

2025 06 24 2,375,000.00

GOMEZ CAMACHO NATALIA

DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 21,775				
Fecha : 24/junio/2025	Pagado a : 1032450841-5 GOMEZ CAMACHO NATALIA					
La Suma de : DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE *****		Valor \$	2,375,000.00			
Banco : 51 DAVIVIENDA						
Cuenta : 51 462100141300	Cheque : PE					
POR CONCEPTO DE MINISTERIO - ASISTENCIALES						
No. 24,012.00	Fact 02-2025	Valor Bruto \$2,375,000.00	Valor Neto \$ 2,375,000.00			
Codigo	Descripcion	Valor				
MOVIMIENTO PRESUPUESTAL						
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
956	1316	290	233	245020906	Servicios para la comunidad, sociales y p	2,375,000.00
TOTAL IMPUESTOS				TOTAL DESCUENTOS		
CUENTA	NOMBRE CUENTA				DEBITOS	CREDITOS
111006044	DAV. CTA AHORROS 1300 RESOL.MINISTERIO .2				0.00	2,375,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS				2,375,000.00	0.00

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 22:25

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 21,775	
Fecha : 24/junio/2025	Pagado a : 1032450841-5 GOMEZ CAMACHO NATALIA		
La Suma de : DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE ***** *****		Valor \$	2,375,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cheque : PE		
Cuenta : 51 462100141300			
Recibí: _____	Huella dactilar		
Nombre: _____			
C.C. No. _____ de _____			
Firma: _____			
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO PSICOLOGO QUE REALICE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ACTIVIDADES SEGUN RESOL 1220 DE 2024 MINISTERIO DE SALUD SEGUN CONTRATO 191 DE 2025 DEL 15 MAYO AL 14 JUNIO 2025 URBANO			
ELABORADO	REVISADO	APROBADO	Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA

Pág. 1

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	2,375,000.00
542405009	PSICOLOGO URBANO	2,375,000.00	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	

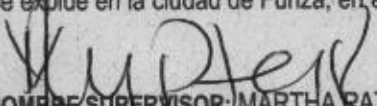
EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 191 - 2025

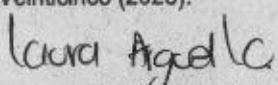
CERTIFICA:

Que Natalia Gómez Camacho identificado (a) con documento de identidad y/o Nit 1032450841 expedida en Bogotá cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO PSICOLOGO 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** del Contrato de prestación de Servicios No. 191 de fecha 15/04/2025, la presente cuenta correspondiente al periodo del 15 de mayo al 14 de junio, y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato inicial	7.125.000/
No. CDP	233
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios para la comunidad sociales y personales	
Plazo de Ejecución	hasta el 14 de julio
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	7.125.000
Valor Ejecutado	2.375.000
Valor Factura Actual	2.375.000
Total Ejecutado	4.750.000
Saldo por Ejecutar	2.375.000
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)%	67%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de junio del año dos mil Veinticinco (2025).


NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA TELLEZ
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD


NOMBRE LIDER: LAURA ARGUELLO
CARGO: LIDER DE SALUD PÚBLICA

Urban

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"					
TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO CÓDIGO A-THF-010		NOMBRE DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA VERSION 6		IMPORTE A PAGAR HUMANO PAGINA 1 DE 1			
		FECHA ELABORACION 5/03/2025					
CIUDAD Y FECHA: PRESTADOR DEL SERVICIO: DIRECCION RESIDENCIA: Email:		Factura Cundinamarca, junio de 2025 Natalia Gómez Camacho Transversal 34a bis 40a 10 sur natalia@psk-12@gmail.com		FACTURA NUMERO NTI/NUMERO DE CEDULA TELEFONO: SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS		2 1.032.450.841 3106002792 EQUIPOS BASICOS DE SALUD	
CANTIDAD		DESCRIPCION		VALOR UNITARIO		VALOR TOTAL	
1		Alonso correspondiente al periodo del 15 de mayo al 14 de junio de 2025, según lo establecido en el contrato No. 191 del 2025, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO PSICOLOGO 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.		2.375.000,00		\$ 2.375.000,00	
FIRMA:		Natalia Gómez Camacho		IMPUESTO ASUMIDO:		\$ 2.375.000,00	
				TOTAL A PAGAR:		\$ 2.375.000,00	

