CUENTA DE COBRO

CUENTA DE COBRO No 002

CONTRATO 598 DE 2024

HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

NIT. 8905010438-1

DEBE A:

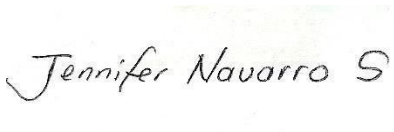
JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
C.C. 1091659517 DE OCAÑA

LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS
TREINTA Y TRES MIL
CUATROSCIENTOS PESOS M/CTE
($4.833.400)

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROFESIONALES EN ÁREA PSICOSOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PLASMADAS EN EL DOCUMENTO DENOMINADO "LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS A COFINANCIAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO RESOLUCIÓN 820 DE 2024 PARA LA POBLACIÓN DE SAN CALIXTO, NORTE DE SANTANDER. A LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES OCAÑA, **DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2024.**

Cordialmente,



JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
C.C. 1091659517 EXPEDIDA EN OCAÑA NORTE DE SANTANDER
Teléfono: 3173034107
Número de Cuenta de ahorros BANCOLOMBIA 31871978096

INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Para efectos del presente formato de informe de ejecución, en adelante la E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

DATOS DEL CONTRATO	
PERIODO DEL INFORME	16 de octubre al 15 de noviembre de 2024
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
NUMERO DE CONTRATO	598
NOMBRE CONTRATISTA	Jennifer Alexandra Navarro Sarabia
DOCUMENTO CONTRATISTA	1091659517
VALOR	16.916.900 M/CTE
FECHA INICIO DEL CONTRATO	16 de septiembre de 2024
FECHA TERMINACION DEL CONTRATO	23 de diciembre de 2024
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROFESIONALES EN ÁREA PSICOSOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PLASMADAS EN EL DOCUMENTO DENOMINADO "LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS A COFINANCIAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO RESOLUCIÓN 820 DE 2024 PARA LA POBLACIÓN DE SAN CALIXTO, NORTE DE SANTANDER. A LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES OCAÑA. **DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2024.**

se denominará EL HOSPITAL y, la otra parte, EL CONTRATISTA.

1. OTROSI/SUSPENSION						
ADICION	SI		NO		VALOR	$
PRORROGA	SI		NO		PERIODO ADICIÓN	
MODIFICACIÓN	FECHA	DD/MM/AAAA		ASUNTO		
SUSPENSIÓN	SI		NO		CAUSA	
FECHA INICIO	DD/MM/AAAA		FECHA FIN		DD/MM/AAAA	

2. INFORMACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	María Paula coronel Ojeda
CARGO	**Coordinadora SIAU**
NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO	Liceth Vanessa santana Rodriguez
CARGO/CONTRATISTA	**Supervisora SIAU**

3. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

1. **ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME:** Se consignan las actividades ejecutadas, tal como se encuentran establecidas o descritas en el contracto -OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA-:

OBLIGACION	DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES
1. Apoyar el desarrollo de la estrategia de focalización en San Calixto, Norte de Santander, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social	A la entrega el presente informe, se relaciona que esta obligación ya fue desarrollada y cumplida al 100% ya que hacía parte de la fase inicial de la implementación del proyecto. Es de resaltar, que para alcanzar la focalización en el tiempo estipulado el equipo psicosocial realizo apoyo en la revisión en las diferentes bases de datos entregadas por la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares con el fin de facilitar el proceso de focalización de personas víctimas del municipio, permitiendo de esta manera que se llevara a cabo una comunicación oportuna, con posibilidad de resaltar la importancia de la participación del programa PAPSIVI como aporte a lograr una reparación integral desde el componente de salud física y mental.

