HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL E.S.E	**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 111.123.449

CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA.

INFORMACION DEL CONTRATISTA:

Nombre o Razón Social	MARISOL HERNANDEZ
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	MAYO

Valor del pago	$ 2,000,000	Saldo del contrato	$ 4,000,000

OBSERVACIONES: El presente pago se efectua conforme a las actividades contempladas para los Equipos Basicos de Salud del Hospital San Rafael de El Espinal- Tolima, para el perido entre 17 de abril al 16 de mayo de 2024.

Ciudad y Fecha:

Firma:
Supervisor:

24 MAY 2024

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE	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:	CPSAG							**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	4	2024	al	16	5	2024	**Plazo de ejecucion:**	3 MESES
Interventor:	N/A							**Número de cédula o NIT:**	n/a
Supervisor:	HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO							**Numero de cedula:**	93355327
Nombre funcionario o contratista apoyo a la supervision:	N/A							**Objeto:**	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS 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**	8/04/2024
			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)**	0

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 DEL ESPINAL ESE	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR	
CÓDIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13	VERSIÓN: 01	PÁGINA: 3 de 3

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

5. Garantías (Si aplica).

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

5.1 Ampliaciones garantías (Si aplica).

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

6. Balance financiero del contrato.

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

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

La supervisión y/o interventoría 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 artículo 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 jurídicas, 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	PLANILLA N° 4551447298 DEL MES DE ABRIL , 4687451853 DEL MES DE MAYO - FECHA DE PAGO : 16/05/2024
Certificación pago de Aportes	
Fecha emisión de Informe	MAYO 2024

Nombre Supervisor y/o Interventor: HERNEY ARMANDO BURTICA MONCALEANO
Cargo Supervisor: Subdirector operativo

N/A

Nombre apoyo a la supervisión:
Cargo o Contrato:

ORDEN DE PAGO No. 82818

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

Nit 890701033

DIA	MES	AÑO
23	may	2024

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

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

Factura: DS706/CC01 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 abril 17 a mayo 16 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

DS706

- 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 : 23.05.2024 Fecha Recepción : 23.05.2024 Modalidad de Pago : Contado Plazo : 0 Días.

Detalle de servicios prestados para el documento número : DS706

Código	Descripción	Fecha	Tipo de Operacion	Valor/Unitario	Cantidad	Valor Total
mari-abr24	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 abril 17 a mayo 16 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 18764054512892 aprobado en 2023-08-25 prefijo DS desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses
- Representación Gráfica - Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar
Código Único de Documento Soporte - CUDE
:6b3f2344c019f689003063aa570e635983397a6e4b39f46999d31e93268ff42b6b6f9ae2e53ee69f91e2a2e6aada2de5

CUENTA DE COBRO 01

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL

NIT. 890.701.033-0

DEBE A:

MARISOL HERNANDEZ
C.C. 1.105.056.974 COYAIMA –TOLIMA

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

POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE 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 ABRIL DEL 2024 AL 16 DE MAYO DEL 2024.

CONSIGNAR A: ***BANCOLOMBIA***
CUENTA DE AHORROS N. 427-652760-76

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.

Espinal, mayo 16 de 2024.

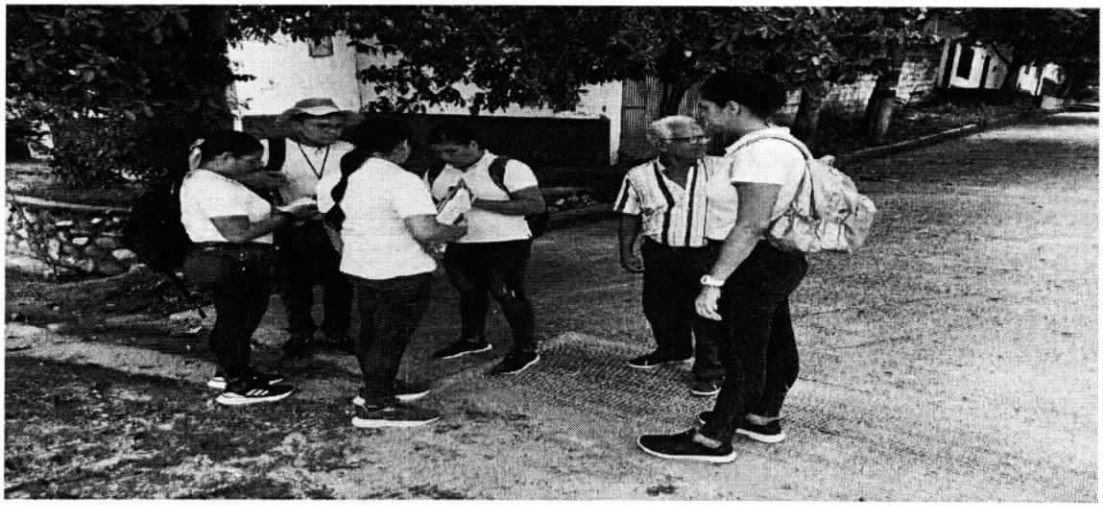
Marisol Hernandez
MARISOL HERNANDEZ
CC. 1.105.056.974 COYAIMA

INFORME DE ACTIVIDADES	
PERIODO DE EJECUCIÓN: 17 DE ABRIL DEL 2024 AL 17 DE MAYO 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 del 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 DESARROLLADAS	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	

OBLIGACION No. 1: Realizar Caracterización familiar y el entorno (familias caracterizadas en el micro territorio asignado), de acuerdo con el registro administrativo o 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 (por ejemplo, el Sistemas de Seguimiento al Desarrollo Integral de Primera Infancia), aplicar los siguientes instrumentos i: a) Familograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa, por territorio asignado,

Descripción de las Actividades Adelantadas:

- El 2 de mayo se hace la apertura al programa y se realizó la primera caracterización a la familia del presidente de la Junta de Acción Comunal del barrio las Brisas de Chicoral el señor Julio González y se le informo a la comunidad de este barrio que a partir del 6 de abril se estará realizando la caracterización para el programa APS en este barrio.
- DEL DIA 6 AL 9 DE MAYO se continua con la caracterización a la comunidad del barrio la brisas de Chicoral en micro territorio 2 en total se visitó 10 casas aplicando el instrumento de las fichas del familiograma, Apgar familiar, escala de Zarit y el ecomapa en cada familia intervenida en la caracterización.



OBLIGACIÓN No. 2:

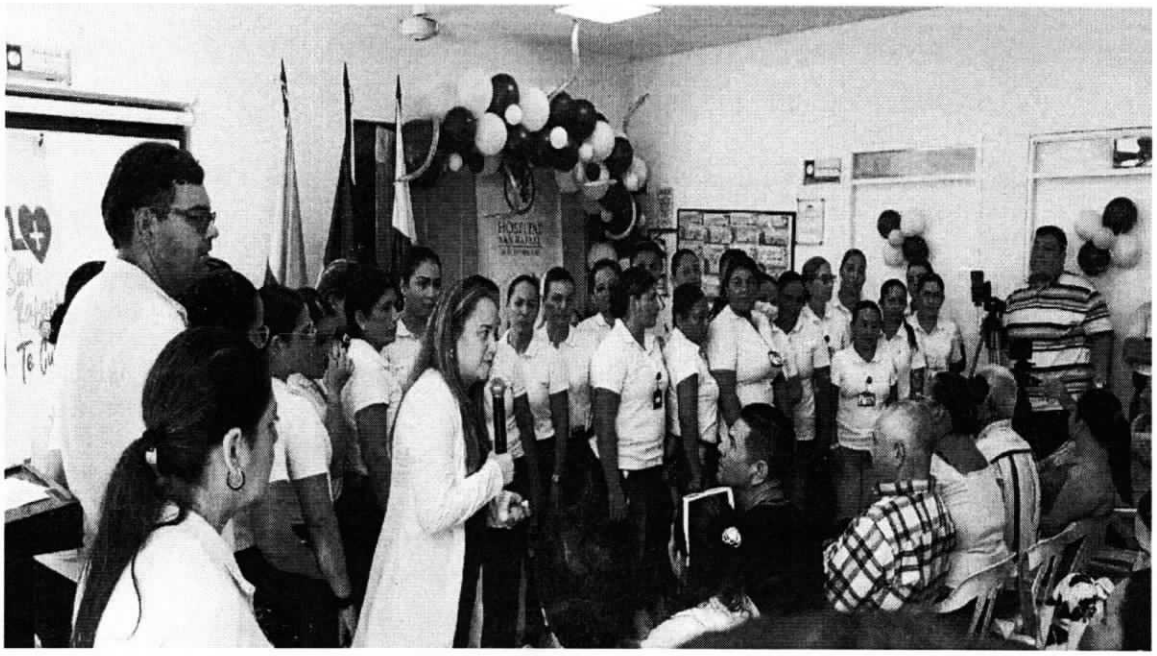
Realizar Mapeo y Cartografía Social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades, por micro territorio asignado.