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI () o NO (X), he tomado en cuenta los descuentos 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 utilizo al 100% 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 alternativo, en donde si adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicionales del artículo 382 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

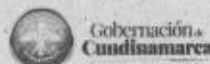
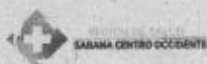
FAVOR PAGAR A LA CUENTA: BANCO CAJA SOCIAL Cuenta 1625 de 2016, Anexo 1.6.1.4.0, Documento equivalente a la Factura, personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen simplificado.		DECLARANTE SI ☐ NO ☒	
CORRIENTE ☒ AHORROS ☐			

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

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	191 de 2.025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NATALIA GOMEZ CAMACHO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	1032450841
FECHA ACTA DE INICIO	15/04/2025
VALOR DEL CONTRATO	\$ 7'125.000
PLAZO DE EJECUCION	3 MESES
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA 14 DE JULIO DE 2025
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	\$ 7'125.000
OBJETO CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO PSICOLOGO 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.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	Del periodo 15 mayo al 14 de junio del 2025
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	Junio del 2.025
NUMERO DE INFORME	__02__ de __03__
SALDO DE EJECUCIÓN	\$ 4'750.000

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



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

PRESUPUESTAL	
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	\$2'375.000
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO CAJA SOCIAL N° DE CUENTA 24082213448
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

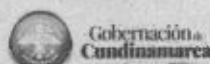
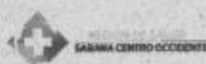
2. TIPO DE INFORME: Marque con una x el tipo de informe.

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

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

No	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio.	Para el periodo informado se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N°1. Evidenciando mapeo y cartografía social con el equipo de trabajo número 5 en el microterritorio de Altos del Gualí III donde se pudo observar problemáticas de inseguridad en horas de la noche, manejo inadecuado de basuras y presunto consumo de SPA por parte de algunos residentes de la zona, sin embargo, en cuanto a las viviendas y su infraestructura se evidencia que cuenta con los servicios públicos básicos y las fachadas están en buen estado. Se evidencia que Altos de Gualí, presenta diferentes etapas, por lo cual es un	67%

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

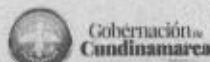


	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

		conjunto con un área extensa. En Altos de Guali III hay 12 torres, con un total de 5 pisos con 20 apartamentos por torre, lo cual corresponde a un total de 240 apartamentos. Anexa en CD 1 pdf de cartografía y mapeo de 1 folio, 1 pdf de cartografía social de 11 folios y 1 pdf evidencia fotográfica de 1 folio.	
2	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	Para el periodo informado se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°2. No se registran personas sin afiliación al sistema de salud, por lo tanto, se anexa acta de actividad no ejecutada, es importante verificar si para el próximo mes de ejecución de contrato se identifican usuarios sin aseguramiento y así poder iniciar la ruta correspondiente con la gestora, con el objetivo de que el usuario reciba una atención integral en salud. Anexa en CD 1 pdf de 1 folio.	67%
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	Para el periodo informado se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°3. Evidenciando que se aplican diversos instrumentos a las familias de acuerdo con la intervención realizada, por lo tanto, se aplican tamizajes como el SRQ, RQC y APGAR familiar dependiendo cada caso y así mismo en todos los casos se realiza familiograma, ecomapa y plan de cuidado integral con el objetivo de realizar un abordaje integral a cada persona y así evidenciar dificultades frente a la salud mental para tomar las medidas necesarias. Es importante mencionar que para el caso de los menores de edad se ejecuta un consentimiento informado, el cual debe firmar el representante legal del menor para iniciar la atención pertinente. Anexa en CD 41 pdf.	67%
4	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 del soporte de desarrollo de la obligación N°4. Evidenciando que se realizan canalizaciones extramurales de acuerdo con las necesidades identificadas en cada usuario, por lo tanto, este mes se identificaron y canalizaron 5 casos que requieren atención por psicología debido a que presentan dificultades en la	67%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

