HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD FORMATO CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA	
Código: HSR-ARF-APR-P01-M02-F08	Versión: 01	Página: 1 de 1
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E		

CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA.						
INFORMACION DEL CONTRATISTA:						
Nombre o Razón Social	MARISOL HERNANDEZ					
C.C./NIT:	1.105.056.974					
INFORMACION DE CONTRATO						
Número	222					
Fecha de Suscripción	17 DE ABRIL DE 2024					
Fecha de iniciación de Actividades	17 DE ABRIL DE 2024					
Nombre del Supervisor:	HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO					
CONCEPTO DEL SUPERVISOR:						
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD Y EN EL TIEMPO PACTADO CON EL OBJETO Y OBLIGACIONES CONTRATADAS				SI	X	
				NO		
POR LO CUAL SE AUTORIZA EL PAGO QUE CORRESPONDE A:						
Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Otro X	**JUNIO**	
Valor del pago		**$ 2,000,000**	Saldo del contrato		**$ 2,000,000**	
OBSERVACIONES: EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E.S.E.						
Ciudad y Fecha: El Espinal Tolima, 18 SEP 2024						
Firma Supervisor:						

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E.	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR	
CÓDIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13	VERSIÓN: 01	PÁGINA: 1 de 2

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

1. Datos generales.

Número del contrato:	222									Fecha de suscripción:	17/04/2024		
Tipo de contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS									Fecha de inicio:	17/04/2024		
Nombre o razon social contratista:	MARISOL HERNANDEZ									Número de cédula o NIT:	1.105.056.974		
Periodo del Informe:	17	5	2024	al	17	6	2024			Plazo de ejecucion:	TRES (03) MESES		
Interventor:	N/A									Número de cédula o NIT:	n/a		
Supervisor:	HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO									Numero de cedula:	93.355.327		
Nombre funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A									Objeto:	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GEST16N DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E S E		
Cargo funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A												

2. Información presupuestal.

Valor del contrato:	$ 6.000.000	Informacion presupuestal	Valor CDP	$ 6.000.000	Número CDP	386	Fecha CDP	08/04/2024
			Valor RP	$ 6.000.000	Número RP	454	Fecha RP	17/04/2024

2.1 Adiciones y Prórrogas (si aplica).

Valor adicion contrato:	$ 0	Informacion presupuestal	Valor CDP	$ 0	Número CDP	-	Fecha CDP	-
			Valor RP	$ 0	Número RP	-	Fecha RP	-
Prorroga 1:	N/A	Prorroga 2:	N/A	Observaciones:				

2.2 Valor y plazo total.

Cantidad de adiciones (Sume la cantidad de adiciones realizadas)	0	Valor total de contrato (Valor inicial + Valor total de las adiciones)	$ 0	Plazo Total de Ejecución (Plazo inicial + prorrogas)	-

2.3 Anticipo (si aplica).

Valor Anticipo	0	Porcentaje de Amortización	0	Fecha Pago del Anticipo	dd	mm	aaa	

3. Estampillas

Nombre de Estampilla Pro	Numero Estampilla	Valor	Fecha

4. Cumplimiento de Obligaciones.

Concepto general	SI	NO	Observaciones
Cumplimiento de obligaciones generales del contrato	X		
Cumplimiento de obligaciones especificas del contrato	X		

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

5. Garantías (Si aplica).

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia			
			Desde (Dia/ mes/ año)	hasta (Dia/ mes/ año)	Fecha aprobación (Dia/ mes/ año	Valor del amparo

5.1 Ampliaciones garantías (Si aplica).

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia			
			Desde (Dia/ mes/ año)	hasta (Dia/ mes/ año)	Fecha aprobación (Dia/ mes/ año	Valor del amparo

6. Balance financiero del contrato.

Valor ejecutado en el periodo:	$ 2,000,000	Valor Total Ejecutado	$ 4,000,000	Saldo por ejecutar	$ 2,000,000

7. Verificación Pago al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.

La supervisión y/o interventoria verifico el cumplimiento del contratista de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas, pagos, certificaciones) allegados por el contratista en cumplimiento de lo establecido en el articulo 50 de la ley 789 de 2002 "( ) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas ( ) Cuando la contratación se realice con personas juridicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal( )" Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista, dependerá de la forma de pago pactada

Numero de Planilla de Aportes	PLANILLAS N° **4687451853** DE MAYO Y No. **4566376044** DE JUNIO
Certificación pago de Aportes:	
Fecha emisión de Informe	JUNIO 2024

Nombre Supervisor y/o Interventor: HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO

Cargo Supervisor:

N/A

Nombre apoyo a la supervisión:

Cargo o Contrato:

ORDEN DE PAGO No. 84906

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE
Nit 890701033

DIA	MES	AÑO
16	sept	2024

SEÑOR(a) TESORERO(a): SIRVASE PAGAR A FAVOR DE:

Nombre y Apellidos: HERNANDEZ MARISOL C.C ó Nit: 1105056974

Factura: DS1021/CC02 Contrato: 222

La suma de : Un millon Novecientos Ochenta y Ocho mil Pesos M/Cte.