Descripción de las actividades adelantadas:

- **El día 02 mayo** Se ejecuto reunión de articulación con el presidente de la Junta de Acción Comunal el señor Julio Gonzales el **2 de mayo del 2024** en el Centro de Salud de Chicoral, presentando el Equipo Básico de Atención en Salud, la conformación, operación y seguimiento, además se realizó el recorrido e identificando los diferentes puntos específicos del barrio y las dinámicas sociales de sus habitantes y obtener información para el ejercicio de cartografía social del Micro territorio.

- **El día 03 de mayo** se visitos los barrios Centro, Libertador, Primero de Mayo, Agrario, Brisas, Vereda la Ventana y se realizó recorrido por algunos sectores de los barrios ya nombrados para recolectar información para el ejercicio de cartografía social y los puntos específicos para la cartografía.

Registro fotográfico

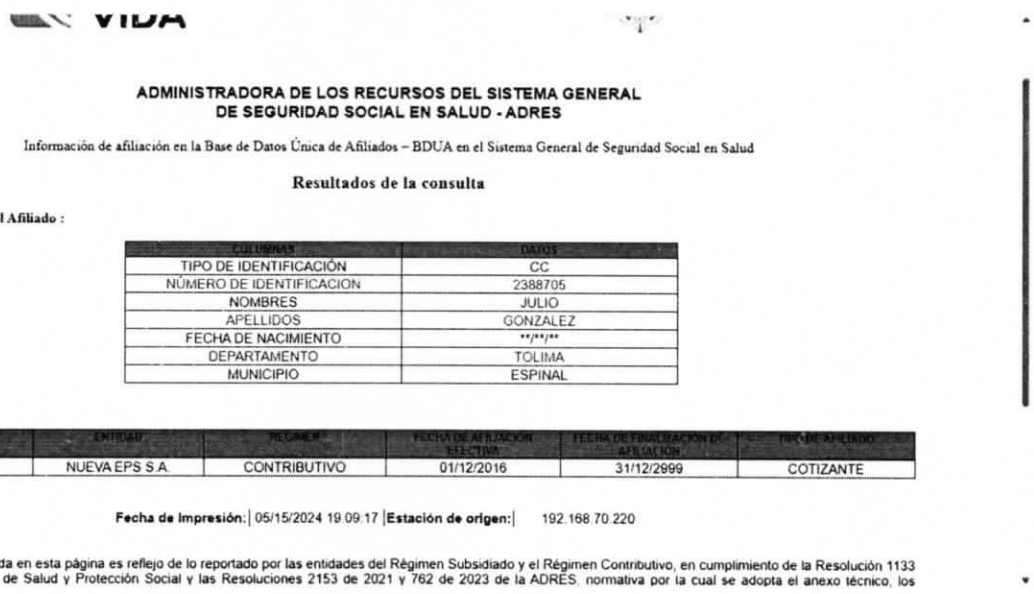


OBLIGACIÓN No. 3

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.

Descripción de las actividades adelantadas:

En las visitas que se realizaron del 6 de mayo al 9 de mayo se evidencio que las personas que conforman los núcleos familiares caracterizados se encuentran afiliados al SGSSS razón por la cual durante este periodo no se procedió a gestionar tramites de afiliación a salud para confirmar se realizó verificación en ADRES.



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	2388705
NOMBRES	JULIO
APELLIDOS	GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	ESPINAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 05/15/2024 19:09:17 |**Estación de origen:**| 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los

OBLIGACIÓN No. 4.