	El proceso anteriormente mencionado, permitió la focalización de 300 personas del municipio de San Calixto, siendo la mayor parte de ellas víctimas del conflicto armado en nuestro país. Al mismo tiempo, se tienen en cuenta directrices desde la coordinación ya que desde un seguimiento realizado por el Instituto Departamental de Salud se propone ampliar la meta inicial para evitar que al final por cualquier situación de abandono de un plan familiar del programa se vea afectada directamente el cumplimiento de la meta para el municipio, razón por la cual se focalizan 5 personas más para un total de 305 participantes del programa. Las personas participantes fueron focalizadas en el área tanto urbana como rural y se encuentran en diferentes veredas como, lagunitas, el cerro, el loro, la quina, balsamina, Burgama, potrero grande, san José de la sabana y barrios como, el Carmen, Henry Alfonso machado, Tamaco, Calle Nueva, Brisas del rosario, villa pinzón, Betania, Manizales entre otros.
2. Verificar la inclusión de las víctimas en el RUV o en la base de datos de sentencias nacionales e internacionales	Las verificaciones de inclusión en el Registro Único de Victimas (RUV) fueron realizadas principalmente a los jefes de hogar o representantes del mismo, con el fin de validar el estado del registro dentro de este aplicativo y asegurar que los demás integrantes en su mayoría también estuvieran con un estado de inclusión. El proceso fue llevado a cabo por medio de la coordinadora del programa PAPSIVI para el municipio de San Calixto, toda vez que solo existe un usuario habilitado a nombre de la enfermera jefe del centro médico y por disponibilidad de tiempo, confidencialidad de la información y agilidad se realizaba el mencionado direccionamiento de la búsqueda. Es importante manifestar que este proceso de verificación fue realizado a la par del proceso de focalización para garantizar la participación de víctimas del conflicto en programas de acceso a la reparación como parte de los lineamientos del Ministerio de Salud y Prosperidad Social

3. Participar de las Juntas Médicas del equipo de Atención Integral para la formulación y seguimiento del plan de atención integral	Durante la ejecución de las actividades programadas para el periodo comprendido entre el 16 de octubre al 15 de noviembre, la contratista participo de manera activa en 4 juntas médicas distribuidas en fechas del del 26, 29,31 de octubre y 2 de noviembre del 2024, en estos espacios de concertación de los planes de atención integral se reunieron el enfermero jefe, medica, la psicóloga y el equipo psicosocial. Teniendo en cuenta los procesos individuales de cada profesional, la contratista logró concertar la aprobación de 38 planes de atención integral; dentro de los cuales 30 planes corresponden a intervenciones individuales y 8 planes de atención integral corresponden a intervenciones familiares para un total de 53 personas. La anterior descripción de planes corresponde a que dentro de mi rol como profesional en psicología se me asigna la atención de los planes individuales para darle un posible manejo desde el área de intervención.
4. Concertar los planes de atención integral con las víctimas de acuerdo con los hallazgos identificados en la valoración, bajo el principio de intersectorialidad, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social	La contratista le dio cumplimiento a la concertación de los planes de atención integral durante la ejecución de las actividades planeadas para el desarrollo del presente periodo contractual. Por lo anterior, se relaciona la concertación de 38 planes de atención integral correspondientes a 53 personas los cuales están distribuidos de la siguiente manera: 30 planes hacen relación a procesos individuales para los cuales dentro de las visitas de acercamiento fue formulado con la persona participante el tema principal a trabajar teniendo en cuenta la identificación de necesidades particulares durante la valoración conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social definidos para el desarrollo del programa PAPSIVI en su resolución 820. De igual manera, se llevó a cabo la concertación de 8 planes familiares, dentro de los cuales se estipulo la temática sobre la cual se va a abordar desde el ámbito familiar para llevar a cabo la planeación de las acciones a desarrollar durante las visitas de atención psicosocial.

