ANEXO FINAL

Melgar Tolima, 02 de julio de 2024

Cuenta de Cobro No.03

LA CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR E.S.E

Debe a

SARA GRACIELA GÓMEZ ROJAS
C.C. 1.017.215.768 de Medellín

La suma de **Tres millones de pesos** ($3.000.000) M/CTE

Pago de servicios derivados del contrato No. CD-198-2024 del 08 de marzo de 2024 cuyo objeto es contratar la prestación de servicios contratar la prestación de servicios de AUXILIAR DE ENFERMERIA para la ejecución del programa en atención primaria en salud aps de conformidad a resolución 2084 del 11 de diciembre de 2023 para la central de urgencias Louis Pasteur del municipio de melgar Tolima**.** Por el periodo comprendido del mes de mayo - junio de 2024

Cordialmente,



SARA GRACIELA GÓMEZ ROJAS
Prestador del Servicio
CC No.1.1017.215.768 de Medellín

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14887852838

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico

1 0 1 7 2 1 5 7 6 8 4 Impuestos de Medellín 1 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 7 2 1 5 7 6 8	2 0 1 2 0 2 0 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia	0 5	Medellín	0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	ROJAS	SARA	GRACIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia	0 5	Rionegro	6 1 5

41. Dirección principal
VRD LA BODEGA BASE AEREA

42. Correo electrónico sara_g_gr@hotmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3 1 4 7 1 5 9 7 2 3 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 1 1 1 2 9							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma 56. Tipo

	1	2	3
57. Exportadores			

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

2022-01-13 15:13:24

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

59. Anexos SI X NO

60. No. de Folios: 2

61. Fecha

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

Firma del solicitante:

984. Nombre GOMEZ ROJAS SARA [illegible]

985. Cargo Contribuyente

(415)7707212489984(8020) **000001488785283 8**

Fecha generación documento PDF: 14-04-2024 06:42:03PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Servicio

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS – DECRETO 2231 DE 2023 SISTEMA DE DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS NATURALES.

Yo SARA GRACIELA GÓMEZ ROJAS, identificado con C.C. No. 1.017.215.768 expedida en Medellín - Antioquia, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento, del pago correspondiente a la Cuenta de Cobro o Factura No.001 del mes de Marzo año 2024, objeto de esta declaración:

Que el de Decreto 2231 de 2023 artículos 9 y 11, modifico respectivamente los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.7 del DUT 1625 de 2016, para establecer las siguientes reglas nuevas que aplicarían a los pago o abonos en cuenta así:

1. (X) Soy trabajador independiente y al final del año **NO** les enfrentare costos y gastos a mis rentas de trabajo, por tal motivo la retención en la fuente se aplicará con la tabla del artículo 383 del ET.

2. ( ) Soy trabajador independiente y al final del año **SI** les enfrentare costos y gastos a mis rentas de trabajo, por tal motivo la retención en la fuente se aplicara con la tarifas (4%, 6%, 10% u 11%) del artículo 392 y 401 del ET.

3. Diligenciar solo cuando los ingresos sean por concepto de honorarios y por servicios obtenidos.

4. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

En constancia de lo anterior se firma a los (02) días del mes de julio del 2024.



_____

Firma:
Nombre: SARA GRACIELA GÓMEZ ROJAS
Documento de Identificación: 1.017.215.768 de Medellín - Antioquia
Dirección: Calle 14 N° 12A - 35
Correo Electrónico: sara_g_gr@hotmail.com
Teléfono celular: 3147159723

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-02, 11:31:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 70412808

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024

PAGADO 03/06/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SARA GRACIEL GOMEZ ROJAS		
Documento	CC1017215768	**Dirección**	AV. CALLE 14 #12 A - 35 PRIMER PISO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3147159723
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MELGAR	**Departamento**	TOLIMA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1017215768	SARA GRACIELA GOMEZ ROJAS	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-02, 11:31:23 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 71136271

Periodo Cotización: junio de 2024 **Periodo Servicio:** junio de 2024

PAGADO 19/06/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SARA GRACIEL GOMEZ ROJAS		
Documento	CC1017215768	**Dirección**	AV. CALLE 14 #12 A - 35 PRIMER PISO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3147159723
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MELGAR	**Departamento**	TOLIMA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1017215768	SARA GRACIELA GOMEZ ROJAS	59	00		X															0	11	11	11	0	(230201) PROTECCION	$ 476.667	$ 76.300	(EPS010) EPS SURA	$ 476.667	$ 59.600	2,436	$ 476.667	$ 11.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 147.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 476.667	$ 476.667	$ 476.667	$ 0	$ 76.300	$ 59.600	$ 11.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 147.600	$ 0	$ 147.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Certificado
Bancario

