**

| | |
|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO | **432-2026** |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT | CC 52.664.173 |
| FECHA ACTA DE INICIO | 01 DE JUNIO 2026 |
| VALOR DEL CONTRATO | $2.292.700 |
| PLAZO DE EJECUCION | 1 MES |
| PRORROGA (ADICION) | |
| FECHA FINAL DEL CONTRATO | HASTA EL 30 JUNIO 2026 |
| FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica) | |
| VALOR ADICION | |
| VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION | $2.292.700 |
| 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 | JUNIO 2026 |
| FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME | JUNIO 2026 |
| NUMERO DE INFORME | 1 DE 1 |
| SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | $2.292.700 |
| VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA | $2.292.700 |
| ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA | BANCO DAVIVIENDA- AHORROS 456170038982 |
| **SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO_X_ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD___** | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO | JUAN SEBASTIAN DUARTE FLORES<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |

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

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

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

| No | 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 | 100% |
| 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 | 100% |
| 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 | 100% |
| 4 | Validación y reporte de RIPS en tiempos establecidos. | se realiza notificación de archivos planos al departamento y a la secretaria de salud municipal. | 100% |
| 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. | 100% |
| 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. | 100% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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. | 100% |
| 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. | 100% |
| 9 | Inducción al personal médico de los eventos de interés en salud pública | las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual. | 100% |
| 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. | 100% |
| 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. | 100% |
| 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. | 100% |
| 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. | 100% |
| 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. | 100% |
| 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. | 100% |



| | | | |
|---|---|---|---|
| | primeros 5 días hábiles del mes. | | |
| 16 | Apoyo a las demás actividades que sean 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. | 100% |
| 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. | 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 | **MAYO** |
| N | 9503934348 |
| APORTE SALUD | $350.000 |
| APORTE PENSION | $448.000 |
| APORTE ARL | $68.300 |
| APORTE CAJA COMPENSACION | $0 |
| VALOR TOTAL PAGADO | $866.300 |

**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<br>Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades |
|---|---|
| LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA<br>CEDULA Y/O NIT: 52.664.173<br>CARGO: TÉCNICO EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA SIVIGILA | LAURA ARGUELLO<br>LIDER DE SALUD PUBLICA |
| **Supervisor del Contrato** | |
| JUAN SEBASTIAN DUARTE FLORES<br>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | |
| **Visto Bueno Tesorería** | |
| Firma | |

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 |
| 2026-05 | 2026-05 | 375719753 | 9503934345 | I | 2026/06/18 | 2026/06/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $866,300 |

**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) | | | | | $2,800,000 | $448,000 | | | $2,800,000 | $350,000 | | | $0 | $0 | | | $2,800,000 | $68,300 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $2,800,000 | $448,000 | | | $2,800,000 | $350,000 | | | $0 | $0 | | | $2,800,000 | $68,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) | | | | | $2,800,000 | $448,000 | | | $2,800,000 | $350,000 | | | $0 | $0 | | | $2,800,000 | $68,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52664173 | GOMEZ LAURA | 230301 | 30 | $2,800,000 | $448,000 | EPS017 | 30 | $2,800,000 | $350,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,800,000 | $68,300 | 0 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | $2,800,000 | $448,000 | | | $2,800,000 | $350,000 | | | $0 | $0 | | | $2,800,000 | $68,300 | | $0 | $0 |

2026/06/09 10:03 AM

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 |
| 2026-05 | 2026-05 | 375719753 | 95039343 48 | I | 2026/06/18 | 2026/06/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $866,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $448,000 | $0 | $0 | $448,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $448,000 | $0 | $0 | $448,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $68,300 | $0 | $0 | $68,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $68,300 | $0 | $0 | $68,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $350,000 | $0 | $0 | $350,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $350,000 | $0 | $0 | $350,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $866,300 | $0 | $0 | $866,300 |



2026/06/09 10:03 AM

| 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 JUNIO.

Atentamente

**ANGIE MILENA CAMARGO RIVEROS**
LIDER - SIAU

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

*Elaboró y Proyectó. Angie Milena Camargo Riveros– Líder – SIAU.*
*Revisó: Juan Sebastián Duarte Flores – 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.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO<br>"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 | 7 | 31/07/2023 | 1 de 1 |

**1. INFORMACION DE CONTRATISTA:**

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA: LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** | | |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT: 52.664.173** | | **No. Contrato: 432-2026** |
| **AREA: ASISTENCIAL** | **CARGO: TECNICO SIVIGLA** | |

**2. OBJETO DEL CONTRATO:**

Prestación de servicios a apoyo a la gestión asistencial como Técnicos en el Sistema De Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA, para la Empresa Social del Estado del Orden Departamental Hospital Nuestra Señora de las Mercedes del Municipio de Funza y sus puestos de salud hato y siete trojes

**3. AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL**

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

**3. AREA ASISTENCIAL**

| BIOMEDICO | | SALUD PUBLICA | |
|---|---|---|---|
| Buen estado de Equipos | | Informes - Reportes al dia | |
| Entrega de Inventario Asignado | | Indicadores | |
| | | Metas | |
| FIRMA | | FIRMA | |

| CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE | | SUPERVISOR DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA | | JUAN SEBASTIAN DUARTE FLORES |
| CC Y/O NIT: 52.664.173 | | CARGO: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |