

2025 06 24 2,500,000.00

CEPEDA DUARTE YEISY PAOLA

DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 21,789	
Fecha : 24/junio/2025	Pagado a : 52664766-1 CEPEDA DUARTE YEISY PAOLA		
La Suma de : DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE *****		Valor \$	2,500,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cheque : PE		
Cuenta : 51 462100141300			
POR CONCEPTO DE MINISTERIO - ASISTENCIALES			
No. 24,038.00	Fact 02-2025	Valor Bruto \$2,500,000.00	Valor Neto \$ 2,500,000.00
Codigo	Descripcion	Valor	
MOVIMIENTO PRESUPUESTAL			
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP
970	1342	334	211
COD. ARTICULO		ARTICULO	VALOR
245020906		Servicios para la comunidad, sociales y p	2,500,000.00

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

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006044	DAV. CTA AHORROS 1300 RESOL.MINISTERIO .2	0.00	2,500,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	2,500,000.00	0.00

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 22:36

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 21,789	
Fecha : 24/junio/2025	Pagado a : 52664766-1	CEPEDA DUARTE YEISY PAOLA	
La Suma de : DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ***** *****		Valor \$	2,500,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA			
Cuenta : 51 462100141300	Cheque : PE		
Recibi: _____	Huella dactilar		
Nombre: _____			
C.C. No. _____ de _____			
Firma: _____			
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE REALICE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ACTIVIDADES SEGUN RESOL 1220 DE 2024 MINISTERIO DE SALUD SEGUN CONTRATO 224 DE 2025 DEL 15 MAYO AL 14 JUNIO 2025 URBANO			
<u>ELABORADO</u>	<u>REVISADO</u>	<u>APROBADO</u>	Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 19/06/2025 Hora: 15:09

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

Pág. 1

CUENTA POR PAGAR				
CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
MINISTERIO - ASISTENCIALES	24,038	19/jun./2025	19/jun./2025	02-2025
Obligación: 1,342		Registro: 334		
TERCERO				
NIT: 52664766	1	NOMBRE: CEPEDA DUARTE YEISY PAOLA		
TEL: 3114923133		DIRECCION: CARRERA 12 A NO 9C 03	473	
OBSERVACIONES	VALORES			
PRESTACION DE SERVICIO COMO AUX. ENFERMERIA * PARA REALIZAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO EN LA ATENCION PRIMARIA* SEGUN RESOLUCION 12120 2024* DEL 15 DE MAYO AL 14 JUNIO DEL 2025* SEGUN CONTRATO 224 2025.URBANO.	BRUTO :		2,500,000.00	
	DESCUENTOS :		0.00	
IMPUESTOS :				
VALOR NETO EN LETRAS		NETO :		2,500,000.00
DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE		CANCELADO :		0.00
		N. CREDITO :		0.00
		N. DEBITO :		0.00
		SALDO ACTUAL :		2,500,000.00

IMPUTACION CONTABLE			
CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	2,500,000.00
542405003	AUXILIAR DE ENFERMERIA URBANO	2,500,000.00	0.00

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Area o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	SUPERVISOR CONTRATO	A-TH-F-009	V5	05/03/2025	

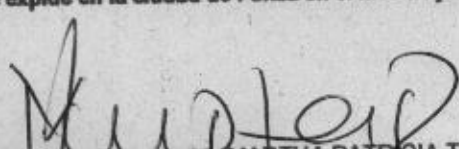
EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIO No. 224 - 2025

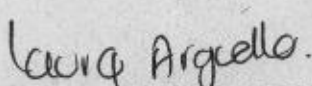
CERTIFICA:

Que YEISY PAOLA CEPEDA DUARTE identificado (a) con documento de identidad y/o Nit 52664766 expedida en Funza cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REALICE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION No 1220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD DESTINÓ A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA** del Contrato de prestación de Servicios No. 224 de fecha 15/04/2025, la presente cuenta correspondiente al 15 de Mayo al 14 de Junio de 2025 y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato Inicial	7.500.000
No. CDP	211'
No. RP	
Rubro Presupuestal: 245020906 servicios para la comunidad sociales y perso	
Plazo de Ejecución	TRES (3) MESES
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	7.500.000
Valor Ejecutado	2.500.000
Valor Factura Actual	2.500.000
Total Ejecutado	5.000.000
Saldo por Ejecutar	2.500.000
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 (2.025).


 NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA TELLEZ
 CARGO SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD


 NOMBRE LIDER: LAURA ANDREA ARGUELLO
 CARGO: LIDER DE SALUD PUBLICA

Urbano

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"					
TIPO DE DOCUMENTO:		NOMBRE		AREA O PROCESO QUE LO	
FORMATO		DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA		GESTION DEL TALENTO	
CODIGO		VERSION		PAGINA	
A-TH-F-010		6		1 DE 1	
		3/5/2025			
CIUDAD Y FECHA:		FACTURA NUMERO		2	
Funza Cundinamarca, Junio de 2025					
PRESTADOR DEL SERVICIO:		NIT/ NUMERO DE CEDULA		52.664.766	
YEISY PAOLA CEPEDA DUARTE					
DIRECCION RESIDENCIA:		TELEFONO:		3114923233	
CARRERA 12 A N 9 C 03 MOSQUERA					
Email:		SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS		EQUIPOS BASICOS	
cedepa@as24@gmail.com					
CANTIDAD		DESCRIPCION		VALOR TOTAL	
1		Abono correspondiente al mes de 15 de Mayo al 14 de Junio de 2025, según lo establecido en el contrato No.224 del 2025, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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			
FIRMA:				VALOR TOTAL: ---	
				IMPUESTO ASUMIDO:	
				TOTAL A PAGAR:	
				\$ 2.500.000,00	
				\$ 2.500.000,00	
				\$ 2.500.000,00	

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

FAVOR PAGAR A LA CUENTA:	CORRIENTE	AHORROS	DECLARANTE SI	NO	X
BANCO BOGOTA	NO. CUENTA 094528525				

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

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

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA:

NÚMERO DE CONTRATO	224 de 2.025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YEISY PAOLA CEPEDA DUARTE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	52664766
FECHA ACTA DE INICIO	15/04/2025
VALOR DEL CONTRATO	\$ 7500000
PLAZO DE EJECUCIÓN	TRES (3) MESES
PRÓRROGA (ADICIÓN)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 14 DE JULIO DEL 2025
FECHA TERMINACIÓN ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	\$ 7500000
OBJETO CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REALICE LA PRESTACIÓN 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
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	MAYO 15 al 14 de JUNIO de 2.025
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	JUNIO del 2.025
NÚMERO DE INFORME	_ 2 _ de _ 3 _
SALDO DE EJECUCIÓN	\$ 5.000.000

"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/>



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE COLOMBIA



Gobernación
Cundinamarca

PAGE
1
MERC
11/03/2025

	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	\$ 2.500.000
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO BOGOTÁ N° DE CUENTA 094628625
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO ☐ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD ☒	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

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

Informe Mensual ☒	Informe Final ☐
--	---

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

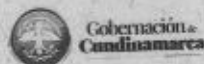
No	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	Se realiza reunión con Administradores del Conjunto Villa de los Alpes, Conjunto Alcaraván y Altos del Guali Etapa 4, realizando reconocimiento de la zona, se realiza mapa del sector localizando los riesgos encontrados en la caracterización.	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	

2	Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas	Se hace acta con Administradores del Conjunto Villa de los Alpes, Conjunto Alcaraván y Altos del Guali Etapa 4, con presentación de grupo 8, registro fotográfico enviado al WhatsApp del grupo de seguridad del microterritorio.	67%
3	Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio	Caracterización, en el microterritorio urbano 1 comprendido por conjunto Villa de los Alpes, Conjunto Alcaraván y Altos del Guali Etapa 4, priorizando gestantes, adultos mayores y población diferencial, Pantallazo de la ficha familiar diligenciada en el hogar y cargada en la plataforma Survey 123 for ArcGis.	67%
4	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	Se da educación y se brinda ayuda a usuarios que requieren de traslado, portabilidad y EPS, provenientes de cualquier parte del territorio nacional con el fin de garantizar la continuidad del servicio de salud en el nuevo domicilio.	67%
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	Se actualiza Drive de demanda inducida Durante el periodo realizado no se detectó eventos en salud pública	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	

