

2025 05 23 5,964,000.00

SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA

CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 21,577					
Fecha : 23/mayo/2025	Pagado a : 52187234-9	SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA					
La Suma de : CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE		Valor \$	5,964,000.00				
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cuenta : 51 462100141300	Cheque : PE					
POR CONCEPTO DE MINISTERIO - ASISTENCIALES No. 23,754.00 Fact 01-2025		Valor Bruto \$6,000,000.00	Valor Neto \$ 5,964,000.00				
Codigo	Descripcion	Valor					
302	ICA SERVICIOS ICA 6 X 1000	36,000.00					
MOVIMIENTO PRESUPUESTAL							
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR	
707	1043	422	333	245020906	Servicios para la comunidad, sociales y p	6,000,000.00	
TOTAL IMPUESTOS				TOTAL DESCUENTOS			

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006044	DAV. CTA AHORROS 1300 RESOL.MINISTERIO .2	0.00	5,964,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	5,964,000.00	0.00

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 20:15

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI
NIT. 900750333

**COMPROBANTE
DE EGRESO No. 21,577**

Fecha : 23/mayo/2025

Pagado a : 52187234-9

SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA

La Suma de : CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE

Valor \$ 5,964,000.00

Banco : 51 DAVIVIENDA

Cuenta : 51 462100141300

Cheque : PE

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE REALICE
PRESTACION DE SERVICIOS PARA ACTIVIDADES SEGUN RESOL 1220 DE 2024
MINISTERIO DE SALUD SEGÚN CONTRATO 295 DE 2025 DEL 15 ABRIL AL 14 MAYO 2025
URBAN

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 20:15

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 23/05/2025 Hora: 15:52



Usuario Imprime: AVARIAS
 Usuario Responsable: AVARIAS

Pág. 1

CUENTA POR PAGAR				
CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
MINISTERIO - ASISTENCIALES	23,754	23/may./2025	23/may./2025	01-2025
Obligación: 1,043		Registro: 422		
TERCERO				
NIT: 52187234	9	NOMBRE: SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA		
TEL: 3114649516		DIRECCION : CL 79 68 H 35 BRR LAS FERIAS		001
OBSERVACIONES			VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO COMO ENFERMERA PROFESIONAL* ENCAMINADA AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD* SEGUN RESOLUCION 1220 2024. MINISTERIO DE SALUD* SEGUN CONTRATO 295 2025* DEL 15 ABRIL AL 14 MAYO DEL 2025. URBANO.			BRUTO :	6,000,000.00
			DESCUENTOS :	0.00
			IMPUESTOS :	
ICA SERVICIOS ICA 6 X 1000				36,000.00
VALOR NETO EN LETRAS			NETO :	5,964,000.00
CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE			CANCELADO :	0.00
			N. CREDITO :	0.00
			N. DEBITO :	0.00
			SALDO ACTUAL :	5,964,000.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
240101003 REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	5,964,000.00
243627002002 302-ICA SERVICIOS 6 X 1000	0.00	36,000.00
542405007 PROFESIONAL DE ENFERMERIA URBA	6,000,000.00	0.00

	E.S.É 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. 295 - 2025

CERTIFICA:

Que **CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO ROMERO** identificado (a) con documento de identidad y/o Nit 52187234 y expedida en Mosquera cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL DE ENFERMERA QUE REALICE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD**. del Contrato de prestación de Servicios No. 295 de fecha 14/04/2025, la presente cuenta correspondiente al periodo del 15 abril a 14 mayo 2025 , y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	18.000.000
No. CDP	333
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios Asistenciales	
Plazo de Ejecución	Hasta 14 julio 2025
ADICION:	
No. CDP	
No. RP	
Plazo de Ejecución	3 MESES
Modificación	
Otro SI Modificadorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	18.000.000
Valor Ejecutado	-
Valor Factura Actual	6.000.000
Total Ejecutado	6.000.000
Saldo por Ejecutar	12.000.000
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)%	33%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de mayo del año dos mil Veinticinco (2.025).


NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA TELLEZ
 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD


NOMBRE LIDER: MARTHA PATRICIA TELLEZ
 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"
NOMBRE
DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA
FECHA ELABORACION
5/5/2025

TIPO DE DOCUMENTO:
FORMATO
CÓDIGO
A-TH-F-010

DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA
FECHA ELABORACION
5/5/2025

VERSION
6

PAGINA
1 DE 1

CIUDAD Y FECHA:
Funza Cundinamarca, mayo de 2025

PRESTADOR DEL SERVICIO:
CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO ROMERO

DIRECCION RESIDENCIA:
CL 87 96 51 INT 21 AP 102



Email:
Clausano16@gmail.com

FACTURA NUMERO	1
NIT/ NUMERO DE CEDULA	52.187.234
TELEFONO:	3114649516
SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CANTIDAD	DESCRIPCION	VIR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente al mes de 15 Abril al 14 de mayo de 2025, según lo establecido en el contrato No. 295 del 2025, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL DE ENFERMERA QUE REALICE LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION NO 229 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD.	6,000,000.00	\$ 6,000,000.00
FIRMA:		IMPUESTO ASUMIDO:	\$ -
		TOTAL A PAGAR:	\$ 6,000,000.00

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI () o NO (X), se tomaron costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.7 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 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 NO X
DECLARANTE SI NO X
BANCO DAVIVIENDA NO. CUENTA 4884-3038-6729
Decreto 1625 de 2016, Artículo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regímen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen simplificado.