Por concepto de : Prestación de servicios de apoyo logístico de una auxiliar de enfermería para los Equipos Básicos en Salud, del HSR Espinal, S/g contrato 222, periodo de mayo 17 a junio 17 de 2024

Concepto	Valor Afectado	(-) Descuento	Neto a Pagar
Valor Cuenta de Cobro	2,000,000		
Rete Ica de Servicios 0.60%		12,000	
Total Anticipos		0	
TOTALES ---------->			1,988,000

No. Registro	Vigencia	Codigo	Vigencia	Fondo	Valor
454	2024	2450209	2024	001	2,000,000

RECIBI EL VALOR DE LA PRESENTE FACTURA O CUENTA DE COBRO A CONFORMIDAD

Recibí : _____ CXP - Autorizado _____

C.C / Nit

HERNANDEZ MARISOL

Documento : 1105056974 Dirección : CRA 2 2 41 BRR VEGA Teléfono : 3138484076
Código Postal : 735020, Coyaima, Tolima

Email : mari-solhernandez1988@hotmail.com Régimen: No Responsable de IVA

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

DS1021

- INFORMACIÓN DEL ADQUIRIENTE -

Razón Social : **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL**
Dirección : CALLE 4 # 6 29
Dirección de Notificacion Electrónica : factelectronicahsre@hsrese.gov.co
Nit : **890701033**
Teléfono : 6082482818

- INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO -

Emisión : 16.09.2024 Fecha Recepción : 16.09.2024 Modalidad de Pago : Contado Plazo : 0 Días.

Detalle de servicios prestados para el documento número : DS1021

Código	Descripción	Fecha	Tipo de Operacion	Valor/Unitario	Cantidad	Valor Total
solrijun24	Prestación de servicios de apoyo logístico de una auxiliar de enfermeria para los Equipos Básicos en Salud, del HSR Espinal, S/g contrato 222, periodo de mayo 17 a junio 17 de 2024		Por operación	$ 2,000,000.00	1	$ 2,000,000.00

SON : *DOS MILLONES PESOS M/L.*

Subtotal : $ 2,000,000.00
Descuento : $ 0.00
Total : **$ 2,000,000.00**

Observaciones :

Aceptado

ROSA ANGELICA GUZMAN SANCHEZ **HERNANDEZ MARISOL**

Hago constar que he recibido a satisfacción los Bienes y Servicios aquí relacionados

Autorización 18764077068476 aprobado en 2024-08-13 prefijo DS desde el número 921 al 5000 Vigencia: 12 Meses
- Representación Gráfica - Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar
Código Único de Documento Soporte - CUDE
:ae29f5281c7aed0882e0c97cd2033e1b6ae5d7d2b8c7e890d021bd9d6e0d4f61bf5c544f594b90cb39a862b17614b64c

Cuenta de Cobro No. 02

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL

NIT. 890.701.033-0

DEBE A:

MARISOL HERNANDEZ
C.C. 1.105.056.974 DE COYAIMA

LA SUMA DE DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) MCTE

POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E.S.E. EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 17 DE MAYO AL 17 DE JUNIO DEL 2024.

ESPINAL, SEPTIEMBRE 2024

FAVOR CONSIGNAR A: ***BANCOLOMBIA AHORRO***
CUENTA DE AHORROS N. 427652760-76

Nota: favor aplicar retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario aplicable a pagos o abonos en cuenta por concepto de honorarios y compensación por servicios personales, para lo cual **CERTIFICO** que **NO** he contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos 90 días continuos o discontinuos.

Marisol Hernandez
MARISOL HERNANDEZ
C.C. 1.105.056.974 DE COYAIMA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1105056974
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARISOL HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 12 N 50-14	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4566376044**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	40				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999774799		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X	X															

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 107.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 107.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 83.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 83.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 16.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 16.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 201.200**
VALOR MORA:	**$ 6.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 207.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1105056974
ÓN SOCIAL:			MARISOL HERNANDEZ
NO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
	CRA 12 N 50-14	TELÉFONO:	1111111
E:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ENTACIÓN:	UNICO		
ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4569789188			TIPO DE PLANILLA:			N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	61						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/16			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990029811
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4566376044			FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			2024/08/26

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	1	$ 13.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 13.900	$ 700	$ 14.600
									$ 13.900	**$ 700**	**$ 14.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 10.800	$ 0	$ 500	$ 0	$ 10.800	$ 500	$ 0	$ 11.300
												$ 10.800	**$ 500**	**$ 0**	**$ 11.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.100	$ 2.100	$ 100	$ 0	$ 2.200
								$ 2.100	**$ 100**	**$ 0**	**$ 2.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																							SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES										
																															PENSIÓN								SALUD								ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
MBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
NANDEZ SOL	2-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000			NO	01	15					A											230301-PORVENIR	15	$ 650.000	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 104.000	EPS037-NUEVA EPS	15	$ 650.000	$ 81.300	$ 0	$ 81.300	14-25-COLMENA	15	$ 650.000	110505697	$ 15.900	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
NANDEZ SOL	2-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000			NO	01	17					C											230301-PORVENIR	17	$ 736.667	$ 117.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 117.900	EPS037-NUEVA EPS	17	$ 736.667	$ 92.100	$ 0	$ 92.100	14-25-COLMENA	17	$ 736.667	110505697	$ 18.000	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
NANDEZ SOL	2-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000			NO	01	17					R											230301-PORVENIR	2	$ 86.667	$ 13.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 13.900	EPS037-NUEVA EPS	2	$ 86.667	$ 10.800	$ 0	$ 10.800	14-25-COLMENA	2	$ 86.667	110505697	$ 2.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 28.100