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



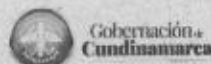
	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

		comunicación, autoestima, conflictos de pareja, ansiedad, entre otros. Al igual, se ejecuta durante el periodo actual de ejecución del contrato el informe semanal con los 41 casos atendidos, en los cuales se identificaron factores de riesgo en salud mental y así mismo, se brindó psicoeducación frente a temáticas como hábitos de vida saludables, regulación emocional, pautas de crianza, entre otros. Anexa en CD 1 tabla de Excel y 1 tabla de informe semanal.	
5	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.	Para el periodo informado se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°5. Evidenciando que se diligencia el drive de informe semanal correspondiente con relación a las atenciones realizadas, las cuales fueron en total 41 casos donde se evidenciaron problemáticas referentes a salud mental y así mismo, se brindó psicoeducación frente a pautas de crianza, hábitos de vida saludables, comunicación asertiva, resolución de conflictos, entre otros; los cuales fueron atendidos de manera integral. Anexa en CD 1 tabla de Excel demanda inducida, 1 tabla de Excel informe semanal.	67%
6	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 se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°6. Evidenciando que para este periodo de ejecución de contrato no se requirió traslado a instituciones, por lo tanto, es importante verificar si para el siguiente mes de ejecución del contrato se presenta algún caso de atención inmediata respecto a casos de salud mental y así poder realizar el traslado pertinente. Anexa en CD 1 pdf de 1 folio.	67%
7	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.	Para el periodo informado se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°7. Evidenciando que se brinda información a los 41 usuarios respecto a la promoción y prevención de enfermedades relacionadas con la salud mental, teniendo en cuenta la importancia de mantener hábitos de vida saludables, mantener una comunicación asertiva con los pares, fortalecer la autoestima, hacer un proceso	67%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

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

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



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

		de regulación emocional, identificar signos de alarma respecto a las dificultades presentadas respecto a la salud mental y acudir constantemente a psicología para identificar factores de riesgo que de una u otra forma afectan la integralidad del ser humano. Por ello, se brinda dicha educación a cada persona, mencionando la importancia de contar con los equipos básicos del hospital para verificar las dificultades que presente cada uno. Anexa en CD 41 pdf.	
8	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 del soporte de desarrollo de la obligación N°8. Evidenciando que se les brinda información a las familias abordadas sobre el portafolio de servicios de salud que ofrece el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, el cual se enfoca en brindar tamizajes en salud sexual, física y mental con el objetivo de orientar a los usuarios respecto a la importancia de mantener su salud en óptimas condiciones, lo cual es de gran relevancia para los procesos de salud pública. Anexa en CD 41 pdf.	67%
9	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 del soporte de desarrollo de la obligación N°9. Evidenciando que se realizó canalización a 5 usuarios que requieren de atención por psicología debido a que presentan factores de riesgo respecto a su salud mental, los cuales no han sido tratados adecuadamente y requieren una atención integral. Al igual, se ejecuta el informe semanal con los 41 usuarios atendidos por psicología del equipo 5 donde se identificaron factores protectores y de riesgo respecto a salud mental con el objetivo de brindar una atención integral para beneficio de cada uno de ellos. Anexa en CD 1 tabla de Excel de demanda inducida con cinco usuarios y 1 tabla de informe semanal.	67%



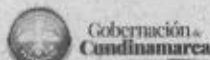
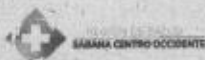
	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025	