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

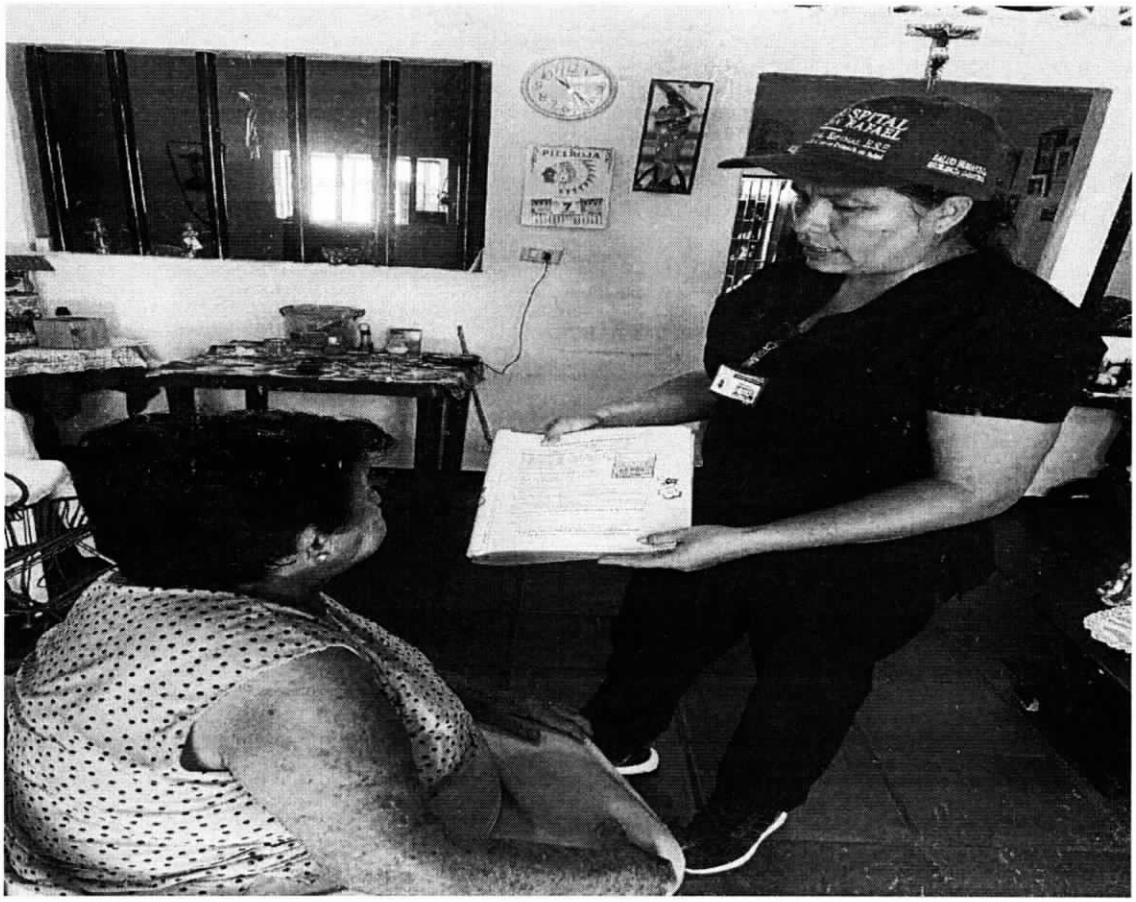
Durante la visita que se realizaron se les informo a cada una de las familias caracterizadas el portafolio de servicios que presta el hospital san Rafael del espinal, y diferentes hospitales de acuerdo a su afiliación, las líneas de atención al usuario y las especialidades que maneja el hospital asignado.

OBLIGACIÓN No. 5.

Identificar condiciones de Salud, riesgo en Salud y prioridades de respuestas 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.

Durante la visita se detecto el manejo adecuado de las basuras, la mayoría consume agua directa del acueducto, encontramos sin control de crónicos, y ausentes en las diferentes rutas de vida que maneja el hospital,



OBLIGACIÓN No. 6

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

No se identificaron usuarios del 6 al 9 de mayo en el micro territorio asignado que fue el barrio las brisas de Chicoral que necesitara ese servicio en el micro territorio

de referencia y contra referencia para atender en el hospital san Rafael en el centro de salud de chicoral.

OBLIGACIÓN 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, micro territorio asignado.

Se le brindo orientación a las familias sobre la importancia de acceder a la atención en salud manifestándoles que visitar periódicamente al médico es recomendable, ya que puede ayudar a conocer mejor el estado de salud, detectar a tiempo posibles problemas e iniciar un tratamiento precoz que aumente las probabilidades de bienestar en el futuro.