6	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 realizó la canalización de 50 personas a los diferentes servicios de los profesionales como Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social del equipo básico. Demanda inducida a 110 personas según resolución 3280 de 2018 (RIAS, vacunación, salud oral, crecimiento y desarrollo, atención al joven, antígeno prostático, mamografía, citología, planificación familiar, atención preconcepcional, tamizaje visual.) de acuerdo a los hallazgos en el hogar. Se realizó la orientación a la oferta de servicios sociales y de bienestar ofrecidos por la alcaldía y el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes. Esta población se registra en el formato de Demanda Inducida encontrado en el Drive.	67%
7	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Educación a personas según resolución 3280 de 2018 (RIAS, vacunación, salud oral, crecimiento y desarrollo, atención al joven, antígeno prostático, mamografía, citología, planificación familiar, atención preconcepcional, tamizaje visual.) de acuerdo a los hallazgos en el hogar. Se realizó la orientación a la oferta de servicios sociales y de bienestar ofrecidos por la alcaldía y el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes. Esta población se registra en el formato de Demanda Inducida encontrado en drive.	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	

8	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Demanda inducida a 126 personas según resolución 3280 de 2018 (RIAS, vacunación, salud oral, crecimiento y desarrollo, atención al joven, antígeno prostático, mamografía, citología, planificación familiar, atención preconcepcional, tamizaje visual.) de acuerdo a los hallazgos en el hogar. Esta población se registra en el formato de Demanda Inducida encontrado en el Drive.	67%
9	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	En el periodo comprendido del 15 de Mayo al 14 junio, se realizaron 50 visitas domiciliarias de caracterización, en el microterritorio urbano 8, comprendido por el siguiente barrio asignados: conjunto Villa de los Alpes, Conjunto Alcaraván y Altos del Guali Etapa 4, priorizando gestantes, adultos mayores, y población diferencial, Pantallazo de la ficha familiar diligenciada en el hogar y cargada en la plataforma Survey 123 for ArcGis. Base registro ficha familiar y reporte a jefe líder del equipo de la canalización realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad territorial nacional departamental y municipal.	67%
10	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	Se realiza en el transcurso de la caracterización en cada microterritorio con el apoyo del administrador del conjunto villa de los alpes, administrador de Conjunto Alcaraván y el administrador del conjunto Guali.	67%
11	Realizar la Identificación de riesgos en salud Individual y familiar, de 800 familias; de acuerdo a los microterritorios urbanos y veredales	En el periodo comprendido del 15 de Mayo al 14 junio, se realizaron 50 visitas domiciliarias de caracterización, en el microterritorio	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/>



REGION DE TALENTO HUMANO
 GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA



Gobernación
 Cundinamarca

PAGE
 13
 NIKKO
 EPOR
 MAT

	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	

	priorizados, por medio del Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento.	urbano 8, comprendido por el siguiente barrio asignados: conjunto Villa de los Alpes, Conjunto Alcaraván y Altos del Guali Etapa 4, priorizando gestantes, adultos mayores, y población diferencial, Pantallazo de la ficha familiar diligenciada en el hogar y cargada en la plataforma Survey 123 for ArcGis. Base registro ficha familiar y reporte a jefe líder del equipo de la canalización realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad territorial nacional departamental y municipal.	
12	Canalizar semanalmente el 100% de las personas y familias caracterizadas con riesgo alto y medio, a los médicos, psicólogos, enfermeras y profesionales complementarios de los Equipos Básico de Salud, de acuerdo al territorio asignado y lineamientos municipales.	Se realizó la canalización de 50 personas a los diferentes servicios de los profesionales como Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social del equipo básico. Demanda inducida a 40 personas según resolución 3280 de 2018 (RIAS, vacunación, salud oral, crecimiento y desarrollo, atención al joven, antígeno prostático, mamografía, citología, planificación familiar, atención preconcepcional, tamizaje visual.) de acuerdo a los hallazgos en el hogar. Se realizó la orientación a la oferta de servicios sociales y de bienestar ofrecidos por la alcaldía y el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes. Esta población se registra en el formato de Demanda Inducida encontrado en el Drive.	67%
13	Realizar seguimiento y acompañamiento presencial, a los individuos y familias identificados con riesgo alto en salud o condiciones de vulnerabilidad en la visita domiciliaria, verificando la disminución del riesgo previamente identificado y la efectividad del acceso a los servicios en salud, según cada caso.	Se realiza seguimiento y demanda inducida al riesgo alto con acompañamiento de la enfermera jefe del microterritorio y se realiza canalización a la oferta de servicios sociales y de bienestar ofrecidos por la alcaldía y el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, verificando la demanda efectiva.	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	

14	Realizar la aplicación de la ficha de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia (AIEPI) comunitario a niños y niñas de primera infancia e infancia; informando de manera inmediata a la secretaria de salud los casos de maltrato infantil, desnutrición, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y niños trabajadores.	Durante el periodo del 15 de Mayo al 14 de Junio de 2025 se realizó la caracterización de 21 menores de 11 años 29 meses y 29 días, a quienes se les aplicó la ficha AIEPI, en enfermedades prevalentes de la infancia para detectar de que no hubiera signos de maltrato infantil, se da educación en prevención de estas enfermedades, lavado de manos, uso de tapabocas, se revisa carnet de vacunación que tengan esquema adecuado y completo y que se encuentren en buen estado de salud. Los niños con riesgo se han canalizado a los servicios profesionales del equipo básico microterritorio 1 según corresponda. Diligenciada en el hogar y cargada en la plataforma Survey 123 for ArcGIS dispuestas por la entidad territorial, nacional, departamental y municipal.	67%
----	---	---	-----

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

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

MES DE PAGO	ABRIL
Nº PLANILLA	9487311429
APORTE SALUD	\$ 180.900
APORTE PENSIÓN	\$ 231.600
APORTE ARL	\$ 35.300
APORTE CAJA COMPENSACION	0
VALOR TOTAL PAGADO	\$ 447. 800

"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
No PLANILLA	9486709620
APORTE SALUD	\$ 178.000
APORTE PENSIÓN	\$ 227.800
APORTE ARL	\$ 34.700
APORTE CAJA COMPENSACION	0
VALOR TOTAL PAGADO	\$ 440.500

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

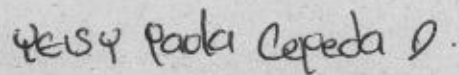
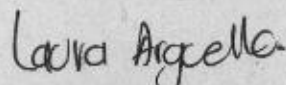
"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

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	

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
 YEISY PAOLA CEPEDA DUARTE C.C 52.664766 Auxiliar de Enfermería	 LAURA ANDREA ARGUELLO LIDER SALUD PÚBLICA
Supervisor del Contrato	
 MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD Visto Bueno Tesorería	
Firma	

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Área o Proceso que lo Genera		
	FORMATO		GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	Nombre	Código	Versión	Fecha aprobación	
	CERTIFICACIÓN PQRSDF	M-AU-F-0011	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) **YEISY PAOLA CEPEDA DUARTE**, identificada con CC. No. 52664766 de Funza. Quien se desempeña en el cargo de Auxiliar de Enfermería en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 DESTINÓ A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA.** no registra PQRSDF 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 Líder SIAU.
 Revisó: Martha Patricia Teller - Subgerencia de servicios de salud
 Aprobó: Julia Isabel Muelle Pizarro-Gerente.*