Miércoles, 24 de abril de 2024

Señor(a)
LA CULP

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SARA GRACIELA GOMEZ ROJAS identificado(a) con CC 1017215768, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	41232595688	2022/02/15	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

LISTA DE CHEQUEO APS					
NOMBRE AUXILIAR: SARA GRACIELA GOMEZ		**CC.1.017.215.768**			
NUMERO CONTRATO: 198		**MES ACTIVIDAD 11 MAYO - 10 JUNIO 2024**			
ACTIVIDAD CONTRATADA		**CUMPLE**			**SOPORTE**
		SI	**NO**	**NA**	
1	Cumplir con el objeto del presente contrato y, desarrollar conforme al cronograma las actividades e indicadores asignados según lo requerido en lineamiento de fortalecimiento de la gestión territorial en APS según resolución 2084 de 2023.	X			Cronograma actividades
2	Presentar informe descriptivo por actividad ejecutada de forma clara, con listas de asistencia, archivos de ayudas audiovisuales, informe técnico por indicador y actividad, bases de datos de la población asignada, bases de datos de tamización y de citas, asi como las fichas de caracterización de la Población Asignada (Fichas Familiares, planificación y estimación de necesidades en el territorio, con los requisitos establecidos de forma digitalizada en medio física y magnética	X			informe de actividades ejecutadas- fotos- formatos firmados- los soportes originales reposan en oficina de APS
3	Entregar informe de consolidación de la información física y magnética, con su respectivo análisis	X			informe de actividades ejecutadas- fotos- formatos firmados- los soportes originales reposan en oficina de APS
5	Cada actividad ejecutada, deberá ser presentada a la coordinadora APS de acuerdo a lo pactado, con el fin de poder realizar la presentación ante Ministerio de Salud y Protección Social	X			actividades soportadas originales en la oficina APS
6	Realizar acompañamiento en las diferentes actividades grupales e individuales que requiera el EBS con la Central de Urgencias Louis Pasteur de Melgar Tolima.	X			Se realiza actividad con ente territorial
7	Realizar la presentación de formatos establecidos, deben ser elaboradas de manera completa, con lapicero negro, letra legible, sin tachones, enmendaduras ni con la aplicación de corrector, toda la información debe ser digitada en cada uno de los formatos o programa asignados por la ESE y Minsalud cuando sea requerido, si es requerida instalación de programas será realizada por el personal delegado de la ESE en equipo de propiedad del contratista, la consolidación del trabajo del personal corresponde al contratista	X			Fichas de caracterizacion y formatos de actividades y visitas
ACTIVIDAD CONTRATADA ESPECIFICAS		**CUMPLE**			**SOPORTE**
		SI	**NO**	**NA**	
1	Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas.	X			Cronograma actividades
2	Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio asignado.	X			Cartografia , mapeo ,Fichas de caracterizacion y formatos de visitas
3	Desarrollar visitas familiares en los cuales se debe adelantar labores de tamizaje, realizar acciones de promoción y prevención e intervenciones individuales de acuerdo con las necesidades de los individuos y familias (resolucion3280 de 2018)	X			Fichas de caracterizacion y formatos de actividades y visitas
4	Brindar acompañamiento y asistencia como auxiliar de enfermería para la valoración de los pacientes en las diferentes visitas de campo	X			actividad de apoyo verificar con atenciones medicas y de enfermeria

5	.Realizar actividades de acuerdo a cronograma mensual de actividades por cada uno de los perfiles que hacen parte de los equipos básicos de salud	X			fichas de caracterizacion diligenciadas en fisico y formatos de actividades y visitas
6	.Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	X			cartografia , mapeo.
7	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.	X			notificacion enfermera jefe de los usuarios sin seguridad social
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	X			Formato demanda inducida-
9	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	X			Seguimiento según necesidades
10	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.	X			Ficha caracterizacion diligenciada
11	.Realizar registros de formatos y demás documentación necesaria en las caracterizaciones y valoraciones de los pacientes y demás actividades.	X			Ficha caracterizacion diligenciada, Formatos visita casa a casa, demanda inducida
12	.Apoyar en el direccionamiento de los pacientes a las entidades publicas que puedan atender demandas sociales, económicas y culturales de los hogares en los casos que la comunidad lo requiera.	X			Educacion y orientacion
13	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo.	X			Seguimiento según necesidades
14	Apoyar al profesional designado en 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.	X			Planes de Cuidado soportados por Medicos y Enfermeras
15	Apoyar al profesional designado en Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	X			Formato demanda inducida-
16	.Búsqueda activa de pacientes en todos los cursos de vida.	X			Formato demanda inducida-
17	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	X			Formato educacion, formato visita casa a casa
18	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades	X			Ficha de caracterizacion- formato educacion- formato visita casa a casa
19	Apoyar y garantizar la disponibilidad de acceso oportuno a medicamentos, exámenes de laboratorio, imágenes diagnosticas, servicio de apoyo terapéutico, y demás servicios para garantizar la atención integral.	X			Apoyo en orientacion a como solicitar los servicios en la IPS
20	Garantizar la articulación con prestadores de Referencia y Contrarreferencia para los temas inherentes a la prestación de servicios.	X			Se realizo la atencion pertinente no necesidad de referencia
21	Gestión de seguimiento a menores de 5 años, gestantes, discapacidad, salud mental, crónicos, adulto mayor, TBC, Lepra; leishmaniasis, Chagas y otros EISP	X			Seguimiento según necesidades
22	.Toma de paraclínicos, seguimiento y entrega de resultados	X			se brinda orientacion y educacion para la toma en la IPS. Formato de educacion.
23	Seguimiento a planes Integrales de Cuidado Primario individual, familiar y comunitario	X			se realiza seguimiento según necesidad
24	Conformación de redes comunitarias para la Prevención de ETV, Zoonosis, TBC, Chagas, DNT	X			Se revisa ETV