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1105056974
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARISOL HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 12 N 50-14	TELÉFONO:	111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4566376044	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES junio	AÑO 2024
DIAS DE MORA:			40		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/08/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999774799

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.200	$ 0	$ 104.000	$ 3.200	$ 107.200
SUBTOTALES:										**$ 104.000**	**$ 3.200**	**$ 107.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 81.300	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 81.300	$ 2.500	$ 0	$ 83.800
SUBTOTALES:													**$ 81.300**	**$ 2.500**	**$ 0**	**$ 83.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.900	$ 15.900	$ 500	$ 0	$ 16.400
SUBTOTALES:									**$ 15.900**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 16.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																										PENSIÓN							SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1105056974	HERNANDEZ MARISOL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.300.000				NO	01	15															230301-PORVENIR	15	$ 650.000	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 104.000	EPS037-NUEVA EPS	15	$ 650.000	$ 81.300	$ 0	$ 81.300	14-25-COLMENA	15	$ 650.000	110505697	$ 15.900	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 207.400

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1105056974
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARISOL HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 12 N 50-14	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4687451853	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Mayo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES Mayo AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		30			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998999593

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.200	$ 0	$ 208.000	$ 5.200	$ 213.200
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 5.200**	**$ 213.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 4.100	$ 0	$ 162.500	$ 4.100	$ 0	$ 166.600
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 4.100**	**$ 0**	**$ 166.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 800	$ 0	$ 32.500
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 32.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																														PENSIÓN								SALUD								ARP																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1105056974	HERNANDEZ MARISOL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	01																230301-PORVENIR	X	1 1,300,000	$ 208.000	$	$	$	$	Norma	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	X	1,300,000	$ 162.500	5	$ 162.500	14-25-COLMENA	X	1,300,000	11050569	$ 31.70		$		$	$	$	$	$

TOTAL	**$ 412.300**

Planilla Pagada

INFORME DE ACTIVIDADES No: 2	
PERIODO DE EJECUCIÓN: 17 DE MAYO DEL 2024 AL 17 DE JUNIO DEL 2024	
CONTRATO NO. PS-222-2024 DEL 15 DE ABRIL DE 2024	
DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARISOL HERNANDEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	1.105.056.974 de COYAIMA
DIRECCIÓN	CRA 2#2-41 LA VEGA
TELÉFONO/CELULAR	3138484076
EPS	NUEVA EPS
FONDO DE PENSIONES	PORVENIR
CUENTA BANCARIA	*427-652760-76*
TIPO DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCOLOMBIA
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATARLA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E.S.E.
PLAZO DE EJECUCIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y/O SUSPENSIONES)	TRES (03) MESES CALENDARIO.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYENDO ADICIONES)	SEIS MILLONES DE PESOS ($ 6.000.000) MONEDA CORRIENTE
FECHA ACTA DE INICIO	17 DE ABRIL DE 2024
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	15 de JULIO de 2024
ACTIVIDADES	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:1	
Realizar Caracterización familiar y del entorno (familias caracterizadas en el micro territorio asignado), de acuerdo con el registro administrativo a instrumento que tenga la entidad territorial, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta de los cuales se disponen en el territorio para favorecer la gestión de atenciones no prestadas (par ejemplo, el Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de Primera infancia), aplicar los siguientes instrumentos i: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa, por micro territorio asignado.	
ACTIVIDAD REALIZADA No:1	
Se realizan las fichas de caracterización por cada familia donde se debe tener en cuenta todos y cada uno de los integrantes del núcleo familiar a quienes se les debe realizar o aplicar el desarrollo	

del familiograma, ecomapa, Apgar y escala de sobre carga del cuidador Zarit. En caso que lo requiera.
Para el desarrollo de la actividad se da inicio con las visitas a las familias haciendo un recorrido casa a casa donde se les informa el objetivo de la visita dando a conocer el programa de Atención Primaria en Salud y a su vez presentando el Equipo Básico de Atención en Salud que lo conforma para así dar inicio con la aplicación de los instrumentos, donde también se pesa y se talla cada uno de los integrantes del núcleo familiar.

Los días ,17, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 31 de mayo y los días 4, 6, 7, 11, 12, de junio se realizaron 4 visitas diarias de atención primaria en salud (APS) para un total de 41 fichas de caracterización a las diferentes familias del barrio las Brisas que corresponden al territorio 1 del micro territorio 5. Zona centro poblado Chicoral del municipio del Espinal.









