

CTO 427-2025
Julio

2025 09 05 2,345,883.00

GARCIA CAMELO EVELIN JULIANA

DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MCTE *****

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,472	
Fecha : 05/septiembre/2025	Pagado a : 1073719189-7 GARCIA CAMELO EVELIN JULIANA		
La Suma de : DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MCTE *****		Valor \$	2,345,883.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cheque : PE		
Cuenta : 14 462100071523			
POR CONCEPTO DE PIC MUNICIPAL No. 25,048.00 Fact 01-2025		Valor Bruto \$2,345,883.00	Valor Neto \$ 2,345,883.00
Codigo	Descripcion	Valor	
MOVIMIENTO PRESUPUESTAL			
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP
1806	2339	685	720
COD. ARTICULO		ARTÍCULO	VALOR
245020903		Servicios para la comunidad, sociales y p	2,345,883.00
TOTAL IMPUESTOS		TOTAL DESCUENTOS	
CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006016	DAVIVIENDA CTA AHORROS 462100071523	0.00	2,345,883.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	2,345,883.00	0.00

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 18:37

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,472	
Fecha : 05/septiembre/2025		Pagado a : 1073719189-7 GARCIA CAMELO EVELIN JULIANA	
La Suma de : DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MCTE *****		Valor \$ 2,345,883.00	
Banco : 51 DAVIVIENDA Cuenta : 14 462100071523		Cheque : PE	
Recibí: _____ Nombre: _____ C.C. No. _____ de _____ Firma: _____		Huella dactilar	
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA SEGUN CONV INTERA ADM NO. CD00152025 DURANTE EL 07 DE JULIO AL 06 AGOSTO DEL 2025 SEGUN CONTRATO 427 DE 2025			
ELABORADO	REVISADO	APROBADO	Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA Hora: 18:37

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

Fecha: 04/09/2025 Hora: 14:58



Pág. 1

Usuario Imprime: AVARIAS
 Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR				
CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
PIC MUNICIPAL	25,048	29/ago./2025	29/ago./2025	01-2025
Obligación: 2,339	Registro: 685			
TERCERO				
NIT: 1073719189	7	NOMBRE: GARCIA CAMELO EVELIN JULIANA		
TEL: 3195051720		DIRECCION: CL 39 C SUR 17 39	754	
OBSERVACIONES	VALORES			
PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIENFERMERIA* PARA EJECUTAR CONTRA INTER. PIC* DEL 07 JULIO AL 06 AGOSTO DEL 2025* SEGUN CONTRATO 427 2025	BRUTO :	2,345,883.00		
	DESCUENTOS :	0.00		
IMPUESTOS :				
VALOR NETO EN LETRAS	NETO : 2,345,883.00			
DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MCTE	CANCELADO :	0.00		
	N. CREDITO :	0.00		
	N. DEBITO :	0.00		
	SALDO ACTUAL :	2,345,883.00		

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA		DEBITOS	CREDITOS
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	2,345,883.00
731303006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	2,345,883.00	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 PRESTACIÓN DE SERVICIO No. 427 - 2025

CERTIFICA:

Que **EVELIN JULIANA GARCIA CAMELO** identificado (a) con documento de identidad CC Cc 1.073.719.189 expedida en Soacha cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0427-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE LA LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IDENTIFICACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO.** Del Contrato de prestación de Servicios No. 427 de fecha 24/06/2025, la presente cuenta correspondiente al mes de 07 julio al 06 agosto del 2025, y cumple con el pago de seguridad social.



DETALLE	
Valor Contrato Inicial	7,567,325
No. CDP	600
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios Administrativos	
Plazo de Ejecución	HASTA 15 SEPTIEMBRE 2025
ADICIÓN:	
No. CDP	
No. RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	7,567,325
Valor Ejecutado	
Valor Factura Actual	2,345,883
Total Ejecutado	2,345,883
Saldo por Ejecutar	5,221,442
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)%	31%