5. Brindar la atención psicosocial de manera intramural y extramural conforme a lo definido en el plan de atención integral y en el marco de las orientaciones propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social	La contratista ha realizado el cumplimiento de la actividad por medio del avance en el proceso de atención psicosocial de manera intramural y extramural conforme a lo definido en los planes de atención integral concertados tanto en la modalidad familiar como individual, lo anterior para darle cumplimiento a los lineamientos estipulados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para lo anterior, y según los tiempos de ejecución para el municipio de San Calixto, hasta la fecha se han realizado 3 sesiones tanto en planes individuales como familiares. Estas atenciones fueron ejecutadas en las siguientes fechas: Sesión 2: semana comprendida entre el 4 al 9 de noviembre Sesión 3: semana comprendida entre el 11 al 16 de noviembre Se resalta que las atenciones psicosociales son desarrolladas de manera semanal, teniendo en cuenta las orientaciones vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social para la resolución 820. Finalmente, se relaciona que a la fecha no se ha evidenciado desistimiento por parte de la población victima participante, lo cual permite el avance y cumplimiento a la fecha de los objetivos planteados para el municipio.
6. Realizar el cargue de la atención psicosocial de manera oportuna en el aplicativo web PAPSIVI	A la fecha, la contratista ha ido realizando el cumplimiento de esta actividad toda vez que pese a los inconvenientes reflejados en el aplicativo web papsivi, se han logrado crear en el sistema 7 planes de atención integral. Si bien es cierto que las acciones de cargue hasta el momento podrían ser bajas, se resalta que la contratista ha estado realizando de manera oportuna el ingreso al aplicativo pero este, presenta diferentes fallas a nivel de funcionamiento lo que impide obtener reflejado un avance mayor, adicionalmente se manifiesta que en el municipio de San Calixto se han venido presentado desde semanas atrás, fallas en toda la red de comunicaciones de internet lo cual incrementa las dificultades; más sin embargo se cuenta con toda la disposición de ingresar al aplicativo de manera constante para continuar dándole cumplimiento a la actividad dentro de los tiempos estipulados para tal.
7. Participar en las acciones de Desarrollo de Talento	Para el cumplimiento de esta actividad, la contratista

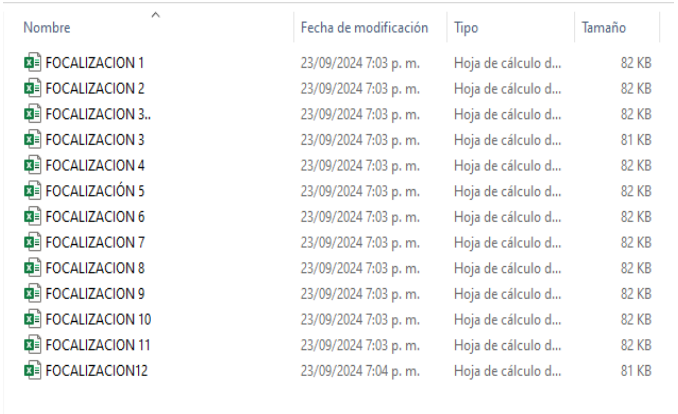
Humano	participara de manera oportuna en el primer encuentro de Desarrollo de Talento Humano programado desde el área encargada de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares para el día viernes 22 de noviembre del 2024, espacio dedicado al bienestar y fortalecimiento emocional como parte de nuestra labor con personas víctimas del conflicto armado. Adicionalmente, como equipo de trabajo se han venido realizando durante la ejecución de las actividades planeadas, reuniones de manera presencial, citadas por la coordinadora para el municipio de San Calixto Laury Rodríguez, dichos encuentros se han llevado a cabo en el centro médico del municipio los días 28 de octubre y 12 de noviembre, ambos con el fin de resolver las dudas surgidas durante la ejecución de actividades, realizar monitoreo a los avances de actividades y verificar el adecuado manejo de la información en el registro de la información dentro de los diferentes formatos estipulados por el Ministerio de Salud y Protección Social. De igual manera, bajo la invitación de la coordinadora se desarrolla un encuentro virtual para conocer el manejo del aplicativo web papsivi el día 5 de noviembre, en el cual participaron las profesionales psicosociales del municipio de Ocaña y San Calixto con sus coordinadoras a cargo.

8. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida del proceso de atención psicosocial	La contratista le dio cumplimiento a esta actividad desde el inicio de la relación contractual con la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, garantizando la confidencialidad de la información con la firma de los diferentes acuerdos como parte de nuestro rol psicosocial y manejo de información de personas víctimas del conflicto armado. Para lo cual se lleva cabo el manejo de la información de manera confidencial, resguardando la seguridad de datos personales, información de historia clínica o cualquier situación que amerite el manejo de forma discreta. Lo anterior se garantiza en el PERIODO COMPRENDIDO DEL 16 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2024.
9. Realizar archivo de la información producto de la atención psicosocial	La contratista mantiene bajo custodia los documentos producto de los acercamientos, visitas y sesiones realizadas a cada familia, entre estos documentos están los consentimientos informados PAP010, listas de asistencias PAP030, registro general para la atención seguimiento y cierre para adultos y NNA PAP020, están organizados de manera digital en carpetas y en físico debidamente custodiadas y organizados para su respetiva entrega en las fechas estipuladas por parte de la coordinación del programa PAPSIVI.

2. PRODUCTOS ENTREGABLES.

1. Apoyar el desarrollo de la estrategia de focalización en San Calixto, Norte de Santander, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

   Esta responsabilidad fue asumida en su totalidad por la promotora, quien cumplió con la focalización de las 305 personas como meta para el municipio de San Calixto.

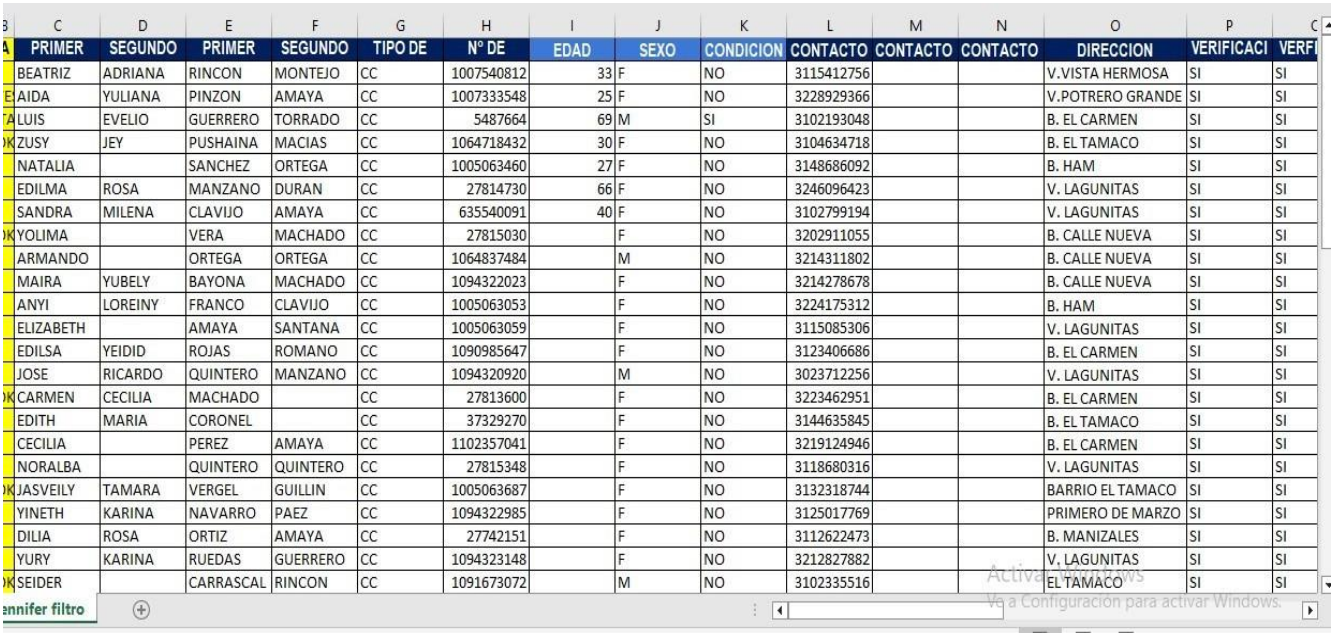


Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
FOCALIZACION 1	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 2	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 3..	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 3	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	81 KB
FOCALIZACION 4	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACIÓN 5	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 6	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 7	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 8	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 9	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 10	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION 11	23/09/2024 7:03 p. m.	Hoja de cálculo d...	82 KB
FOCALIZACION12	23/09/2024 7:04 p. m.	Hoja de cálculo d...	81 KB