ZONA URBANA CHICORAL BARRIO LAS BRISAS
MICROTERRITORIO 5
NUMERO DE VISITAS 41
NUMERO DE PERSONAS CARACTERIZADAS:96
HOMBRES:49
MUJERES:62
PRIMERA INFANCIA DE 0 A 5 AÑOS M:0
PRIMERA INFANCIA DE 0 A 5 AÑOS F :0
INFANCIA 6 A 11 AÑOS M: 5
INFANCIA 6 A 11 AÑOS F: 3
ADOLESCENCIA DE 12 A 17 AÑOS M:4
ADOLESCENCIA DE 12 A 17 AÑOS F :3
JUVENTUD DE 18 A 28 M:5
JUVENTUD DE 18 A 28 F:11
ADULTEZ DE 29 A 59 AÑOS M:13
ADULTEZ DE 29 A 59 AÑOS F:23
VEJEZ DE 60 AÑOS EN ADELANTE M:20
VEJEZ DE 60 AÑOS EN ADELANTE F:19
GESTANTES:0

DEMANDAS INDUCIDASMICROTERRMICROTERRITORIO 5 LAS BRISAS	
CURSO DE VIDA	**NUMERO**
PSICOLOGIA	5
VACUNACION	0
CONSULTA PRIMERA INFANCIA	7
CONSULTA DE INFANCIA	6
CONSULTA DE ADOLESCENCIA	4
CONSULTA DE JUVENTUD	17
CONSULTA DE ADULTEZ	34
CONSULTA DE VEJEZ	35
HIPERTENSA DIABETICA	2
HIPERTENSA	1
TOTAL	**111**

El día 16 de mayo a las 8:00 am se llevó a cabo reunión con la coordinadora de los EBAS Edna Margarita Bocanegra. En el auditorio del hospital san Rafael.
El día 30 de mayo a las 8:00 am recibí capacitación por parte de la alcaldía municipal en el tema de aseguramiento en salud.
El día 30 de mayo a las 10:30 am recibí capacitación en programas de promoción y prevención por parte de la jefe Marcela Vargas del hospital san Rafael.
el día 30 de mayo a las 2:00 pm recibí capacitación en la socialización del manejo de la aplicación Survey 123 herramienta que será utilizada para el diligenciamiento de las fichas de caracterización. Por parte de la ingeniera Diana Paola Lozada Núñez





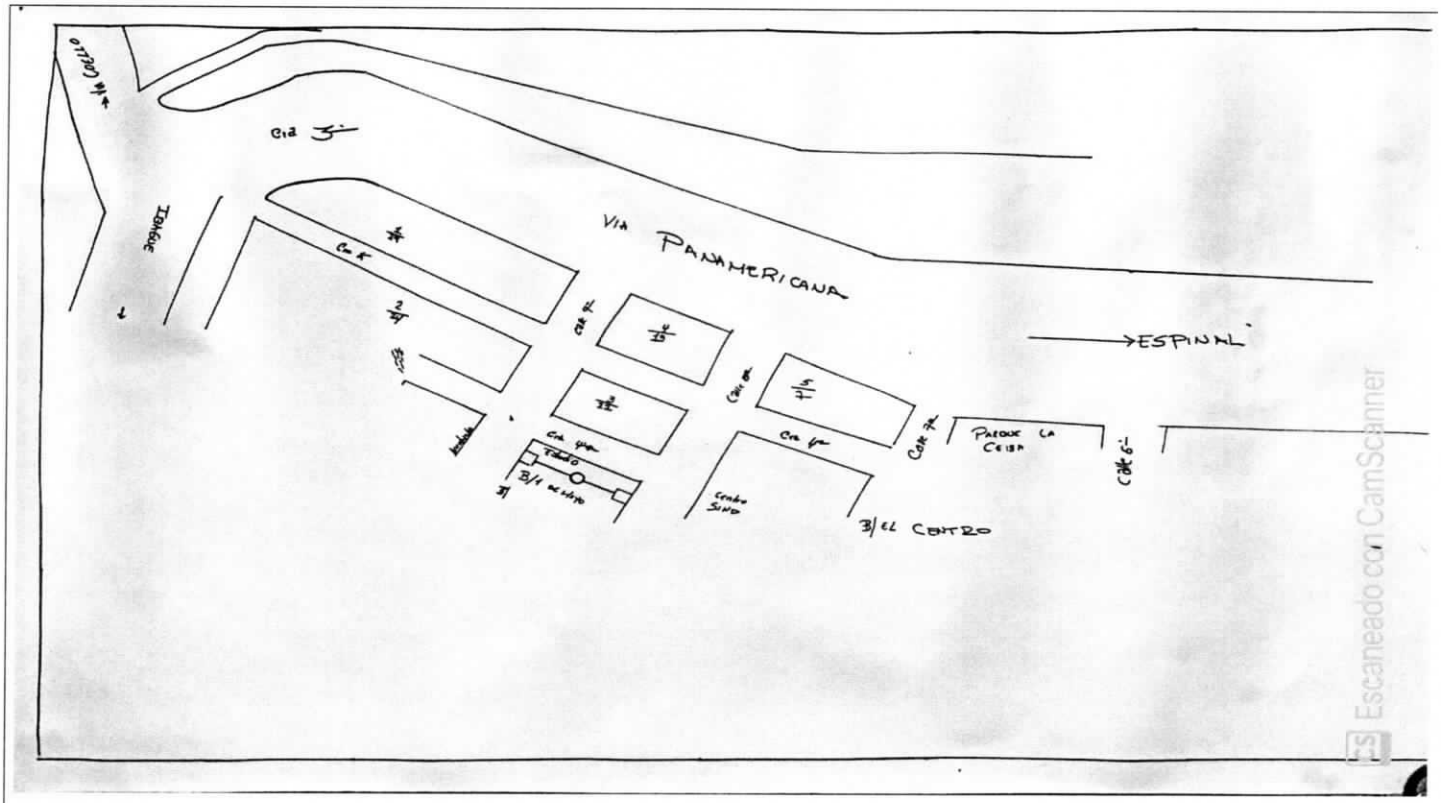
Capacitaciones realizadas los días 16 y 30 de mayo del 2024
Lugar. Hospital san Rafael del Espinal.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:2

Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades, par micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:2

La cartografía social comprende el territorio y a su vez los micro territorios que lo conforman. La realización de la misma es un trabajo elaborado por todo el equipo básico de atención Primaria en salud.
En el periodo comprendido del 14 de mayo al 12 de junio se realizo avance en las fichas de caracterización del territorio 1 micro territorio 5 barrio Las Brisas del corregimiento chicoral del municipio del Espinal. Donde se ha logrado avanzar en un total de 41 fichas de caracterización.



Cartografía barrio Las Brisas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:3

Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de salud, por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:3

En la identificación de las personas no afiliadas estamos prestos para ayudar a realizar cualquier trámite que la comunidad requiera en pro del bienestar y cuidado integral de la familia. en todo lo relacionado con sistema de afiliación transaccional entre ellas: afiliaciones, traslados, movilidad y portabilidad, teniendo en cuenta el núcleo familiar. Es un derecho para todos y cada uno de los habitantes de la comunidad.

En el periodo del 17 de mayo al 15 de junio no se identificaron personas sin afiliación al sistema de general de seguridad social en salud.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:4

Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.

ACTIVIDAD REALIZADA No:4

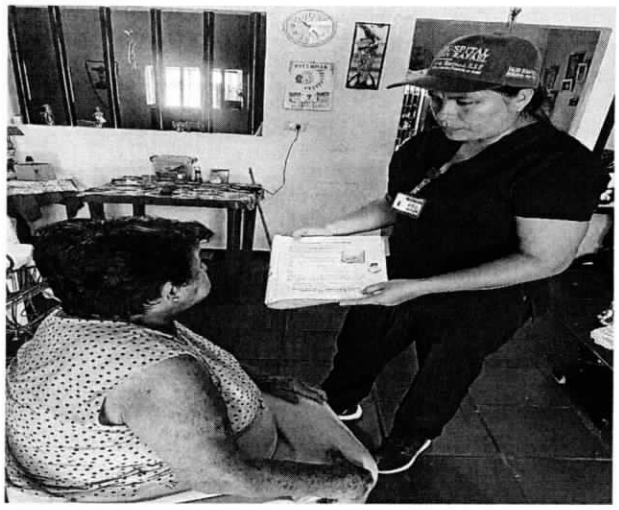
Se informa a las familias y comunidad acerca del portafolio de servicios que presta el Hospital San Rafael E.S.E como son:

CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS: ginecología, pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y traumatología, oftalmología, urología, otorrinolaringología, dermatología, psiquiatría, cardiología pediátrica, neurología, mastologia, cirugía plástica, maxilofacial, cirugía de mano, fisiatra, gastroenterología, psicología y nutrición.

ACCIONES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN: apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: terapia física, terapia respiratoria, terapia ocupacional y de lenguaje y audiología.

SALA ERA: como apoyo al servicio de urgencias y consulta externa.





OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:5

Identificar condiciones de salud, riesgo en salud y prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por momento de curso de vida edad, sexo-genero, etnia, condiciones socioeconómicas y ambientales entre otras características pertinentes, por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:5

Se identificará en el momento de la visita los riesgos a los que se encuentra expuesta la familia y a su vez priorizar su salud por cada uno de los integrantes de la familia, donde también se identificaran condiciones socioeconómicas y socioambientales que estén afectando el curso de vida y la salud del integrante de esta familia en el micro territorio asignado.

Una de las mejores estrategias es brindar educación en cada una de las necesidades básicas y prioritarias de la familia. Las cuales quedaran plasmadas en el plan de cuidado educativo que abarca

una gran variedad que cubre todos los programas de promoción y prevención en el cuidado y mantenimiento de la salud. Como también se están educando a las familias en temas como el lavado de manos y la prevención del dengue.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:6

Activar los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad en la atención por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:6

En el periodo comprendido del 15 de mayo al 14 de junio no se ha ejecutado esta obligación, ya que no se ha presentado la necesidad

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:7

Diseñar y desplegar estrategias para el seguimiento, búsqueda activa y recuperación de persona y familias que no consultan, acceden o participan en las atenciones para la salud, por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:7

Se establece estrategias acordes al funcionamiento y disponibilidad de la familia para así poder captar el momento día y hora indicado para ellos, donde los podamos abordar y poder llevar a buen término esa búsqueda activa de las personas y familias que no consultan a los servicios de salud. Del porque no hacen uso de los servicios de salud y concientizarlos de que estamos prestos a servirles y que todos tenemos derecho a una salud digna, con calidad y humanizada. Y a su vez así poder prevenir y evitar muchas enfermedades.

