

2025 07 31 5,964,000.00

SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA

CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE  
 .....

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		<b>COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,257</b>
Fecha : 31/julio/2025	Pagado a : 52187234-9	SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA
La Suma de : CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE .....		Valor \$ 5,964,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cuenta : 51 462100141300	Cheque : PE
POR CONCEPTO DE MINISTERIO - ASISTENCIALES No. 24,729.00 Fact 03-2025		Valor Bruto \$6,000,000.00 Valor Neto \$ 5,964,000.00
Codigo	Descripcion	Valor
302	ICA SERVICIOS ICA 6 X 1000	36,000.00
<b>MOVIMIENTO PRESUPUESTAL</b>		
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO
1538	2011	422
CDP	COD. ARTICULO	ARTICULO
333	245020906	Servicios para la comunidad, sociales y p
		VALOR
		6,000,000.00
<b>TOTAL IMPUESTOS</b>		<b>TOTAL DESCUENTOS</b>

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

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 00:01

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		<b>COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,257</b>	
Fecha : 31/julio/2025	Pagado a : 52187234-9	SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA	
La Suma de : CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE *****		Valor \$	5,964,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cuenta : 51 462100141300	Cheque : PE	
Recibí: _____	Nombre: _____	Huella dactilar	
C.C. No. _____ de _____	Firma: _____		
<b>OBSERVACIONES:</b> PRESTACION DE SERVICIO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE REALICE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ACTIVIDADES SEGUN RESOL 1220 DE 2024 MINISTERIO DE SALUD SEGUN CONTRATO 295 DE 2025 DEL 15 JUNIO AL 14 JULIO 2025 URBA			
<u>ELABORADO</u>	<u>REVISADO</u>		
		Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA	

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

Fecha: 31/07/2025 Hora: 12:26

Pág. 1

Usuario Imprime: AVARIAS  
 Usuario Responsable: AVARIAS

<b>CUENTA POR PAGAR</b>				
CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
MINISTERIO - ASISTENCIALES	24,729	31/jul./2025	31/jul./2025	03-2025
<b>Obligación:</b> 2,011		<b>Registro:</b> 422		
<b>TERCERO</b>				
<b>NIT:</b> 52187234 9	<b>NOMBRE:</b> SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA			
<b>TEL:</b> 3114649516	<b>DIRECCION:</b> CL 79 68 H 35 BRR LAS FERIAS 001			
OBSERVACIONES	VALORES			
PRETACION DE SERVICIO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA * ENCAMINADA AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 220 DEL 2024* DEL 15 JUNIO AL 14 DE JULIO DEL 2025* SEGUN CONTRATO 295 2025 URBANO.	<b>BRUTO :</b>	6,000,000.00		
	<b>DESCUENTOS :</b>	0.00		
	<b>IMPUESTOS :</b>			
ICA SERVICIOS ICA 6 X 1000		36,000.00		
<b>VALOR NETO EN LETRAS</b>	<b>NETO :</b>	5,964,000.00		
CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE	<b>CANCELADO :</b>	0.00		
	<b>N. CREDITO :</b>	0.00		
	<b>N. DEBITO :</b>	0.00		
	<b>SALDO ACTUAL :</b>	5,964,000.00		

**IMPUTACION CONTABLE**

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



**E.S.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. 295 - 2025**

(P) SIAU

**CERTIFICA:**

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

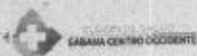
DETALLE	
Valor Contrato Inicial	18.000.000
No. CDP	333
No. RP	
Rubro Presupuestal: 245020906 Servicios para la comunidad sociales y personales	
Plazo de Ejecución	hasta 14-Julio 2025
ADICION:	
No. CDP	
No. RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro SI Modificatorio	
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	18.000.000
Valor Ejecutado	12.000.000
Valor Factura Actual	6.000.000
Total Ejecutado	18.000.000
Saldo por Ejecutar	
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)%	100%

