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	COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,257
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

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
1538	2011	422	333	245020906	Servicios para la comunidad, sociales y p	6,000,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

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

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 00:01

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,257
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: _____ C.C. No. _____ de _____ Firma: _____	Huella dactilar	

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

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 00:01

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

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
MINISTERIO - ASISTENCIALES	24,729	31/jul./2025	31/jul./2025	03-2025

Obligación: 2,011 **Registro:** 422

TERCERO

NIT: 52187234 9 **NOMBRE:** SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA
TEL: 3114649516 **DIRECCION :** CL 79 68 H 35 BRR LAS FERIAS 001

OBSERVACIONES	VALORES	
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.	**BRUTO :**	6,000,000.00
	DESCUENTOS :	0.00
IMPUESTOS :		
ICA SERVICIOS ICA 6 X 1000		36,000.00
VALOR NETO EN LETRAS	**NETO :**	5,964,000.00
CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE	**CANCELADO :**	0.00
	N. CREDITO :	0.00
	N. DEBITO :	0.00
	SALDO ACTUAL :	5,964,000.00

IMPUTACION CONTABLE

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

E.S.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

(P) SIAU

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 295 - 2025

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-Modicación)%	100%

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

Laura Arguello

NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA TELLEZ
SUBGERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD

NOMBRE LIDER: LAURA ANDREA ARGUELLO
LIDER SALUD PUBLICA

Vobo

	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	
	CÓDIGO	VERSIÓN / FECHA ELABORACION	PAGINA	
	A-TH-F-010	6 / 5/05/2025	1 DE 1	

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R 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 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	$ 6.000.000,00	$ 6.000.000,00

FIRMA:	CLAUDIA PATRTICIA SANTOFIMIO ROMERO	**VALOR TOTAL:**	$ 6.000.000,00
		IMPUESTO ASUMIDO:	$ -
		TOTAL A PAGAR:	$ 6.000.000,00

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos SI (__) o NO (_X_), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas conforme a lo establecido en los articulos 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 articulo 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 articulo 392 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios

FAVOR PAGAR A LA CUENTA: CORRIENTE ____ AHORROS __ X____ DECLARANTE SI __x__ NO ____

BANCO DAVIVIENDA NO. CUENTA 4884- 3038 - 6729

Decreto 1625 de 2016, Articulo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen común 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	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__X____
NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO	MARTHA PATRICIA TELLEZ

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

Informe Mensual _____	Informe Final _____X_____

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

	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

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 d e 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 d 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%

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 enfocado en las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública no solo a nivel individual sino también colectivo. Se hace entrega de : 1 matriz Excel (relaciona 60 beneficiarios)	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 d e promoción y prevención con programas como jóvenes , niños y adultos; orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno Se Hace Entrega 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,

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	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 __x__ 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 __x__ NO_____

Contratista y/o Representante	Vto. Bueno Lider de proceso o área en el cual realiza sus actividades
CLAUDIA PATRICIA SANTOFIMIO Cedula y/o NIT:52187234 Cargo: ENFERMERA	LAURA ANDREA ARGUELLO LIDER SALUD PUBLICA

Supervisor del Contrato

MARTHA PATRICIA TELLEZ
SUBGERENCIA 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-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 /Líder SIAU.
Revisó: Martha Patricia Tellez– Subgerente 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.

aportes en línea

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 52187234	1	SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 87 #96-51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7457782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1625306373	9487318200	I	2025/07/08	2025/07/14	BANCO DAVIVIENDA	6	$745,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 52187234	SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS017	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$1,500	$0	$385,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$1,500	$0	$385,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$300	$0	$58,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$58,500	$300	$0	$58,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$1,200	$0	$301,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$300,000	$1,200	$0	$301,200
TOTAL				1	$742,500	$3,000	$0	$745,500

2025/07/13 07:41 PM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

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 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 5:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

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

aportes en línea

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 52187234		SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 87 #96-51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7457782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1625309367	94889633554	1	2025/08/11	2025/07/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$742,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	52187234	SANTOFIMIO ROMERO CLAUDIA PATRICIA	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS017	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$0	$0	$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$0	$0	$58,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$58,500	$0	$0	$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				1	$742,500	$0	$0	$742,500

2025/07/13 07:41 PM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

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):	1625309362
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 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 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.

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