2025 11 21 5,964,000.00

LOPEZ GUZMAN YUDY CAROLINA

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

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333	COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,968

Fecha : 21/noviembre/2025 **Pagado a :** 39584488-8 LOPEZ GUZMAN YUDY CAROLINA

La Suma de : CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ********** **Valor $** 5,964,000.00

Banco : 51 DAVIVIENDA
Cuenta : 60 462100152133 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE MINISTERIO - ASISTENCIALES
No. 25,705.00 **Fact** 04-2025 **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
2686	2993	1016	971	245020908	Servicios para la comunidad, sociales y p	6,000,000.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111006053	DAV. CTA AHORROS 2133 RES 1010 -2025 EQUIPO	0.00	5,964,000.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	5,964,000.00	0.00

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 14:05

Usuario Imprime: TATIANA
Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,968
Fecha : 21/noviembre/2025	**Pagado a :** 39584488-8 LOPEZ GUZMAN YUDY CAROLINA	
La Suma de : CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE **********		**Valor $** 5,964,000.00
Banco : 51 DAVIVIENDA **Cuenta :** 60 462100152133		**Cheque :** PE
Recibí: _____ Nombre: _____ C.C. No. _____ de _____ Firma: _____	Huella dactilar	
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE REALICE ACTIVIDADES SEGUN RESOL 1010 DE 2025 MINISTERIO DE SALUD SEGÚN CONTRATO 673 DE 2025 DEL 10 OCTUBRE AL 10 NOVIEMBRE 2025 URBANO		
ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 14:05		Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA

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

Fecha: 19/11/2025 Hora: 14:05

Usuario Imprime: AVARIAS
Usuario Responsable: AVARIAS

CUENTA POR PAGAR

CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
MINISTERIO - ASISTENCIALES	25,705	19/nov./2025	19/nov./2025	04-2025

Obligación: 2,993 **Registro:** 1,016

TERCERO

NIT: 39584488 8 **NOMBRE:** LOPEZ GUZMAN YUDY CAROLINA
TEL: 6018272106 **DIRECCION :** CL 1 2 74 CON CAMELIAS DIAMANT 473

OBSERVACIONES	VALORES	
PRESTACION DE SERVICIO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA* PARA EL FORTALECIMIENT DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD* PARA DAR CUMPLIMIENTO RESOLUCION 1010 2025* DEL MSPS* DEL 10 OCTUBRE AL 09 NOVIEMBRE 2025* SEGUN CONTRATO 673 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	



EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIO No. 673 - 2025

CERTIFICA:

Que **Yudy Carolina Lopez Guzman** identificado (a) con documento de identidad y/o Nit 39.584.488 expedida en Girardot cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del **Contrato PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS** del Contrato de prestación de Servicios No. **673** de fecha 10/10/2.025, la presente cuenta correspondiente al periodo del **10 de octubre al 09 de noviembre**, y cumple con el pago de seguridad social.

DETALLE	
Valor Contrato Inicial	16.000.000
No. CDP	971
No. RP	
Rubro Presupuestal: 245020908 Servicios para la comunidad sociales y personales - Ministerio	
Plazo de Ejecución	HASTA EL 25 DE DICIEMBRE DEL 2025
ADICION:	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
Modificación	
Otro Si Modificatorio	16.000.000
Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación	-
Valor Ejecutado	6.000.000
Valor Factura Actual	6.000.000
Total Ejecutado	10.000.000
Saldo por Ejecutar	
Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modicación)%	38%

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de noviembre del año dos mil Veinticinco (2.025).