25	Realizar si es requerido Vacunación en Todos los Esquemas y Cursos de Vida	X			Se revisa esquema de vacunacion se informa la jornada en el microterritorio a la comunidad, se direcciona según necesidad

COORDINADOR APS: MARIA ELVIRA NIETO SAMPER 14-06-2024

ATENCION PRIMARIA EN SALUD "APS" 2024

GRUPO	MICROTERRITORIOS	META	TALENTO HUMANO	PROFESIONALES	RECURSOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	TEMAS/ ACTIVIDADES	PRODUCTO
# 7	1.BARRIO GALAN 1 2. BARRIO HUERTAS 3.BARRIO MIRADOR 4.BARRIO ROJAS	1. URBANO: HASTA 400 VISITAS	1. MEDICO GENERAL (1) 2. ENFERMERA JEFE (1) 3. AUX. DE ENFERMERIA (3) 4. HIGIENISTA ORAL (1) 5. PSICOLOGA (1) 6. TECNICO(A) EN SALUD PUBLICA 7. LIDER DE LA COMUNIDAD (1) 8. CONDUCTOR CON VEHICULO (1)	1. SEBASTIAN ARAGON CALDERON 2. CARMEN YAMILE MOTAVITA ESPEJO 3. LIZ CAROLINE QUESADA 4. MARYOLY COVALEDA BOLAÑOS 5. GLORIA PARRA ACUÑA 6. SARA GRACIELA GOMEZ 7. SHIRLEY ROCIO GOMEZ GONZALEZ 8. LUZ MERY RODRIGUEZ ORTIZ	VEHÍCULO, MAPAS ,FORMATOS	RECONOCIMIENTO DE LOS MICROTERRITORIOS	REALIZAR MAPEO Y CARTOGRAFÍA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICROTERRITORIO.	CARTOGRAFIA SOCIAL - RECONOCIMIENTO DE MICROTERRITORIOS	CARTOGRAFIA SOCIAL
# 7		1. URBANO: HASTA 400 VISITAS	1. MEDICO GENERAL (1) 2. ENFERMERA JEFE (1) 3. AUX. DE ENFERMERIA (3) 4. HIGIENISTA ORAL (1) 5. PSICOLOGA (1) 6. TECNICO(A) EN SALUD PUBLICA 7. LIDER DE LA COMUNIDAD (1) 8. CONDUCTOR CON VEHICULO (1)	1. SEBASTIAN ARAGON CALDERON 2. CARMEN YAMILE MOTAVITA ESPEJO 3. LIZ CAROLINE QUESADA 4. MARYOLY COVALEDA BOLAÑOS 5. GLORIA PARRA ACUÑA 6. SARA GRACIELA GOMEZ 7. SHIRLEY ROCIO GOMEZ GONZALEZ 8. LUZ MERY RODRIGUEZ ORTIZ	1. BASCULA DIGITAL ADULTO (2) 2. TENSIOMETRO ADULTO (2) 3. FONENDOSCOPIO DE DOS SERVICIOS (2) 4. EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS PORTATIL (2) 5. PULXIOSIMETRO (2) 6. TERMOMETRO INFRAROJO (2) 7. CINTA METRICA (2) 8. TALLIMETRO (2) 9. FORMATO DE CARACTERIZACION 10. DOCUMENTOS E HC EN MEDIO MAGNETICO	CARACTERIZACION	1. PRESENTACION DEL GRUPO APS EN EL HOGAR REALIZADA POR LA LIDER COMUNITARIA, SOLICITANDO ACCESO A INFORMACION APORTADA POR UN MAYOR DE EDAD, QUE SEA APTO PARA BRINDARLA. 2. REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA RESIDENTE, TANTO LOS PRESENTES COMO LOS AUSENTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA, SOPORTADO CON FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VISITA. 3. DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE CARACTERIZACION A CARGO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA, QUIENES CANALIZAN LAS ACTIVIDADES O INTERVENCIONES DE PYM QUE SE REALIZAN EN LA VISITA. 4. INTERVENCIONES POR PARTE DE PROFESIONALES, MEDICINA, ENFERMERIA, HIGIENE ORAL, PSICOLOGÍA. 5. MARCACION DEL HOGAR VISITADO CON STICKER SEMAFORIZADO.	1. INFORMACION GENERAL Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza. Identificación del encuestador. 