Las personas caracterizadas asisten a la atención en salud por tal motivo no se diseñan y despliegan estrategias para el seguimiento, búsqueda activa y recuperación de persona y familias que no consultan, acceden o participan en las atenciones para la salud, por micro territorio asignado.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:8

Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:8

Se gestionará traslado en el momento que sea necesario ya que se cuenta con un equipo de médicos, enfermeras, psicólogos y auxiliares de enfermería, todo el personal idóneo y capacitado para realizar una remisión urgente a las diferentes EAPS del municipio en el momento que se requiera.
En el periodo comprendido del 15 de mayo al 14 de junio no se ha ejecutado esta obligación, ya que no se ha presentado la necesidad.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:9

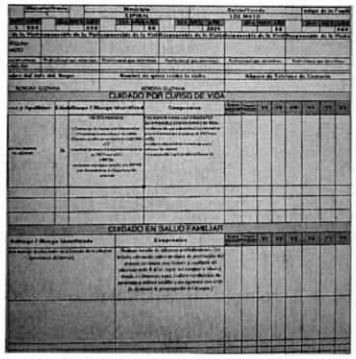
Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina por el Ministerio de Salud Protección Social para tal fin y registrar la información de las intervenciones en salud realizadas en el registro administrativo, por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:9

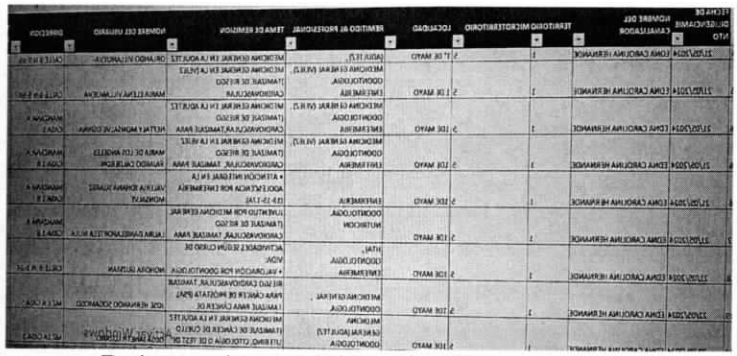
Se digitalizarán los instrumentos que son diligenciados de forma manual, posterior a ello se hará la correspondiente digitalización para ser cargadas al drive, los cuales son: boletas de remisión planillas, demanda inducida y demás.



Demanda inducida



Plan de cuidado



Boletas de remisión planillas

En el periodo comprendido del 15 de mayo al 14 de junio se han realizado las siguientes actividades:
Se han realizado planes de cuidado los cuales han sido cargados al drive.
Se ha diligenciado el Excel de boletas de remisión planillas, el cual se encuentra al día
Se han remitido 46 usuarios de demanda inducida.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:10

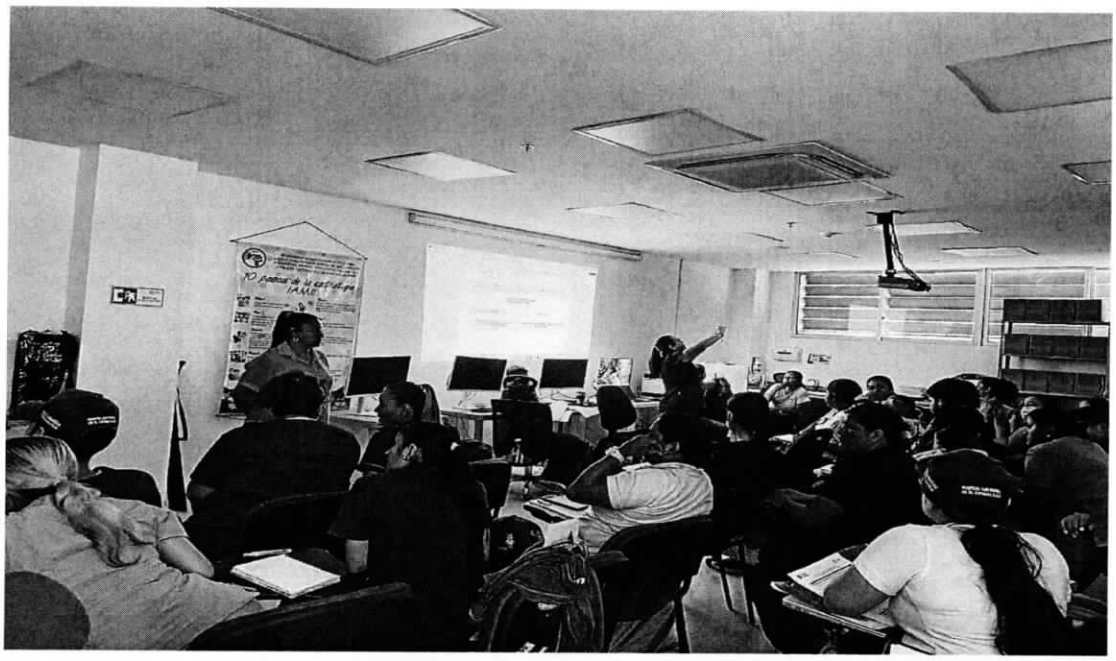
Participar en reuniones al interior del equipo para seguimiento, capacitación, cuidado al cuidador, asesoría y supervisión al trabajo colaborativo, así como el análisis de casos y definición de la conducta de manejo, por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:10

Participare de las reuniones que se hagan de manera semanal para retroalimentar las diferentes intervenciones como son: el seguimiento, demanda inducida, fichas de caracterización, posibles riesgos, educación a la familia. Y de tal forma compartir conocimiento con los demás miembros del equipo y así analizar y definir conductas a seguir en las familias intervenidas en el micro territorio asignado.