NOMBRE SUPERVISOR: JAIRO VELÁSQUEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Laura Arguello

NOMBRE LIDER: LAURA ANDREA ARGUELLO
LIDER SALUD PÚBLICA

Urban

	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 / FECHA ELABORACION	PAGINA	
	A-TH-F-010	6 / 5/03/2025	1 DE 1	



CIUDAD Y FECHA:	Funza Cundinamarca, Noviembre de 2.025	**FACTURA NUMERO**	4
PRESTADOR DEL SERVICIO:	YUDY CAROLINA LOPEZ GUZMAN	**NIT/ NUMERO DE CEDULA**	39,584,488
DIRECCION RESIDENCIA:	CLL1-2-74	**TELEFONO:**	3183402208
Email:	caritolopezg.950@gmail.com	**SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS**	EQUIPOS BÁSICOS

CANTIDAD	DESCRIPCION	V/R UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Abono correspondiente al periodo del **10 de octubre al 09 de noviembre de 2.025**, según lo establecido en el contrato No. **673 del 2.025**, cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS.	$ 6.000.000,00	$ 6.000.000,00

FIRMA:	Carolina LopezG YUDY CAROLINA LOPEZ GUZMAN	**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 unico 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 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 CUENTA DE AHORROS 476000053530

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

0

	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. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA:

NÚMERO DE CONTRATO	673-2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**Yudy Carolina Lopez Guzman**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT	39.584.488
FECHA ACTA DE INICIO	**10 DE OCTUBRE DEL 2025**
VALOR DEL CONTRATO	**$ 16.000.000**
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS MESES Y 16 DÍAS.
PRÓRROGA (ADICIÓN)	
FECHA FINAL DEL CONTRATO	HASTA EL 25 DE DICIEMBRE DEL 2025
FECHA TERMINACIÓN ANTICIPADA (si aplica)	
VALOR ADICION	
VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION	**$ 16.000.000**
OBJETO CONTRATO	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS.*
PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	10 DE OCTUBRE AL 09 DE NOVIEMBRE
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	NOVIEMBRE de 2025
NUMERO DE INFORME	1 de 3
SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	16.000.000
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	6.000.000
ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA	**BANCO DAVIVIENDA:** CUENTA DE AHORROS: 476000053530
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO_X__SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD_____	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO	JAIRO VELÁSQUEZ **SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO.**

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 especificas 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	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 1 evidenciando que se realiza el mapeo y cartografía con el equipo de trabajo en el micro territorio del barrio **Altos del Gualí II Etapa 4**, se determinaron los diferentes factores de riesgo, número de hogares hallados. Se anexa en CD: Cartografía, acta con administradora del conjunto, acta de inicio y oficio de presentación.	38%
2	Coordinar y realizar acompañamiento al equipo básico en salud asignado	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 2 evidenciando que se moviliza el equipo completo N ° **2** de manera coordinada y con acompañamiento de todos los auxiliares y profesionales en el microterritorio del barrio **Altos del Gualí II Etapa 4**. Se anexa en CD: PDF con evidencia fotográfica y el cronograma del mes de trabajo.	38%
3	Realizar la entrega de los productos del equipo básico en salud ante la ESE	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 3 evidenciando que se entregan todos los productos de cada integrante del	38%



		equipo en le Drive destinado para ello. Se anexa en CD: Carpetas de producción semanal.	
4	Realizar el informe de abordaje e indicadores en articulación con el equipo básico en salud asignado	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 4 evidenciando que se realiza el informe mensual correspondiente al abordaje del microterritorio del barrio **Altos del Gualí II Etapa 4,** se anexa en CD: informe mensual.	38%
5	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 5 evidenciando que se realiza la caracterización de **10** familias nuevas y seguimiento de **140** pacientes de riesgo alto y medio. Se anexa en CD: Bases de demanda inducida y canalización, PDF con planes de cuidado realizados, relacionando los hallazgos, la educación y compromisos. Se relaciona matriz de excell de plan de cuidados con **56** usuarios valorados.	38%
6	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.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 6 evidenciando que se formulan los planes de cuidado para **9** usuarios nuevos y **47** pacientes de seguimiento de riesgo alto y medio. Se anexa en CD: PDF con planes de cuidado y fotografías, Excel de relación del plan de cuidado.	38%
7	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorios asignado	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 7 evidenciando que se realiza el informe mensual correspondiente al abordaje del microterritorio del barrio **Altos del Gualí II Etapa 4** con	38%