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

*(Signature)*  
**NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA TELLEZ**  
 SUBGERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD

*(Signature)*  
**NOMBRE LIDER: LAURA ANDREA ARGUELLO**  
 LIDER SALUD PUBLICA

*(Signature)*





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
"E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	AREA O PROCESO QUE LO GENERA:
FORMATO	DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA	GESTION DEL TALENTO HUMANO
CODIGO	VERSION	PAGINA
A-TH-F-010	6	1 DE 1
	FECHA ELABORACION	
	5/05/2025	

CIUDAD Y FECHA:	FACTURA NUMERO	VALOR TOTAL
Funza Cundinamarca, Julio 14 de 2.025	3	
PRESTADOR DEL SERVICIO:	NIT/ NUMERO DE CEDULA	VALOR TOTAL
CLAUDIA PATRITICIA SANTOFIMIO ROMERO	52.187.234	
DIRECCION RESIDENCIA:	TELEFONO:	VALOR TOTAL
CL 87 96 51 INT 21 AP 102	3114649516	
Email:	SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS	VALOR TOTAL
Clausano16@gmail.com	EQUIPOS BASICOS	\$ 6.000.000,00

CANTIDAD	DESCRIPCION	VIR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente al PERIODO DEL 15 DE JUNIO AL 14 DE JULIO DE 2025, según lo establecido en el contrato No. 295 del 2.025, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL DE ENFERMERA QUE REALICE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1220 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD.	6.000.000,00	\$ 6.000.000,00
FIRMA:		IMPUESTO ASUMIDO:	\$ -
CLAUDIA PATRITICIA SANTOFIMIO ROMERO		TOTAL A PAGAR:	\$ 6.000.000,00

Declaro bajo la gravedad de juramento, que Sobre los ingresos percibidos SI (  ) o NO (  ), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto único reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizó al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el 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%, 5%, 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

BANCO DAVIVIENDA NO. CUENTA 4884- 3038 - 6729

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

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

**1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:**

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

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



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

**3. OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** Escriba todas las obligaciones contractuales específicas con el detalle de

	<b>E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA</b>				
	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	



cada una y el grado de cumplimiento.

No	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	Se realiza el mapeo y cartografía del barrio Popular territorio urbano Zuame etapa 2 y 3 Ubicado En La Cr 6 No. 23 A 70 por única vez al inicio del contrato; Se hace entrega de: 4 archivo pf_2 videos_1 imagen	100%
2	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	El grupo 13 identificaron 1 personas sin aseguramiento y se remiten para aseguramiento de secretaria de salud Se hace entrega de : 2 Matriz En Excel cronograma Y Matriz Demanda Inducida	100%
3	Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa	Se realiza valoración por medicina general a 45 usuarios priorizados por caracterización de riesgo alto, con evidencia de necesidades en salud No se aplica familiograma se aplica ficha de caracterización en salud al ser una evaluación del riesgo individual Se hace entrega 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)- 1 PDF_1 folio	100%
4	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	Se realiza caracterización del riesgo en salud mediante aplicación de instrumento y tamizaje de riesgo cardiovascular, elaboración del plan de cuidados de enfermería según condición del usuario, se gestiona la prestación del servicio, identificando las necesidades básicas en salud y la canalización respectiva (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina) Se hace entrega de : 2 ARCHIVOS 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)- 1 PDF_ Contiene 60 Fichas Caracterizacion	100%
5	Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores	Se realiza estructuración del plan de enfermería individual según necesidad del usuario, cuyo objetivo principal es la búsqueda de la satisfacción de la necesidad en salud derivada de la evaluación y caracterización del estado de salud del usuario; Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	100%
6	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado	Se realiza clasificación de la población intervenida con el respectivo análisis del estado de salud y la dinámica familiar social y cultural del paciente en el territorio de Zuame etapa 3 Se hace entrega de 2 videos piezas comunicativas	100%
7	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	Se realiza canalización y articulación de las necesidades básicas en salud de la población intervenida , con el fin de aportar de manera eficaz a Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	100%