10	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Para el periodo informado se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°10. Evidenciando que para este periodo se canalizaron 5 usuarios por medio de la tabla de demanda inducida, los cuales deben ser atendidos de manera integral con el objetivo de brindar una atención eficaz a cada uno de ellos, donde se brinden factores protectores que puedan ser de ayuda en sus respectivos procesos y así poder evidenciar un avance frente al tema de la salud mental. Anexa en CD 1 tabla de Excel.	67%
11	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 del soporte de desarrollo de la obligación N°11. Evidenciando que se digitalizan los instrumentos diligenciados por las familias abordadas, por lo tanto, cada uno de los planes que en total son 41, se digitalizan con sus respectivos tamizajes, familiogramas, ecomapas, planes de cuidado integral, informes psicológicos y listado de asistencia, dependiendo el caso intervenido, los cuales se adjuntan en cada paquete con el objetivo de tener los casos completos de manera digital. Se pudieron identificar algunos usuarios con problemáticas en salud mental, los cuales son canalizados para su respectiva intervención. Anexa en CD 41 pdf.	67%
12	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo.	Para el periodo informado se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°12. Evidenciando que se realiza participación en Altos del Guali III donde se inician actividades el día 20 de mayo de 2025 con el equipo 5 completo, junto con la gestora social, donde se trazan las actividades a realizar durante el abordaje del conjunto; evidenciando participación plena por parte de todo el equipo, donde a partir de la comunicación con la administradora, se da apertura de los diferentes apartamentos desde la torre 7 a la torre 12 contando con 4 apartamentos por piso, teniendo en cuenta que en cada torre hay 5 pisos, por lo cual cada torre consta de 20 apartamentos. Anexa en CD-1 pdf de 5 folios.	67%

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

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

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



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

13	Valorar el riesgo en salud individual y familiar a la población canalizada por las auxiliares de enfermería de los Equipos Básicos en Salud, de acuerdo a los microterritorios priorizados	Para el periodo informado se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°13. Evidenciando que se ejecuta la valoración a las familias remitidas por parte de las auxiliares de enfermería, se aplican diversos instrumentos a las familias de acuerdo con la intervención realizada, por lo tanto, se aplican tamizajes como el SRQ, RQC y APGAR familiar dependiendo cada caso y así mismo en todos los casos se realiza familiograma, ecomapa y plan de cuidado integral con el objetivo de realizar un abordaje integral a cada persona y así evidenciar dificultades frente a la salud mental para tomar las medidas necesarias. Anexa en CD 41 pdf.	67%
14	Realizar y enviar semanalmente la base de datos de demanda inducida en salud con la semaforización del riesgo identificado, a la auxiliar de gestión del riesgo asignada.	Para el periodo informado se hace entrega del soporte de desarrollo de la obligación N°14. Evidenciando que se realiza el cronograma correspondiente al presente mes de vigencia, donde se plasman las actividades a realizar por la psicóloga durante el periodo del 15 de mayo al 14 de junio, encontrando que se llevan a cabo los seguimientos correspondientes, la realización de planes de cuidado integral, la ejecución de la cuenta de cobro y la participación en otras actividades institucionales programadas. Anexa en CD 1 tabla de Excel de cronograma	67%

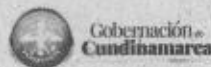
4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

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	ABRIL
N	9485339617
APORTE SALUD	\$178.000
APORTE PENSION	\$227.800
APORTE ARL	\$34.700
APORTE CAJA COMPENSACION	0
VALOR TOTAL PAGADO	\$440.500

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

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



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

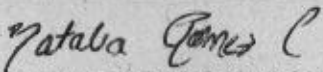
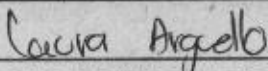
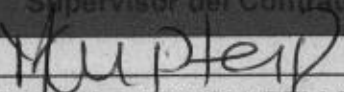
MES DE PAGO	MAYO
N	9487415742
APORTE SALUD	\$178.000
APORTE PENSION	\$227.800
APORTE ARL	\$34.700
APORTE CAJA COMPENSACION	0
VALOR TOTAL PAGADO	\$441.000