		información como edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes de los pacientes y familias atendidas durante el mes. Se anexa base de demanda inducida y canalización, correspondiente al periodo contractual. Se anexa en CD: informe mensual.	
8	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 8 evidenciando que se realiza la canalización de los casos identificados. Se anexa en CD: Excel de canalización.	38%
9	Realizar demanda inducida a los servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 9 evidenciando que se realiza la demanda inducida a los servicios requeridos por los pacientes. Se anexa en CD: Excel de demanda inducida.	38%
10	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 10 evidenciando Activación Ruta de la paciente **Alejandrina Beltrán Luna,** se gestiona traslado a instituciones para remisión urgente. Se anexa en CD: PDF de actividad realizada.	38%
11	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 en los	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 11 evidenciando que se formulan los planes de cuidado para **9** usuarios nuevos y **47** pacientes de seguimiento de riesgo	38%

	microterritorios asignados	alto y medio. Se anexa en CD: PDF con planes de cuidado y fotografías, Excel de relación del plan de cuidado.	
12	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 12 evidenciando que se informa a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. Se anexa en CD: Excel de demanda inducida.	38%
13	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 13 evidenciando gestión y canalización a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas, como aseguramiento, salud mental, maternidad. Se anexa en CD: PDF de los correos enviados a aseguramiento en salud, activación de ruta en salud mental y activación de ruta de Maternidad, de secretaría de salud de municipio.	38%
14	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 14 evidenciando que se realiza el seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. Se anexa en CD: Excel de canalización.	38%
15	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 15 evidenciando que se realiza la digitalización de los instrumentos que fueron diligenciados de forma manual en	38%



		la herramienta que definida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. Se anexa en CD: Base de plan de cuidado, demanda inducida y canalización.	
16	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y Altos del Gualí II Etapa 4 por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 16 evidenciando que se realiza el seguimiento a espacios de participación social en el microterritorio. Se anexa en CD: acta de apertura en el territorio, listados de asistencia y evidencia fotográfica en formato PDF.	38%
17	Realizar tamizaje de pruebas rápidas de acuerdo a las prioridades y necesidades en la población de los microterritorios asignados.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 17 evidenciando que no se realizan pruebas rápidas. Se anexa en CD: PDF con formato de actividad no realizada.	38%
18	Realizar consulta intra y extramural de acuerdo al territorio abordado.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 18 evidenciando que no se realiza consulta intra y extramural de acuerdo al territorio abordado **Altos del Gualí II Etapa 4**. Se anexa en CD: informe mensual.	38%
19	Asistir y participar activamente en brigadas, jornadas de salud y demás actividades programadas.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 19 evidenciando que no se participa en brigadas ni jornadas de salud, a espera de asignación de esta actividad por parte del supervisor del contrato. Se anexa en CD: PDF con formato de actividad no realizada.	38%

20	El contratista deberá entregar de manera oportuna según las fechas estipuladas por la referente del programa, cronograma de actividades, plan de trabajo mensual, los productos realizados en campo, bases de datos y retroalimentación de casos y/o a la persona encargada de consolidar la información y seguimiento al plan de cuidado familiar y a su respectiva canalización.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 20 evidenciando que se entrega cronograma de actividades, bases de demanda inducida y canalización, seguimientos y caracterizaciones nuevas y base de plan de cuidado. Se anexa en CD: Excel de cronograma, bases de demanda inducida y canalización y base de plan de cuidado.	38%
21	Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización, foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo de acuerdo a los lineamientos exigidos, cumplir con cada uno de los procesos frente al manejo de la información y consolidación.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 21 evidenciando que se hace entrega de los formatos utilizados debidamente organizados y legajados, a espera de finalizar el contrato para realizar su respectiva foliación y archivo. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	38%
22	Asistir a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción frente a los cambios del proceso que requiera ser compartido por parte de la referente.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 22 evidenciando que se asiste a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción. Se anexa en CD: Listados de asistencia en formato PDF.	38%
23	Cláusula verde participar de las actividades de gestión ambiental y poner en práctica el contenido de las capacitaciones de manejo integral de residuos, conductas básicas de bioseguridad, limpieza y desinfección, hospital verde y todas aquellas que surjan en el desarrollo de sus actividades	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 23 evidenciando que no se participa en actividades de gestión ambiental. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	38%
24	Las demás Actividades que le sean asignadas durante el mes y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 24 evidenciando que se asiste a cada	38%