	<b>E. S. E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA</b>				
	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	

8	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	Se realiza demanda inducida en todo el territorio Zuame etapa 3 , con el fin de dar a conocer los servicios disponibles para la atención en salud de la comunidad enfocados en las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública no solo a nivel individual sino también colectivo. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	100%
9	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	Se realiza la canalización de los usuarios y la remisión pertinente según necesidades en salud i satisfechas o con demoras para el acceso a los servicios garantizando el traslado a instituciones de salud a aquellas personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud Se hace entrega de : 1 folios PDF	100%
10	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno	Se realiza amplia educación en pautas de prevención y educación frente a los riesgos observados según condición de salud del usuario, así mismo se enfatiza en las diferentes estrategias de promoción y prevención con programas como jóvenes , niños y adultos; orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno Se Hace Entrega 1 folio PDF	100%
11	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Se informa a la comunidad mediante estrategia de comunicación didáctica y participativa mediante video sobre campañas de salud, se informa a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de la diferentes IPS y EAPB del Municipio y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	100%
12	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	se realiza diligenciamiento de base de datos con el fin de realizar seguimiento efectivo frente a la satisfacción de la necesidad de los usuarios canalizados buscando el acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	100%
13	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Se realiza digitalización de las bases de datos definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y de los instrumentos diligenciados en la canalización de los usuarios con el fin de obtener un información que permita el análisis situacional y el regimiento respectivo a la necesidad detectada. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	100%
14	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y micro territorios abordados por el equipo	Articulación en la Comunicación con referentes de programas de la Secretaría de Salud, en alianza con entidades tales como: comisaria de familia, oficina de aseguramiento, Sisbén, Cuerpo de Bomberos, secretaria de Desarrollo Social fortaleciendo el vínculo institucional con el objetivo de la resolución efectiva de las necesidades en salud a nivel individual y colectivo.; Se hace entrega de : 1 folios_ en PDF	100%

4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación,

	<b>E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA</b>				
	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	

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	JUNIO 2025
No. PLANILLA	9487818200
APORTE SALUD	301.200.00
APORTE PENSION	385.500.00
APORTE ARL	58.800.00
APORTE CAJA COMPENSACION	00
VALOR TOTAL PAGADO	745.500.00

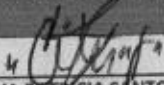
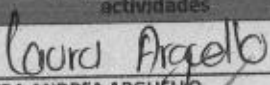
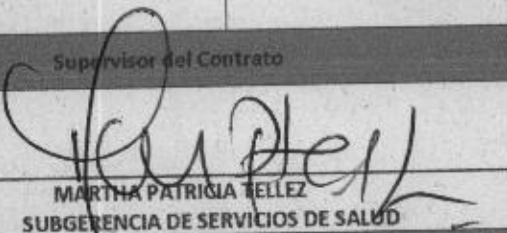
MES DE PAGO	JULIO 2025
No. PLANILLA	9488903554
APORTE SALUD	300.000.00
APORTE PENSION	384.000.00
APORTE ARL	58.500.00
APORTE CAJA COMPENSACION	00
VALOR TOTAL PAGADO	742.500.00

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  CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO Cedula y/o NIT: 52187234 Cargo: ENFERMERA	Vto. Bueno Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades  LAURA ANDREA ARGUELLO LIDER SALUD PUBLICA
Supervisor del Contrato  MARTHA PATRICIA TELLEZ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Visto Bueno Tesorería	
Firma	

	<b>E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA</b>				
	<b>Tipo de Documento</b>		<b>Área o Proceso que lo Genera:</b>		
	FORMATO		GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		
	<b>Nombre</b>	<b>Código</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha aprobación</b>	
CERTIFICACIÓN PQRSDF	M-AU-F-001	V4	05/03/2025		