	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	

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	295 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO ROMERO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	52187234
FECHA ACTA DE INICIO	22 ABRIL 2025
VALOR DEL CONTRATO	\$ 18.000.000
PLAZO DE EJECUCION	3 MESES
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	22 JUNIO
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	18.000.000
OBJETO CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL DE ENFERMERA QUE REALICE LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION NO 1220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD
PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	15 ABRIL al 14 de Mayo del 2025
FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME	MAYO del 2025
NUMERO DE INFORME	1 de 3
SALDO DE EJECUCION PRESUPUESTAL	\$ 18.000.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	\$ 6.000.000
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	DAVIVIENDA 4884-3038- 6729
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO _____	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD <u> X </u>
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	

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

	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	Codigo	Versión		Fecha aprobación
SUPERVISOR CONTRATO		A-TH-F-009	V5	05/03/2025	

Informe Mensual <input checked="" type="checkbox"/>	Informe Final <input type="checkbox"/>
---	--

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 y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	Se realiza el mapeo y cartografía del barrio Popular territorio urbano Zuame etapa 1 Ubicado En La Cr 6 No. 23 A 70 por única vez al inicio del contrato; Se hace entrega de 5 PDF con 4 folios – 1 folio en WORD	33%
2	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	El grupo 13 identificaron 9 personas sin aseguramiento y se remiten para aseguramiento de secretaria de salud Se hace entrega de : 2 Matriz En Excel Y Matriz Demanda Inducida	33%
3	Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa	Se realiza valoración por medican general a 27 usuarios priorizados por caracterización de riesgo alto, con evidencia de necesidades en salud No se aplica familiograma se aplica ficha de caracterización en salud al ser una evaluación del riesgo individual Se hace entrega de : 1 folio PDF	33%
4	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	Se realiza caracterización del riesgo en salud mediante aplicación de instrumento y tamizaje de riesgo cardiovascular, elaboración del plan de cuidados de enfermería según condición del usuario, se gestiona la prestación del servicio, identificando las necesidades básicas en salud y la canalización respectiva (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina) Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)- 1 PDF 1 folio	33%
5	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	Se realiza estructuración del plan de enfermería individual según necesidad del usuario, cuyo objetivo principal es la búsqueda de la satisfacción de la necesidad en salud derivada de la evaluación y caracterización del estado de salud del usuario; Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	33%
6	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado	Se realiza clasificación de la población intervenida con el respectivo análisis del estado de salud y la dinámica familiar social y cultural del paciente en el territorio de Zuame etapa 1 Se hace entrega de 2 videos piezas comunicativas	33%
7	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	Se realiza canalización y articulación de las necesidades básicas en salud de la población intervenida, con el fin de aportar de manera eficaz a 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	33%

Tu Salud, Nuestro Compromiso

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia

	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	

	prestador primario o complementario y telemedicina).	las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	
8	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	Se realiza demanda inducida en todo el territorio Zuame etapa 1 , con el fin de dar a conocer los servicios disponibles para la atención en salud de la comunidad enfocado en las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública no solo a nivel individual sino también colectivo. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	33%
9	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	Se realiza la canalización de los usuarios y la remisión pertinente según necesidades en salud i satisfechas o con demoras para el acceso a los servicios garantizando el traslado a instituciones de salud a aquellas personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud Se hace entrega de : 2 folios PDF	33%
10	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	Se realiza amplia educación en pautas de prevención y educación frente a los riesgos observados según condición de salud del usuario, así mismo se enfatiza en las diferentes estrategias d e promoción y prevención con programas como jóvenes , niños y adultos; 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 Se Hace Entrega 3 Folios En PDF	33%
11	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Se informa a la comunidad mediante estrategia de comunicación didáctica y participativa mediante video sobre campañas de salud, se informa a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de la diferentes IPS y EAPB del Municipio y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	33%
12	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	se realiza diligenciamiento de base de datos con el fin de realizar seguimiento efectivo frente a la satisfacción de la necesidad de los usuarios canalizados buscando el acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	33%
13	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 realiza digitalización de las bases de datos definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y de los instrumentos diligenciados en la canalización de los usuarios con el fin de obtener un información que permita el análisis situacional y el regimiento respectivo a la necesidad detectada. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	33%
14	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	Articulación en la Comunicación con referentes de programas de la Secretaría de Salud, en alianza con entidades tales como: comisaría de familia, oficina de aseguramiento, Sisbén, Cuerpo de Bomberos, secretaria de Desarrollo Social fortaleciendo el vínculo institucional	33%