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

NOMBRE SUPERVISOR MARTHA PATRICIA TELLEZ ROMERO
 SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD

Laura Arguello

NOMBRE LIDER LAURA ANDREA ARGUELLO
 LIDER SALUD PÚBLICA

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
"E S HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		NOMBRE		CALLE Y LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ESTADO	
TIPO DE DOCUMENTO:		DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA		SECCION DEL FACTIVO	
FORMATO		VERSION		MUNICIPIO	
CODIGO		FECHA ELABORACION		PAGINA	
A-TH-F-010		6		5/3/2025	
1 DE 1					
CIUDAD Y FECHA:		Furza Cundinamarca, agosto de 2025		FACTURA NUMERO	
PRESTADOR DEL SERVICIO:		EVELIN JULIANA GARCIA CAMELO		NIT/ NUMERO DE CEDULA	
DIRECCION RESIDENCIA:		CALLE 15B #12-80		TELEFONO:	
Email:		elcarmelo785@gmail.com		SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	
				PIC- MUNICIPAL	
CANTIDAD		DESCRIPCION		VALOR UNITARIO	
1		<p>Albano como personal al mes de 07 de julio al 05 de agosto 2025, según lo establecido en el contrato No. 477 del 2025 con fecha del día 24/06/2025, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0015-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E ACTIVIDADES DE LA LINEA DE PROMOCION DE LA SALUD E IDENTIFICACION INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL MUNICIPIO.</p>			
FRIMA:		<i>Evelin Garcia</i>		VALOR TOTAL: \$ 2,345,883.00	
				IMPUESTO ASUMIDO: \$ 2,345,883.00	
				TOTAL A PAGAR: \$ 2,345,883.00	
<p>Declaro bajo la gravedad de juramento que, Sobre los ingresos percibidos SI () NO () se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.7 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Si no ubico al final del año costos y gastos para enlazarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario. En caso afirmativo, en donde SI adjulico costos y gastos para enlazarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicional 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.</p>					
FAVOR PAGAR A LA CUENTA:		CORRIENTE		AHORROS	
BANCO		DAVIDENSA		NO CUENTA	
				488425100366	
Decreto 1625 de 2016, Artículo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen común o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.					
				DECLARANTE 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		Fecha aprobación
	INFORME	A-TH-F-011	V5		05/03/2025

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

NUMERO DE CONTRATO	427 de 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EVELIN JULIANA GARCIA CAMELO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	CC 1.073.719.189
FECHA ACTA DE INICIO	24/06/2025
VALOR DEL CONTRATO	\$7.567.325
PLAZO DE EJECUCION	3 (TRES MESES)
PRORROGA (ADICION)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	\$7.567.325
OBJETO CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0015-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE LA LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IDENTIFICACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO.
PERÍODO CORRESPONDE EL INFORME	07 de julio al 06 de agosto del 2025
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	Agosto del 2025
NUMERO DE INFORME	1 de 3
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	\$7.567.325

	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	
	INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	\$ 2.345.883
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	BANCO DAVIVIENDA N° DE CUENTA 488425100986
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO ___ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD <u>X</u>	
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.

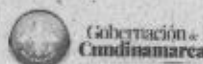
Informe Mensual _____ X _____	Informe Final _____
--------------------------------------	---------------------



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

No	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Realizar mensualmente búsqueda activa de gestantes, en el micro territorio asignado; por medio del Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento, ArcGIS Survey 123, y el Plan Integral de Cuidado Primario.	Se realiza búsqueda activa de gestantes en el mes de julio en el micro territorio asignado, por medio del Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento	32%
2	Apoyar de desarrollo de los monitoreos de vacunación de acuerdo a lineamientos municipales y departamentales.	Se realiza apoyo en el mes de julio de monitoreos de vacunación de acuerdo a los lineamientos municipales y departamentales.	32%

"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/>



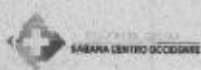
	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento		Área o Proceso que lo Genera:		
	FORMATO		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
	Nombre	Código	Versión		Fecha aprobación
INFORME	A-TH-F-011	V5	05/03/2025		



3	Realizar la caracterización e identificación de riesgos en salud individual y familiar de 4,680 familias, de acuerdo con los micro territorios urbanos asignados; por medio el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento, ArcGIS Survey 123, y el Plan Integral de Cuidado Primario	Se realiza en el mes de julio la caracterización de identificación de riesgo en salud individual y familiar de acuerdo con los micro territorios urbanos asignados	32%
4	Realizar la caracterización e identificación de riesgos en salud individual y familiar de 180 familias, de acuerdo con los micro territorios rurales asignados; por medio el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento, ArcGIS Survey 123, y el Plan Integral de Cuidado Primario	Se realiza en el mes de julio la caracterización de identificación de riesgo en salud individual y familiar de acuerdo con los micros territorios rurales asignados.	32%
5	Canalizar semanalmente el 100% de las personas y familias identificadas con riesgo alto y medio hacia los servicios de salud y los profesionales de los Equipos Básicos y Complementarios de Salud, conforme a las directrices municipales y al micro territorio asignado.	Se realiza canalización en el mes de julio semanalmente de las personas y familias identificadas con riesgo alto y medio hacia los servicios de salud y los profesionales de los equipos básicos y complementarios, de los micros territorios asignados.	32%
6	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. Esta información deberá ser cargada al Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento, ArcGIS Survey 123	No se realiza en el mes de julio seguimiento y acompañamiento presencial a los individuos y familias identificadas con riesgo alto en salud o condicione de vulnerabilidades la visita domiciliaria.	32%
7	Realizar seguimiento y acompañamiento telefónico, a los individuos y familias identificados con	Se realiza en el mes de julio seguimiento telefónico a las familias identificadas en riesgo medios en	32%