El día 22 de mayo del 2024 se recibe capacitación acerca del plan de cuidado que se va a implementar en cada uno de los miembros de la familia. Por parte de la jefe del equipo.

El día 30 de mayo se recibe capacitación de aseguramiento y capacitación acerca del cargue de la ficha de caracterización a la herramienta Survey



OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:11

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.

ACTIVIDAD REALIZADA No:11

Convocar casa a casa a la comunidad e implementando estrategias como entrega de folletos para la prevención del dengue en el micro territorio asignado.

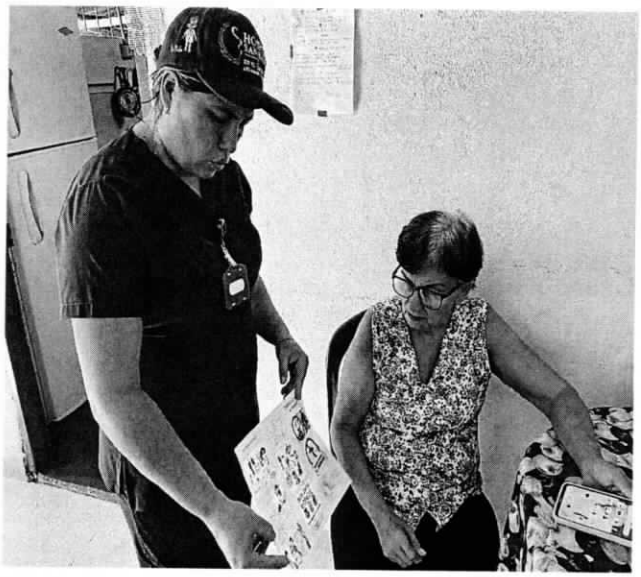
PREVENCIÓN DEL DENGUE: El dengue se Transmite a través de la picadura de un mosquito infectado llamado Aedes aegipty. Es una enfermedad que afecta personas de todas las edades, Se transmite por la picadura de un mosquito infectado con uno de los cuatro serotipos del virus del dengue.

Es una enfermedad febril que afecta a lactantes, niños y adultos. La infección puede ser asintomática, o cursar con síntomas que van desde una fiebre moderada a una fiebre alta incapacitante, con dolor de cabeza intenso, dolor detrás de los ojos, dolor muscular y en las articulaciones, y sarpullidos. La enfermedad puede evolucionar a un dengue grave, caracterizado por choque, dificultad para respirar, sangrado grave y/o complicaciones graves de los órganos.

La enfermedad tiene un patrón acorde con las estaciones: la mayoría de los casos en el hemisferio sur ocurren en la primera parte del año, y la mayoría de los casos en el hemisferio norte ocurren en la segunda mitad.

La prevención y el control del dengue debe ser intersectorial e involucrar a la familia y la comunidad.







OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:12

Hacer seguimiento al cumplimiento de metas de cobertura de la población asignada, considerando las intervenciones individuales, familiares y comunitarias - colectivas, por micro territorio asignado, conforme a la asignación de familias acordadas en reunión técnica mensual.

ACTIVIDAD REALIZADA No:12

Se hará seguimiento del cumplimiento de metas de fichas de caracterización teniendo en cuenta las intervenciones individuales, familiares y comunitarias enfocadas en la educación, conforme a la meta asignada mensualmente en el micro territorio asignado.
Área urbana barrio Las Brisas: 4 visitas diarias para un total de 41 fichas de caracterización.

Gran total **41 fichas** de caracterización realizadas en los diferentes micro territorios.

AREA URBANA	NUMERO DE VISITAS	TOTAL
Las Brisas	41	41

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:13

Programar reuniones del Equipo y de retroalimentación con la comunidad, para identificación, análisis y toma de decisiones sobre los factores que inciden integralidad en la atención de la población adscrita, por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:13

Todo el equipo debe reunirse con la comunidad del micro territorio asignado para hacer una retroalimentación en aspectos positivos y negativos de las intervenciones realizadas y adquirir compromisos de las actividades pendientes y de las que requieren un seguimiento continuo.
Esta actividad se realizará en el momento de finalización de las actividades en el micro territorio asignado.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:14

Identificar las potencialidades y riesgos en los entornos, para así priorizar las intervenciones individuales, colectivas, socios sanitarios y ambientales, en coherencia con los Planes Territoriales de Salud, por micro territorio asignado.

ACTIVIDAD REALIZADA No:14

Identificar en cada una de las familias que integrantes de la misma requieren mucha más atención para identificar los potenciales riesgos en su entorno que afecten su salud para así priorizar actividades enfocada a la mejora de la prevención y mantenimiento de la salud.