		una de las capacitaciones, socializaciones e inducción. Se anexa en CD: Listados de asistencia en formato PDF.	
25	Realizar Cronograma mensual de las actividades a desarrollar con actualización diaria de las intervenciones a realizar.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 25 evidenciando que se realiza el cronograma mensual. Se anexa en CD: cronograma.	38%
26	Realizar Fichas Técnicas e indicadores de plan de intervención familiar	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 26 evidenciando que se formulan los planes de cuidado para **9** usuarios nuevos y **47** pacientes de seguimiento de riesgo alto y medio. Se anexa en CD: PDF con planes de cuidado y fotografías, Excel de relación del plan de cuidado.	38%
27	Garantizar el cargue de las actividades de Promoción y Mantenimiento conforme rutas en el sistema de información propio del Hospital (CNT)	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 27 evidenciando que no se realiza el cargue de los pacientes en CNT a espera de asignación de actividad por el supervisor del contrato. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	38%
28	Identificar, notificar y gestionar casos de Interesen en Salud Publica	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 28 evidenciando reporte de EISP síndrome Mano-Boca-Pie, se articulan acciones con IPS. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	38%
29	Realizar acciones intramurales conforme al rol.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 29 evidenciando que no se realiza acciones intramurales conforme al	38%

		rol y ene l territorio asignado. Se anexa en CD: PDF de actividad no realizada.	
30	Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 30 evidenciando que se asiste a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción. Se anexa en CD: Listados de asistencia y evidencia fotográfica en formato PDF.	38%
31	Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	Para el periodo informado comprendido entre el **10 de octubre al 09 de noviembre del 2025**, no se hace entrega de los soportes de desarrollo de la obligación N ° 31 evidenciando que se realiza el cargue de todos los soportes solicitados para evidenciar el cumplimiento de las actividades del contrato en el DRIVE destinado para ello. Se adjunta captura de pantalla. Se anexa en CD: PDF de actividad realizada.	38%

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	CERTIFICADO
No. PLANILLA	CERTIFICADO
APORTE SALUD	CERTIFICADO
APORTE PENSION	CERTIFICADO
APORTE ARL	CERTIFICADO
APORTE CAJA COMPENSACION	CERTIFICADO
VALOR TOTAL PAGADO	N/A

	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. 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 Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades
Carolina Lopez G **Yudy Carolina Lopez Guzman** **Cedula y/o NIT: 39.584.488** **Cargo: Enfermera jefe**	Laura Arguello. **LAURA ANDREA ARGUELLO** **Cargo: Líder en Salud Pública**
Supervisor del Contrato	
JAIRO VELÁSQUEZ **Cargo: Subgerente Administrativo y Financiero**	
Visto Bueno Tesoreria	
Firma	

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

DE: SIAU

PARA: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el señor(a) **Yudy Carolina Lopez Guzman**, identificada con CC. No. 39.584.488 de Girardot. Quien se desempeña en el cargo de Profesional de Enfermería en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS.*, no registra PQRSDF pendientes en el periodo comprendido entre el 10 de octubre al 09 de noviembre.

Atentamente:

Ginna Castillo Torres

GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
TRABAJO SOCIAL - SIAU

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

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo /Líder SIAU.
Revisó: Jairo Velásquez – Subgerente Administrativo y Financiero
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.

ecopetrol

NIT 899.999.068-1

EL SUSCRITO LÍDER DE ATENCIÓN AL CLIENTE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE LA GERENCIA DE SERVICIOS COMPARTIDOS DE ECOPETROL S.A.