"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		

	<p>riesgo medio 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. Esta información deberá ser cargada al Sistema de Información de Atención Primaria en Salud del departamento, ArcGIS Survey 123</p>	<p>salud o condiciones de vulnerabilidad.</p>	
8	<p>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; informando de manera inmediata a la secretaría de salud los casos de maltrato infantil, desnutrición, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y niños trabajadores. En el caso de requerirse por parte del departamento el cargue de la información en el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud, ArcGIS Survey 123, este deberá realizarse.</p>	<p>Se realiza en el mes de julio aplicación de la ficha AIEPI comunitario a niños y niñas de primera infancia, informando de manera inmediata a la secretaría de salud los casos de maltrato infantil, desnutrición, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y niños trabajadores. En el caso de requerirse por parte del departamento el cargue de la información en el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud, ArcGIS Survey 123, este deberá realizarse.</p>	32%
9	<p>Realizar la aplicación de la ficha de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia (AIEPI) comunitario a niños y niñas de infancia; informando de manera inmediata a la secretaría de salud los casos de maltrato infantil, desnutrición, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y niños trabajadores. En el caso de requerirse por parte del departamento el cargue de la información en el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud, ArcGIS Survey 123, este deberá realizarse.</p>	<p>Se realiza en el mes de julio aplicación de la ficha AIEPI comunitario a niños y niñas de infancia, informando de manera inmediata a la secretaría de salud los casos de maltrato infantil, desnutrición, Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y niños trabajadores. En el caso de requerirse por parte del departamento el cargue de la información en el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud, ArcGIS Survey 123, este deberá realizarse.</p>	32%


	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	Participar en el proceso de planificación y seguimiento al Plan de Acción, con la referente de Atención Primaria en Salud de la Secretaría de Salud Municipal y la coordinación de salud pública del hospital.	No se realiza en el mes de julio participación en el proceso de planificación y seguimiento al plan de acción, con la referente de atención primaria en salud municipal y la coordinación de salud pública del hospital	32%
11	Realizar articulación sectorial con los presidentes de Juntas de Acción Comunal y Administradores de Propiedad Horizontal; en dos encuentros: el primero, al inicio de las actividades en el micro territorio asignado, y el segundo, al concluir dichas acciones, donde se socializará la gestión realizada y las actividades ejecutadas.	No realiza en el mes de julio articulación sectorial con los presidentes de juntas de acción comunal y administradores de propiedad horizontal de los barrios donde se socializa la gestión que se va a realizar.	32%
12	Realizar acompañamiento a los adultos desde los 50 años de edad con dificultades en la prestación de servicios de salud, brindando orientación y acompañamiento, en el marco de la estrategia "Salud Silver".	NO Se realiza en el mes de julio acompañamiento adultos mayores de 50 años con dificultades en la prestación de servicios de salud, brindando orientación y acompañamiento.	32%
13	Brindar apoyo en la convocatoria, logística y participación en las jornadas, campañas y tomas barriales organizada por el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes y la Secretaría de Salud Municipal, conforme al cronograma y horario establecido.	Se realiza en el mes de julio apoyo en jornada de vacunación organizada por el hospital nuestra señora de las mercedes y secretaria de salud municipal, conforme al cronograma y horario establecido.	32%

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 sus aportes y adjunte su planilla pagada.

	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	

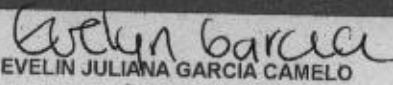
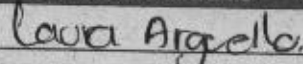
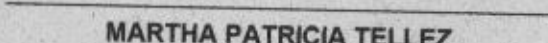
MES DE PAGO	JULIO
Nº PLANILLA	CERTIFICADO
APORTE SALUD	CERTIFICADO
APORTE PENSIÓN	CERTIFICADO
VALOR TOTAL PAGADO	CERTIFICADO

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

Contratista y/o Representante  EVELIN JULIANA GARCIA CAMELO C.C 1.073.719.189 AUX DE ENFERMERIA	Vto. Bueno Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades  LAURA ANDREA ARGUELLO ORGANISTA LIDER DE SALUD PUBLICA
Supervisor del Contrato  MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD Visto Bueno Tesorería	
_____ Firma	

Bogotá, Agosto / 3 de 2025

Salud Total EPS

Señor (a): EVELIN JULIANA GARCIA CAMELO
CC. 1073719189
CL 39 17 39
SOACHA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Abril / 6 de 2018, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



Medellín, 19 de junio de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que EVELIN JULIANA GARCIA CAMELO identificado(a) con C1073719189 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.



Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10737191892517041290

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA CAMELO EVELIN JULIANA** identificado(a) con CC número **1.073.719.189** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de septiembre de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de agosto de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



CERTIFICADO

**ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interesa**

02/08/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **EVELIN JULIANA GARCIA CAMELO** con Cédula de Ciudadanía número **1073719183**



Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	450425100986
Saldo a la fecha	934.14 Pesos
Fecha de apertura	09/11/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

	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(a) señor(a) EVELIN JULIANA GARCIA CAMELO, identificado con CC. No. 1.073.719.189 de Soacha. 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 AUXILIAR DE ENFERMERÍA A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD-0015-2025 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE LA LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IDENTIFICACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO, no registra PQRSDF pendientes en el mes de 07 de julio al 06 de agosto 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 agosto de 2025

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo Líder SIAU.
 Revisó: Martha Patricia Téllez - Subgerencia de servicios de salud
 Aprobó: Julia Isabel Muelia Plazes-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/>