	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	

	con el objetivo de la resolución efectiva de las necesidades en salud a nivel individual y colectivo.; Se hace entrega de : 5 folios_ en PDF 1 Folio en Imagen
--	--

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	CERTIFICADO
Nº PLANILLA	CERTIFICADO
APORTE SALUD	CERTIFICADO
APORTE PENSION	CERTIFICADO
APORTE ARL	CERTIFICADO
APORTE CATA COMPENSACION	CERTIFICADO
VALOR TOTAL PAGADO	CERTIFICADO

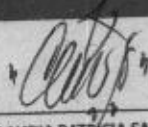
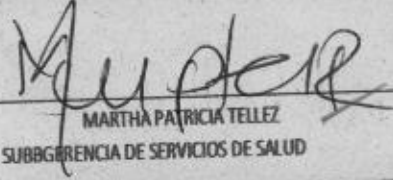

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

SI 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 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	
SUPERVISOR CONTRATO	A-TH-F-009	V5	05/03/2025	

Contrato y/o Representante		Visto Bueno Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades	
 CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO Cedula y/o NIT: 52187234 Cargo: ENFERMERA		 MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	
Supervisor del Contrato			
 MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD			
Visto Bueno Teniente			
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 señor(a) **CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO ROMERO** identificada con CC. No. 52187234 de Bogota. Quien se desempeña en el cargo de Profesional de Comunicaciones en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL DE ENFERMERA QUE REALICE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD PUBLICA 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 abril.

Atentamente

GINNA CASTILLO TORRES
GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
TRABAJO SOCIAL - SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de Mayo de 2025.

Elaboró y proyectó: Ginna Castillo Líder SIAU
Revisó: Jairo Velásquez Chavira - Subgerente Administrativo y Financiero
Aprobó: Julia Isabel Muelle Pizaras - 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/>



Gobernación
Cundinamarca



	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	
CERTIFICACIÓN PQRSDF	M-AU-F-001	V4	05/03/2025	

DE: SIAU
 PARA: SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
 ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el señor(a) **CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO ROMERO** identificada con CC. No. 52187234 de Bogota . Quien se desempeña en el cargo de Profesional de Comunicaciones en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL DE ENFERMERA QUE REALICE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD PUBLICA CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA.,** no registra PQRSDF pendientes en el periodo comprendido de 15 de abril al 14 de mayo 2025.

Atentamente

GINNA CASTILLO TORRES
GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
 TRABAJO SOCIAL - SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de Mayo de 2025.

*Elaboró y proyectó: Ginna Castillo /Lider SIAU.
 Revisó: Martha Tellez - Sub Gerente de Servicios de Salud.
 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.

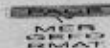
"Tu Salud, Nuestro Compromiso"
 Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
 Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE
 CUNDINAMARCA
 SARANA CENTRO OCCIDENTE



Gobernación
 Cundinamarca





CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO ROMERO identificado(a) con CC 52187234 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE

Fecha de Activación de 19/03/2003
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CENTRO MEDICO CIUADAELA COLSUBSIDIO
Categoría: B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 10 días del mes mayo del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.



DAVIVIENDA

CUENTA DE AHORROS
4884 3038 6729



H.01

INFORME DEL MES: MARZO /2025

Apreciado Cliente
CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO ROMERO

clausano16@gmail.com

Saldo Anterior	\$0.00
Más Créditos	\$0.00
Menos Débitos	\$0.00
Nuevo Saldo	\$0.00
Saldo Promedio	\$0.00

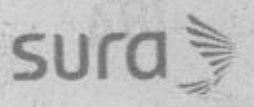
Fecha	Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
-------	-------	------	---------------------	---------



**LA IMPORTANCIA DEL AHORRO
SE VE EN UN FUTURO MÁS FELIZ,
CONSTRÚYALO CON SUS CUENTAS DE AHORRO
Y CORRIENTE DAVIVIENDA.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este producto cuenta con seguro de depósitos
Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González. Dirección: Av. 19 No. 114 -05, Of. 502. Bogotá D.C., Colombia. Teléfono: (+57 601) 2131376 | 2131322 Correo Electrónico: dsfensordelcliente@davivienda.com.
Para mayor información en www.davivienda.com



Medellin, 28 de abril de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO ROMERO con documento de identidad C52187234, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de E S E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES con NIT N900750333.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-04-24	2025-07-20	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL CUNDINAMARCA	000000001	3	2.43%	EN COBERTURA

PROCESO DE AFILIACION

- Medellin 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6817938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

Lineas de atención 018000 511414 ó 018000 941414
segurosura.com.co arisura.com