CERTIFICA

Que el señor ERNESTO PARRA ERAZO identificado con cédula de ciudadanía número 79999089 , se encuentra vinculado a nuestra Empresa, mediante un contrato de trabajo a término indefinido desde el 01 de Marzo de 2011.

Que ECOPETROL S.A en virtud de los dispuesto en al artículo 279 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuada del Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual presta directamente los servicios médicos y odontológicos a sus trabajadores, pensionados y beneficiarios debidamente inscritos que cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en las normas internas que regulan la materia.

Que los familiares que se relacionan a continuación, se encuentran inscritos en calidad de beneficiarios de los servicios médicos integrales y odontológicos que ofrece esta sociedad:

Nombre	Identificación	Parentesco	Beneficio Activo	Fecha fin servicios médicos
YUDY CAROLINA LOPEZ GUZMAN	C.C 39584488	Cónyuge	SI	Indefinido

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado en Bogotá a los 06 días del mes de Noviembre de 2025.

Cordialmente,

ANA MARIA MENDOZA SMITH
LIDER D - ATENCIÓN AL CLIENTE

Debido a que usted obtendrá información personal de la base de datos de Ecopetrol S.A., a partir del momento en que le sea entregada, acorde con disposiciones legales vigentes, usted será responsable del tratamiento de la información personal y su reserva, y por lo tanto debe cumplir las siguientes obligaciones: i). Utilizar la información exclusivamente para los fines que indicó en su solicitud y sólo ser tratada por usted; ii). Conservar y tratar la información en condiciones de seguridad y diligencia; iii). Colaborar de forma activa y diligente con Ecopetrol S.A. para asegurar al titular que en todo momento puede ejercer sus derechos a consultar, rectificar o suprimir su información personal; iv). Asegurar la calidad de la información personal con base en los lineamientos de Consistencia, Unicidad, Completitud, Oportunidad, y Confidencialidad que se señalan en la normatividad interna de Ecopetrol S.A. sobre calidad de la información, tanto en su entorno como cuando la transfiera a un encargado; v). Cumplir adecuada y oportunamente con todas las indicaciones que le imparta Ecopetrol S.A.; vi). Cumplir las instrucciones y requerimientos que imparta la Autoridad de Protección de Datos Personales de Colombia; vii). Revisar y cumplir los deberes y principios generales que se consagran en la normatividad colombiana sobre protección de la información personal (en especial la Ley 1581 de 2012) así como los deberes particulares que en especial llegue a imponer una norma, e informar y asegurarse de su cumplimiento frente a los encargados del tratamiento de esta información personal que estén bajo su subordinación; viii). Cumplir con todas las normativas de Ecopetrol S.A. sobre seguridad de la información y gestión documental; y ix). Conocer y cumplir con todos los deberes, principios, conductas regulares, y lineamientos que se establecen en la Declaración de Tratamiento de la Información Personal en Ecopetrol S.A. (disponible en www.ecopetrol.com.co) Parágrafo: En el caso en que usted incumpla cualquiera de estas obligaciones Ecopetrol S.A., de considerarlo pertinente o de ser obligatorio por mandato legal, procederá a solicitarle la devolución inmediata de la información personal tratada indebidamente, su eliminación permanente de los medios de almacenamiento físicos, electrónicos, ópticos o similares donde estuviese disponible, así como a denunciar la conducta ante las autoridades públicas competentes y/o iniciar contra usted un proceso de responsabilidad bien sea a nivel civil, penal, fiscal y/o disciplinario (según el grado de culpa o intención así como los daños causados) en relación al tratamiento de la información personal de la cual usted tenía la responsabilidad o encargo de su tratamiento. Parágrafo 2: Para medir el cumplimiento de lo consagrado en estas obligaciones se deberá atender a lo consagrado en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, en la Ley 1581 de 2012, en los Decretos Reglamentarios de la Ley 1581 de 2012, en toda normatividad general y especial de Colombia sobre protección a la información personal (tanto legislativa, como regulatoria, consuetudinaria y jurisprudencial que sea vinculante en Colombia), y en la Declaración de Tratamiento de la Información Personal en Ecopetrol S.A. (disponible en www.ecopetrol.com.co)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS

DAVIVIENDA

El servicio de liquidación SOI certifica que YUDY CAROLINA, identificado con documento CÉDULA DE CIUDADANÍA 39584488, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39584488
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YUDY CAROLINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOSQUERA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CALLE 1 NO 2 74	TELÉFONO:	8272106
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS

PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
OCTUBRE 2025-OCTUBRE 2025	7987428737	2025/10/10	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600
OCTUBRE 2025-OCTUBRE 2025	7992988767	2025/11/04	I-INDEPENDIENTES	$ 742.500
SEPTIEMBRE 2025-SEPTIEMBRE 2025	7983597798	2025/09/09	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600
AGOSTO 2025-AGOSTO 2025	7979495425	2025/08/14	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600
JULIO 2025-JULIO 2025	7978822678	2025/07/11	I-INDEPENDIENTES	$ 371.300
JULIO 2025-JULIO 2025	7978830591	2025/07/14	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600
JUNIO 2025-JUNIO 2025	7974934587	2025/06/12	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600
JUNIO 2025-JUNIO 2025	7978821728	2025/07/11	I-INDEPENDIENTES	$ 742.500
MAYO 2025-MAYO 2025	7973062871	2025/05/29	I-INDEPENDIENTES	$ 742.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS

DAVIVIENDA

El servicio de liquidación SOI certifica que YUDY CAROLINA, identificado con documento CÉDULA DE CIUDADANÍA 39584488, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39584488
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YUDY CAROLINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOSQUERA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CALLE 1 NO 2 74	TELÉFONO:	8272106
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS

PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
MAYO 2025-MAYO 2025	7968235626	2025/05/21	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600
ABRIL 2025-ABRIL 2025	7964503820	2025/04/16	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600
ABRIL 2025-ABRIL 2025	7976324115	2025/06/24	N-CORRECCIONES	$ 24.400
MARZO 2025-MARZO 2025	7960510741	2025/03/17	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600
FEBRERO 2025-FEBRERO 2025	7960509891	2025/02/13	I-INDEPENDIENTES	$ 505.600

Planilla Pagada

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

CER_AFI_2025000242647

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	Empresa Contratante 723 - E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA		
Tipo de documento de identificación	NIT	**número de documento de identificación**	900750333
Datos del contratista			
Tipo documento y número de identificación	CC. 39584488	**Estado de afiliación**	Activa
Fecha última cobertura	30/10/2025	**Nombres y apellidos**	YUDY CAROLINA LOPEZ GUZMAN
Fecha inicio contrato	10/10/2025	**Fecha de retiro**	No registra
Fecha fin contrato	25/12/2025	**Tipo de vinculación**	Trabajador Independiente
Clase de riesgo	3		

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de octubre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC29102025Y39584488L305295.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YUDY CAROLINA LOPEZ GUZMAN identificado(a) con C.C No. 39.584.488, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 05 de noviembre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

	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) **Yudy Carolina Lopez Guzman**, identificada con CC. No. 39.584.488 de Girardot. Quien se desempeña en el cargo de Profesional de Enfermería en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL PARA LA CONTRATACIÓN DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 00001010 DE 2.025 DEL MSPS.*, no registra PQRSDF pendientes en el periodo comprendido entre el 10 de octubre al 09 de noviembre.

Atentamente:

Ginna Castillo Torres

GINNA VANESSA CASTILLO TORRES
TRABAJO SOCIAL - SIAU

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

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo /Líder SIAU.
Revisó: Jairo Velásquez – Subgerente Administrativo y Financiero
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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

FUNZA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

05/11/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YUDY CAROLINA LOPEZ GUZMAN** con **Cédula de Ciudadanía** número **39584488**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**476000053530**
Fecha de apertura	**01/04/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7