OBLIGACIÓN 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.

Durante las visitas realizadas para la caracterización del micro territorio del barrio las Brisas de Chicoral no se encontraron personas que necesitaran remisión urgente a un centro de salud.

OBLIGACIÓN No. 9.

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

Que a la fecha El aplicativo no está funcionando y se utilizo una base de datos de Excel en la cual se está alimentando diariamente la aplicación para registrar el proceso que se lleva en las visitas que se están realizando en cada micro territorio en el barrio centro de chicoral.

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD:											
IDENTIFICACIÓN DEL TERRITORIO:						MES:					
NOMBRE DEL PROFESIONAL O AUXILIAR:											
COMUNIDAD GENERAL/INDIGENA	FECHA CARACTERIZACIÓN	NOMBRE DE LA VEREDA/BARRIO	ORDEN	TIPO DOC	N. DOCUMENTO	NOMBRES	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	CURSO
NINGUNA	2/05/2024	LAS BRISAS	REMISIÓN	CC	2388705	JULIO	GONZALEZ	10/4/1946	78	M	VEJEZ
NINGUNA	2/05/2024	LAS BRISAS	PSICOLOGIA	CC	28718588	MELBA	ORTIZ CALDERON	8/11/1953	67	F	VEJEZ
NINGUNA	6/05/2024	LAS BRISAS	MEDICA	CC	93131185	MILTON	RODRIGUEZ QUINBAYO	9/8/1975	49	M	ADULTEZ
NINGUNA	6/05/2024	LAS BRISAS	MEDICA	CC	65704227	CLAUDIA PATRICIA	GARCIA GUAYARA	31/12/1976	37	F	ADULTEZ
NINGUNA	6/05/2024	LAS BRISAS	MEDICA	CC	65696705	NORMA JANETH	RODRIGUEZ QUINBAYO	17/12/1967	57	F	ADULTEZ
NINGUNA	6/05/2024	LAS BRISAS	MEDICA	CC	1006148194	NATALIA	GARCIA RODRIGUEZ	20/10/2002	21	F	JUVENTUD
NINGUNA	2/05/2024	LAS BRISAS	MEDICA	CC	65704388	EDNA PIEDAD	GONZALEZ ORTIZ	28/6/1977	47	F	ADULTEZ
NINGUNA	2/05/2024	BRISAS	MEDICA	TI	1107980425	LUIS ANGEL	HERNANDEZ GONZALEZ	15/10/2009	14	M	ADOLECEN

Consolidado Básico | Registro Familias visitadas TT | Registro Demanda Inducida | Remisior

Modo Filtrar | Accesibilidad: es necesario investigar

OBLIGACIÓN 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 microterriotorio asignado.

- **El día 15 de abril** se participó de Asistencia Técnica Virtual Sobre SIIAPS-Regional Andina (Parte Sur) Liderada Por La Dirección De Promoción Y Prevención, Grupo De Gestión P Y P Ministerio De Salud

- **El día 15 de abril** participe a la capacitación para la Socialización de los Lineamientos fortalecimiento de la Gestión Territorial en APS, Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento, enero 2024 (general) en el hospital san Rafael