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

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 ☐

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Lider de proceso o área en el cual realiza sus actividades
 NATALIA GOMEZ CAMACHO C.C 1.032.450.841 Cargo: Psicóloga	 LAURA ANDREA ARGUELLO LIDER EN SALUD PUBLICA
Supervisor del Contrato	
 MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	
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 DE SERVICIOS DE SALUD

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el señor(a) **Natalia Gómez Camacho**, identificada con CC. No. **1032450841** de Bogotá. Quien se desempeña en el cargo de Psicóloga en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO PSICÓLOGO 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 CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA., no registra PQRS pendientes en el periodo del 15 de mayo al 14 de junio de 2025.

Atentamente

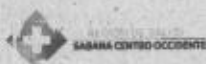
GINNA CASTILLO TORRES
GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
 TRABAJO SOCIAL - SIAU

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

Aprobó: *GINNA CASTILLO* Líder SIAU
 Revisó: *MARtha PATRICIA TÉLÉZ* - Subgerencia 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/>



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	Fecha aprobación	
	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) **Natalia Gómez Camacho**, identificada con CC. No. **1032450841** de Bogotá. Quien se desempeña en el cargo de Psicóloga en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO PSICÓLOGO 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 CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA., no registra PQRS pendientes en el periodo del 15 de mayo al 14 de junio de 2025.

Atentamente

GINNA CASTILLO TORRES
GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
 TRABAJO SOCIAL - SIAU

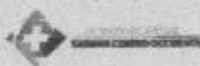
En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de junio de 2025.

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo /Lider SIAU.
 Revisó: Martha Patricia Téllez - Subgerencia 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/>



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA + ICBF	
CC 1032453841		GOMEZ CAMACHO NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 34 A BIS 40 A 10 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3179003	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Fecha	Pago	Limite	Valor			
Pensión 2025-04	147040204	6485339617	2025/05/12	2025/05/09	2025/05/09	\$440,500			

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte			
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC 1032453841	GOMEZ NATALIA	207021	30	\$1,423,500	\$227,800	E75008	30	\$1,423,500	\$178,000				\$178,000				\$178,000								\$0			
Total Afiliados(1)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000				\$178,000				\$178,000							\$0			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante
CC 1032458841		GOMEZ CAMACHO NATALIA	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Planilla	Tipo
Pensión	Pago	Planilla	Planilla
2025-04	1470463204	9483339617	1
Sucursal Principal		Fecha	
PRINCIPAL		2025/02/12	
Direccion		Banco	
Trans 34 A BIS 40 A 10 SUR		BANCO CALA SOCIAL	
Ciudad-Departamento		Pago	
BOGOTA-BOGOTA D.E.		Dias Mora	
Teléfono		Valor	
3175205		0	
Exonerado SEVA e ICBF		Valor	
No		\$440,500	

RESUMEN DE PAGO					VALOR A PAGAR	
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						
PROTECCION	232001	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0
TOTAL				1	\$440,500	\$0

Resumen General de Pago



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				Razon Social		Clave Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación		dv		GOMEZ CAMACHO NATALIA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		FARM 34 A BIS 40 A 10 SUR		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		317-5005		No	
CC 1032-05841																	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor					
Pensión		Salud		Planilla		Planilla		Límite		2025/06/11		2025/06/12		BANCO CAJA SOCIAL		1	
2025-05		15-08017578		9-037415742													
RESUMEN DE PAGO																	
RIESGO		CODIGO		NIT		DV		AFILIADOS		VALOR LIQUIDADO		INTERESES MORA		SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)		230201		800,229,739		0		1		\$227,800		\$200		\$0		\$228,000	
PROTECCION																	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)		14-11		890,903,790		5		1		\$34,700		\$100		\$0		\$34,800	
ARL SURA																	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)		EPS008		860,066,942		7		1		\$178,000		\$200		\$0		\$178,200	
COMPENSAR																	
TOTAL								1		\$440,500		\$500		\$0		\$441,000	