Se ha identificado dos riesgos en casi toda la población del municipio de Chicoral que es el tema de la enfermedad del Dengue, donde se educa a la comunidad sobre la importancia de los hábitos protectores como son: implementar el lavado y cepillado de las albercas mínimo cada 8 días y recolección de inservibles. Utilizar repelentes en las áreas del cuerpo que están descubiertas. Usar ropa adecuada camisas de manga larga y pantalones largos. Usar mosquiteros o toldillos en las

camas, sobre todo cuando hay pacientes enfermos de dengue, para evitar que infecten nuevos mosquitos o en los lugares donde duermen los niños. Y evitar que se propague la enfermedad.

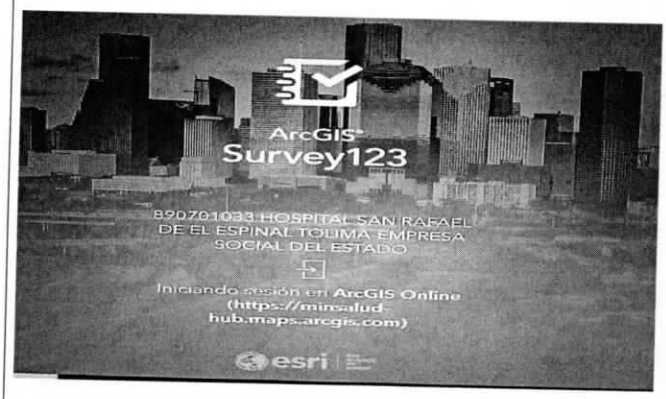
La automedicación Se orienta a las personas visitadas Las consecuencias más importantes de una automedicación irresponsable pueden ser: Aparición de toxicidad: efectos secundarios, reacciones adversas y, en algún caso, intoxicación. Falta de efectividad, porque se hace uso de ellos en situaciones que no son necesarios. Dependencia o adicción a los medicamentos

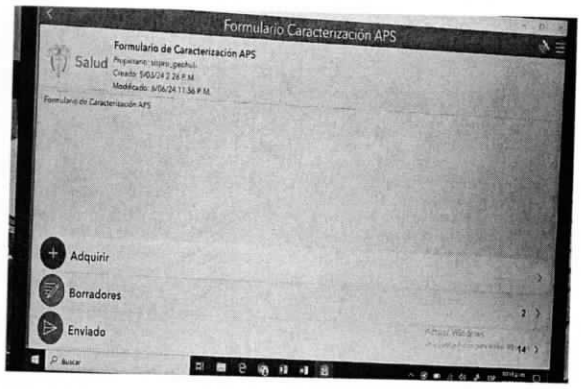
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:15

Realizar la sistematización y el reporte de información en los registros administrativos establecidos por el Ministerio, los cuales incluyen la caracterización socioambiental.

ACTIVIDAD REALIZADA No:15

se realizará la sistematización de las fichas de caracterización y la información recolectada de cada una de las familias de forma manual, se ira cargando de una manera diaria y semanal en la herramienta Survey 123.





Herramienta

cargue de la ficha

En el periodo comprendido del 15 de mayo al 14 de junio se han realizado las siguientes actividades: Se han cargado a la herramienta Survey 123, 14 fichas de caracterización correspondientes al T 1 del Mt 5.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS No:16

Entregar los soportes de ejecución de las actividades según cronograma semanal, así: Soportes en físico de los formatos de recolección de la información, los cuales deberán cumplir con el correcto diligenciamiento en todas sus variables sin tachones y enmendaduras, debidamente foliados y archivados según ley de archivo. Así mismo una copia con los soportes en CD, de las evidencias fotográficas para cada una de las actividades y los formatos de recolección de información.

ACTIVIDAD REALIZADA No:16

Descripción de las Actividades Adelantadas:

Se entrega informe mensual comprendido del 17 de MAYO al 17 JUNIO del 2024 con sus respectivos soportes

- Cuenta de Cobro
- Informe de Actividades
- Soporte de Evidencias
- Soportes de Pago de Seguridad Social JUNIO y JULIO del 2024
- Acta de Inicio y Contrato

CUMPLIMIENTO DE PAGO DE SEGURIDAD

MES DE JUNIO DE 2024

SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	PLANILLA No.	VALOR
SALUD	SALUD TOTAL	16 AL 30 DE JUNIO 2024	9471481702	81.300
PENSION	PROTECCION	16 AL30 DE JUNIO 2024	9471481702	104.000
ARL	POSITIVA	16 AL30 DE JUNIO 2024	9471481702	15.900

ES DE JULIO DE 2024

SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	PLANILLA No.	VALOR
SALUD	SALUD TOTAL	1 AL 30 DE JULIO DE 2024	9471482379	162.500
PENSION	PROTECCION	1 AL 30 DE JULIO DE 2024	9471482379	208.000
ARL	POSITIVA	1 AL 30 DE JULIO DE 2024	9471482379	31.700

Elaboro: Marisol Hernandez

MARISOL HERNANDEZ
C.C. 1.105.056.974 DE COYAIMA
EBAS-2- ESPINAL
Hospital San Rafael E.S.E de Espinal

Reviso:

EDNA MARGARITA BOCANEGRA
Trabajadora social
Coordinadora EBAS
Hospital San Rafael E.S.E de Espinal

Aprobó:

HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO
Médico General
Supervisor
Hospital San Rafael E.S.E de Espinal
Subdirección Operativa (e),
Hospital San Rafael E.S.E de Espinal