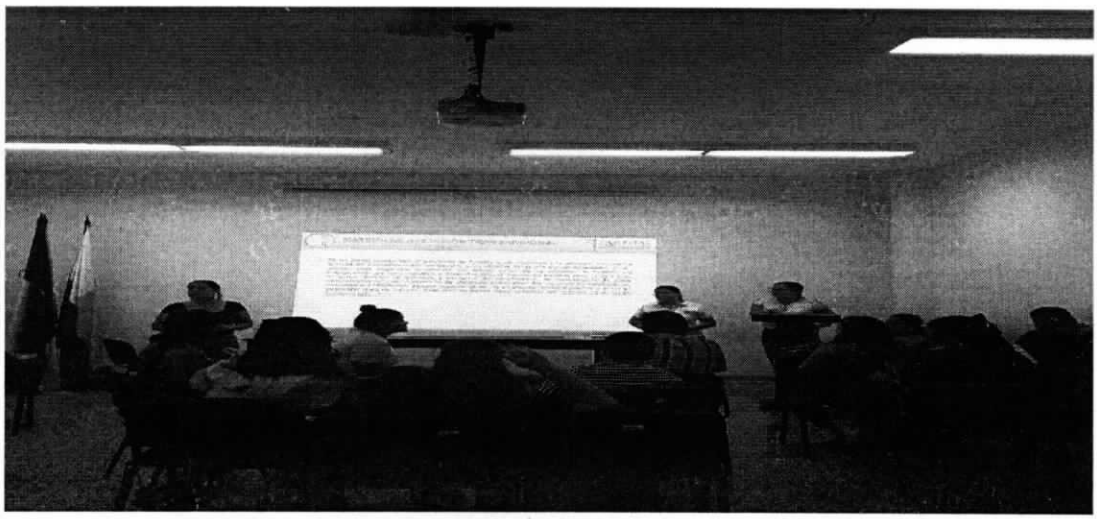
- **El día 16 de abril del 2024** Participe a la Socialización de los lineamientos para el fortalecimiento de la gestión territorial de OPS de los Equipos Básicos de la Salud conformación operación seguimiento en el hospital san Rafael en el auditorio
- **El día 16 de abril 2024** Participe a la Asistencia técnica virtual realizada por la DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, GRUPO DE GESTIÓN PYP MINISTERIO DE SALUD en el auditorio del hospital san Rafael del espinal

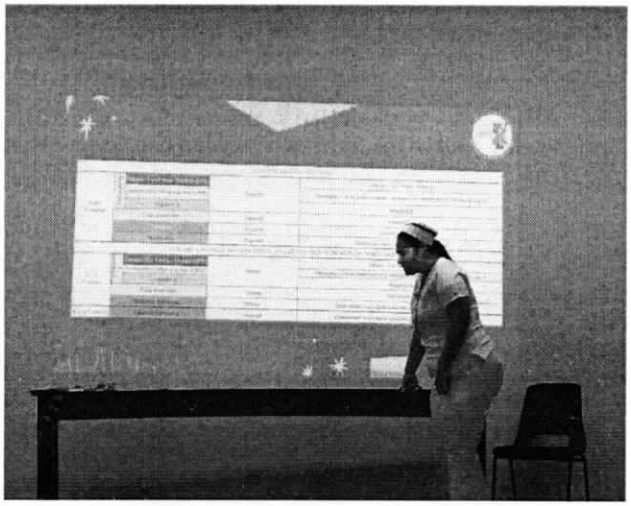
- **El día 17 de abril** se participó del taller fortalecimiento de capacidades (teórico practico) resolución 3280/18 "por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación ·"., liderado por la coordinadora Ana Doris Rodríguez en el Hospital San Rafael.

- **El día 19 de abril** se participó de la capacitación fortalecimiento de capacidades (teórico practico) resolución 2465 del 2016 "por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones", Resolución 2350 del 2020 "lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad", taller práctico por EABS talla, peso e IMC.

- **El día 22 de abril** Asistí de la capacitación de sistema de afiliación transaccional dirigida por la trabajadora social **Daniela Rodríguez** en el Hospital San Rafael del Espinal.

- **El día 25 de abril** Participe del taller fortalecimiento de capacidades (teórico practico) de cartografía social dirigido por la enfermera Laura Bocanegra en el Hospital San Rafael de Espinal.
- **El día 25 de abril** se participó de la jornada de socialización por parte de la Gobernación, programa de salud mental- línea naranja "**yo te escucho**" liderado por la profesional Sandra Milena Bedoya y las diferentes líneas de apoyo para la ayuda de la salud mental.
- **El día 8 /05/ y 9/05/** de mayo del 2024 participe en las reuniones con la jefe de enfermería para socializar los temas del trabajo y arreglo de papelería y las falencias que tenemos en el grupo para así mejorar cada día en la labor que estamos haciendo diario en las visitas de caracterización





OBLIGACIÓN No. 11.

Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas – barrios y micro territorio – abordados por el equipo.
Durante este periodo no se realizaron seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas – barrios y micro territorio – abordados por el equipo.

OBLIGACIÓN No. 12

Hacer seguimiento al cumplimiento de metas de coberturas 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.

Se realizo caracterización a las familias asignadas, se inició con las visitas de diez hogares durante la semana para hacer un buen trabajo y al serla primera semana de caracterización.

OBLIGACIÓN No. 13.