Quiénes 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
 CUNDINAMARCA



GOBIERNO DEPARTAMENTAL
 CUNDINAMARCA



CamScanner

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 32664766		CEPIDA CUARTE YESY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CBA 12 A RVC 03	MOTQUELA-CUNDAHMARCA	7777777
DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 32664766		CEPIDA CUARTE YESY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CBA 12 A RVC 03	MOTQUELA-CUNDAHMARCA	7777777
DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 32664766		CEPIDA CUARTE YESY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CBA 12 A RVC 03	MOTQUELA-CUNDAHMARCA	7777777

[Handwritten signature]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Clase	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
1	CC 32664766	CEPIDA YESY	211001	90																			
Total Afiliados (1)																							

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 32664766		CEPEDA DUARTE YEISY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 12 A #RC 83	MOQUEHA-CUNDINAMARCA	7777171	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
Pensión 2025-04	948/311-429	948/311-429	Planilla	2025/05/16	2025/06/10	BANCO DE OCCIDENTE	25	\$447,800	
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$3,800	\$0	\$231,600	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$3,800	\$0	\$231,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$600	\$0	\$35,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$600	\$0	\$35,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$2,900	\$0	\$180,900	
FAMISAHAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$2,900	\$0	\$180,900	
TOTAL				1	\$440,500	\$7,300	\$0	\$447,800	

Resumen General de Pago

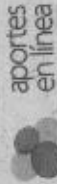
DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENIA e ICBF	
Identificación	dv	Relación Social	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 12 A PKC 03	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	7777777	Nº					
C.C. 52364756		CEPEDA DUARTE YESSY PAOLA											

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Pago	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	33726174	5406/09620	2025/06/17	2025/06/17	Planilla	2025/06/17	2025/06/17	BAHIA DE OCCIDENTE	0	\$440,500

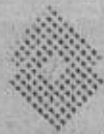
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

LIQUIDACION DE PENSIONES										SALUD										RIESGOS									
EMPLEADO					PENSION					SALUD					RIESGOS														
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte							
Siguiendo PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000							
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000							
C.C. 251001					\$1,423,500	\$227,800	EP9017	30	\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000							
C.C. 251001					\$1,423,500	\$227,800	EP9017	30	\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000							
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000			\$0	\$178,000							

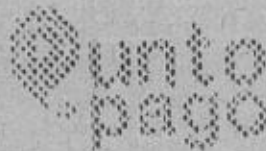


Resumen General de Pago

aportes en línea		Resumen General de Pago									
DATOS GENERALES DEL APORTANTE										Exonerado SENA • KBF	
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Dirección		Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 21664786		CEPEDA DUARTE YESTY PAOLA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CRA 12 A 494 - 403		MOQUELA-CORDOBA	7777777
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo Planilla	Fecha	Pago	Pago		Valor		
2022-05	2022-05	33726174	9486194620	1	2025/06/17	2025/06/10	BANCO DE OCCIDENTE		Días Mora		0
RESUMEN DE PAGO											
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$227,800		\$227,800		
COLFONDOS	231-001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$0	\$227,800		\$227,800		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$34,700		\$34,700		
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$34,700		\$34,700		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$178,000		\$178,000		
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$0	\$178,000		\$178,000		
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$440,500		\$440,500		



Banco de Occidente



RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 10/06/2025 Hora: 09:19:39

Id Comercio: 13689

No. Terminal: 2335

Id Trx: 77234511

Id Aut: 725892

Comercio: PDP MOSQUERA SANTA ANA

Dirección: CR 12B 10 22

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA

Código convenio: 1506

Referencia de pago: 9487311429

Valor: \$447.800.0

ORIGINAL

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este ticket implica su aceptación, verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.



Banco de Occidente



Punto
Pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 10/06/2025

Hora: 09:20:39

Id Comercio: 13689

No. Terminal: 2335

Id Trx: 77234773

Id Aut: 726174

Comercio: PDP MOSQUERA SANTA ANA

Dirección: CR 12B 10 22

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA

Código convenio: 1506

Referencia de pago: 9486709620

Valor: \$440.500.0

ORIGINAL

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este ticket implica su aceptación. Verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.