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

Cordial Saludo,

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

Atentamente

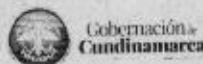
*GINNA CASTILLO TORRES*  
**GINNA VANESSA CASTILLO TORRES**  
 TRABAJO SOCIAL - SIAU

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

Elaboró y proyectó: Ginna Castillo /Lider SIAU.  
 Revisó: Martha Patricia Téllez- Subgerente de servicios de salud  
 Aprobó: Julia Isabel Muelle Plazas-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](mailto:gerencia@hospitalfunza.gov.co)  
 Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	CC 52187234	SANTOFIMO ROMERO CLAUDIA PATRICIA		INDIPENDIENTE		PRINCIPAL		Calle 87 #46-31		BOGOTA-BOGOTA D.E.		746782		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor	
Periodo	Salud	2023-06	1625306373	Planilla	1	2023/07/08	2025/07/14	2025/07/14	BANCO DAVIVIENDA	6					\$385,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Hombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
1	CC 52187234	SANTOFIMO ROMERO CLAUDIA PATRICIA	25-14	30	\$2,400,000	\$384,000	EP5017	30	\$2,400,000	\$384,000	14-11	30	\$2,400,000	\$384,000	14-11	30	\$2,400,000	\$384,000	0	\$0	\$0		
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$3,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$384,000				\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$384,000		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO											
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORSA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	25-14	900,336,004	7	1	\$384,000	\$1,500	\$1,500	\$385,500			
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$384,000	\$1,500	\$1,500	\$385,500			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-11	890,903,790	5	1	\$300,000	\$300	\$300	\$301,200			
ARL SURA	EP5017	830,003,544	7	1	\$300,000	\$1,200	\$1,200	\$301,200			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EP5017	830,003,544	7	1	\$300,000	\$1,200	\$1,200	\$301,200			
FAMSAHAR				1	\$742,500	\$3,000	\$3,000	\$745,500			
<b>TOTAL</b>											



## Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

### Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.154.137.67
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9487818200
Valor:	745,500
Periodo de pago:	2025-06
No Transacción (CUS):	1625306373
Fecha:	2025/07/14
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9487818200
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

#### Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3039, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

¿Quiénes somos?

Servicios que ofrecemos

¿Cómo liquidó mis aportes?

¿Por qué elegimos?

Preguntas frecuentes

Contáctenos

Documentos y normas

Línea Ética



Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Examinado SEMA e ICBF
CC 51187314		EMPEÑO BOMERO CLAUDIA PATRICKA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 87 #66-51	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7457782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	1623269162	0483931554	1	2025/08/11	2025/07/14	BANCO BAWIPENDA	0	\$742,500

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	
1	51187314	EMPEÑO BOMERO CLAUDIA PATRICKA	25-14	18	\$2,400,000	\$184,000	EP5017	30	\$3,400,000	\$260,000		0		\$0	14-11	30	\$4,400,000	\$39,100		0			0				\$0
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$2,400,000	\$184,000			\$3,400,000	\$260,000				\$0			\$4,400,000	\$39,100								\$0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA	SALDOS E. INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	25-14	900.336.004	7	1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000
COLPENSIONES				1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-11	890.903.790	5	1	\$58,500	\$0	\$0	\$58,500
ARL SURA				1	\$58,500	\$0	\$0	\$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EP5017	830.003.564	7	1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000
FAMISANAR				1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$742,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$742,500</b>



## Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente.

### Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.154.137.67
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9488903554
Valor:	742,500
Período de pago:	2025-07
No Transacción (CUS):	1625309382
Fecha:	2025/07/14
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción:	Pago de la planilla de aportes con clave: 9488903554
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

#### Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarle soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8000, Cartagena: 605 693 4060 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

¿Quiénes somos?

Servicios que ofrecemos

¿Cómo liquido mis aportes?

¿Por qué elegimos?

Preguntas frecuentes

Contáctenos

Documentos y normas

Línea Ética



Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.