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA Estructura y contexto familiar. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia. 3. CARACTERIZACION DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA Identificación de cada uno de los integrantes. Situaciones o condiciones de salud. 4. CARACTERIZACION DEL ENTORNO Características y condiciones del entorno de la vivienda. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio). Agua y saneamiento básico. REALIZACION DE DEMANDA INDUCIDA.	FICHA DE CARACTERIZACION
# 7		1. URBANO: HASTA 400 VISITAS	1. MEDICO GENERAL (1) 2. ENFERMERA JEFE (1) 3. AUX. DE ENFERMERIA (3) 4. HIGIENISTA ORAL (1) 5. PSICOLOGA (1) 6. TECNICO(A) EN SALUD PUBLICA 7. LIDER DE LA COMUNIDAD (1) 8. CONDUCTOR CON VEHICULO (1)	1. SEBASTIAN ARAGON CALDERON 2. CARMEN YAMILE MOTAVITA ESPEJO 3. LIZ CAROLINE QUESADA 4. MARYOLY COVALEDA BOLAÑOS 5. GLORIA PARRA ACUÑA 6. SARA GRACIELA GOMEZ 7. SHIRLEY ROCIO GOMEZ GONZALEZ 8. LUZ MERY RODRIGUEZ ORTIZ	1. BASCULA DIGITAL ADULTO (2) 2.TENSIOMETRO ADULTO (2) 3. FONENDOSCOPIO DE DOS SERVICIOS (2) 4. EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS PORTATIL (2) 5. PULXIOSIMETRO (2) 6. TERMOMETRO INFRAROJO (2) 7. CINTA METRICA (2) 8.TALLIMETRO (2)	INTERVENCIONES	VALIDACION DE ASISTENCIA A CONSULTA DE PYM POR PARTE DEL PACIENTE (REVISION DE CARNETS) , ANAMNESIS, TOMA DE SIGNOS VITALES, VALORACION FISICA, VALORACION NUTRICIONAL, VALORACION EMOCIONAL, VALORACION DEL ENTORNO, PLAN, EDUCACION DE ACUERDO RUTA Y HALLAZGOS DE RIESGO.	REALIZACION DE CONSULTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR CICLO DE VIDA. 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.	CONSULTA DE PYM DE ACUERDO A RUTA QUE CORRESPONDA
# 7		1. URBANO: HASTA 400 VISITAS	1. MEDICO GENERAL (1) 2. ENFERMERA JEFE (1) 3. AUX. DE ENFERMERIA (3) 4. HIGIENISTA ORAL (1) 5. PSICOLOGA (1) 6. TECNICO(A) EN SALUD PUBLICA 7. LIDER DE LA COMUNIDAD (1) 8. CONDUCTOR CON VEHICULO (1)	1. SEBASTIAN ARAGON CALDERON 2. CARMEN YAMILE MOTAVITA ESPEJO 3. LIZ CAROLINE QUESADA 4. MARYOLY COVALEDA BOLAÑOS 5. GLORIA PARRA ACUÑA 6. SARA GRACIELA GOMEZ 7. SHIRLEY ROCIO GOMEZ GONZALEZ 8. LUZ MERY RODRIGUEZ ORTIZ	1. BASCULA DIGITAL ADULTO (2) 2. TENSIOMETRO ADULTO (2) 3. FONENDOSCOPIO DE DOS SERVICIOS (2) 4. EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS PORTATIL (2) 5. PULXIOSIMETRO (2) 6. TERMOMETRO INFRAROJO (2) 7. CINTA METRICA (2) 8.TALLIMETRO (2)	TRABAJO ADMINISTRATIVO	CONSOLIDACION DE FICHAS DE CARACTERIZACION CON SOPORTES POR FAMILIAS E INDIVIDUALES. TOTALIZACION DE HOGARES VISITADOS, CASAS VACIAS Y HOGARES QUE DESISTEN DE LA VISITA, TOTALIZACION DE POBLACION CANINA Y FELINA	CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN QUE SE GENERE EN EL MICROTERRIOTORIO, REALIZAR ANÁLISIS DE LA MISMA, IDENTIFICAR PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA DE SALUD	INFORME MENSUAL

ATENCION PRIMARIA EN SALUD "APS" 2024

ATENCION PRIMARIA EN SALUD "APS" 2024