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

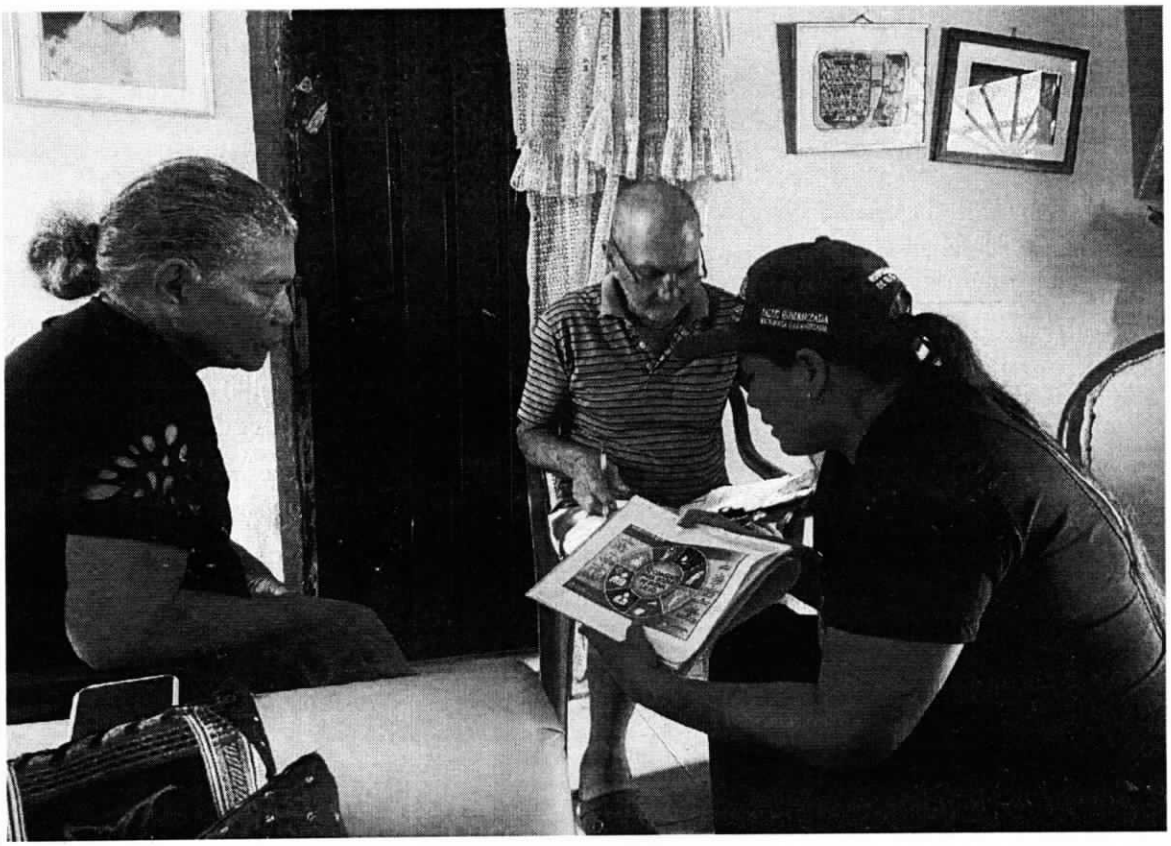
Los días 8 y 9 se asistió a reunión con el equipo para retroalimentar los procesos que se han hecho en las visitas de caracterización y aprender mas sobre este proceso que se está llevando. Y la promoción de los factores de prevención de dichas enfermedades y las diferentes rutas de vida que se implementa en la caracterización.



OBLIGACIÓN No. 14.

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

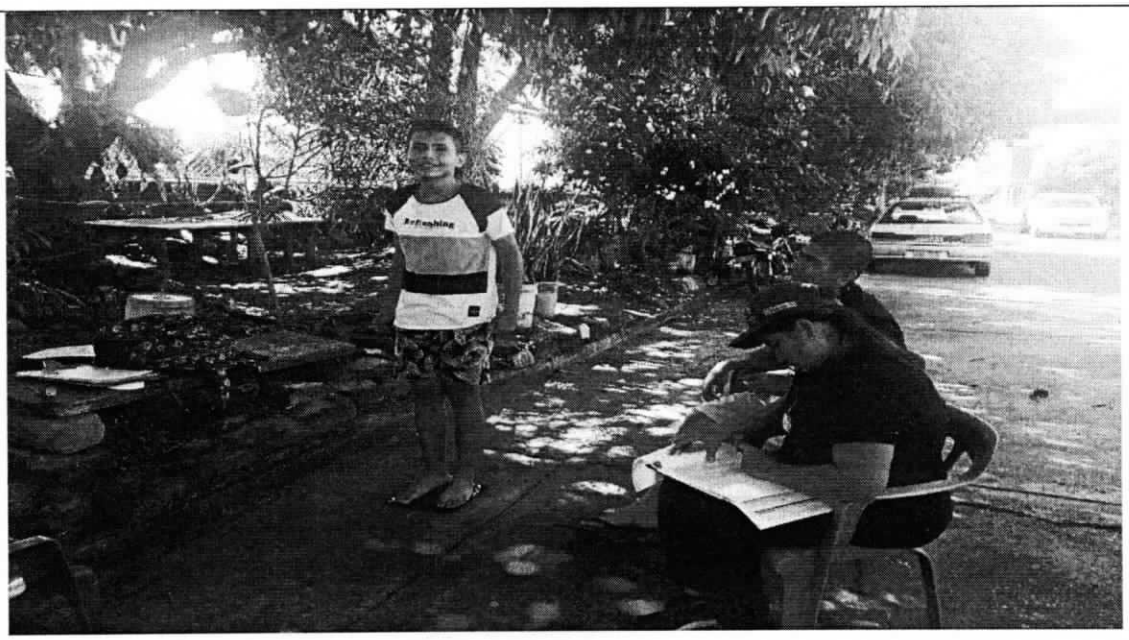
En las visitas se identifica los factores de riesgo de las personas que se encuentran en los micro territorios para así tener unos buenos hábitos en la parte de la salud donde se aborda la educación de hábitos de alimentación, y lo importante que tiene que ir al hospital para así no enfermarse y dar a conocer que esas intervenciones son gratuitas



OBLIGACIÓN No. 15.

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

se está realizado las visitas de caracterización manual y pasando a la base de datos a un Excel ya que no han definido la aplicación que se va a utilizar a espera del uso del aplicativo y las diferentes herramientas que se utilizaran para mejorar el trabajo



OBLIGACIÓN No. 16.

Entregar los soportes de ejecución de las actividades según cronograma semanal, así: Soporte en físico de los formatos de recolección de la información, de 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 por cada una de las actividades y los formatos de recolección.

Se hace entrega de los formatos de recolección de información de las 10 familias caracterizadas debidamente diligenciados.

Se entrega informe mensual comprendido del 17 de abril al 16 de mayo del 2024 con sus respectivos soportes

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

CUMPLIMIENTO DE PAGO DE SEGURIDAD

MES DE ABRIL DE 2024

SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	PLANILLA No.	VALOR
SALUD	NUEVA EPS			
PENSION	PORVENIR			
ARL	COLMENA			

MES DE MAYO DE 2024

SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	PLANILLA No.	VALOR
SALUD	NUEVA EPS			
PENSION	PORVENIR			
ARL	COLMENA			

Elaboro:

Marisol Hernandez
MARISOL HERNANDEZ
C.C. 1.105.056.974
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	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:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			45514472 96	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/05/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998699823

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	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

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	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

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	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1105056974	HERNANDEZ MARISOL	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000	110505697	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	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 facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
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):			2024/05/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999999593

TOTAL APORTES A PENSION

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						
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	INP	PENSIÓN						SALUD					ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINED	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	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 IBARBOL	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	01																	230301-PORVENIR	30	1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-25-COLMENA	30	1.300.000	11050569	$ 31.700	$ 0							

TOTAL	$ 412.300

Planilla Pagada

Coyaima, junio 18 del 2024

Señora
EDNA MARGARITA BOCANEGRA
Coordinadora de APS del Hospital San Rafael E.S.E
Espinal Tolima
E. S. M.

Asunto: Renuncia irrevocable.

Marisol Hernández C.C. 1.105.056.974 de Coyaima, agradezco la oportunidad y la experiencia que me brindaron durante el tiempo laborado, muy respetuosamente le informo que por motivos personales tome la decisión de presentar la renuncia irrevocable ante esta entidad.

Espero su compresión y apoyo.

Cordialmente,

Marisol Hernandez
MARISOL HERNANDEZ
Auxiliar de enfermería