MIRIAM	CECILIA	CLARO	ROBLES	CC	27815109	45	F	NO	3223260867			B. CALLE NUEVA	SI	SI
DILAN	MATHYAS	PEREZ	CLARO	T.I	1094322323	13	M	NO	3223260867			B. CALLE NUEVA	SI	SI
LISNEIDA		AMAYA	SANTANA	CC	1126422349		F	NO	3107977387			B. CALLE NUEVA	SI	SI
KEINER	MATEO	SANTANA	AMAYA	T.I	1094323450		M	NO	3107977387			BETANIA	SI	SI
EVELIO		SANTIAGO	MADARIAGA	CC	5515208		M	NO	3228853726			B. EL CARMEN	SI	SI
LUZ	MARIA	ORTEGA	GOMEZ	CC	27814432		F	NO	3228853726			B. EL CARMEN	SI	SI
SHAIRIN	MAGRED	SANTIAGO	ORTEGA	T.I	1094321780		F	NO	3228853726			B. EL CARMEN	SI	SI
CAROLINA		NUÑEZ	CARRASCAL	CC	1094658514		F	NO	3124924325			HAM	SI	SI
AMALIO		FRANCO	FRANCO	CC	5469970		M	NO	3124624325			HAM	SI	SI
LUCY	ESTHER	CARRASCAL	DE NUÑEZ	CC	27813985		F	NO	3124624325			HAM	SI	SI
KAROLL	THALIANA	FRANCO	NUÑEZ	T.I	1092735069		F	NO	3124624325			HAM	SI	SI
ANGELICA	MARIA	ALSINA	DE AMAYA	CC	27881 4083		F	NO	3106280042			BARRIO BETANIA	SI	SI
JOSE	DEL CARMEN	AMAYA	ALSINA	CC	88149976		M	NO	3007711467			EL CARMEN	SI	SI
EDELSA		AMAYA	MARTINEZ	CC	3738975		F	NO	3136953970			VEREDA SAN JOSE	SI	SI
MAILET	ROCIO	AMAYA		TI	1094320065		F	NO	3136953970			VEREDA SAN JOSE	SI	SI
VANESSA	ALEXANDRA	AMAYA		CC	1094320081		F	NO	3136953970			VEREDA SAN JOSE	SI	SI
MARISELA		AMAYA	AMAYA	CC	1094320984		F	NO	3136953970			VEREDA SAN JOSE	SI	SI
CARLOS		NAVARRO	VERGEL	C.C	88233007		M	NO	3202897994			HENRY ALFONSO MA	SI	SI
YULEIMA	YANET	MENDOZA	NAVARRO	P.P	1701068		F	NO	3202897994			HENRY ALFONSO MA	SI	SI
BREINER	FABIAN	NAVARRO	MENDOZA	T.I	1232401078		M	NO	3202897994			HENRY ALFONSO MA	SI	SI
CARLOS	ALBERTO	NAVARRO	MENDOZA	C.C	1232401076		M	NO	3202897994			HENRY ALFONSO MA	SI	SI
RICARDO		AMAYA	SUAREZ	CC	1094323074		M	NO	3053356767			HENRY ALFONSO MA	SI	SI
LISETH	CAROLINA	ROJAS	LEON	CC	1094321246		F	NO	3053356767			HENRY ALFONSO MA	SI	SI

Evidencia, pantallazo base de datos Excel de las personas focalizadas.

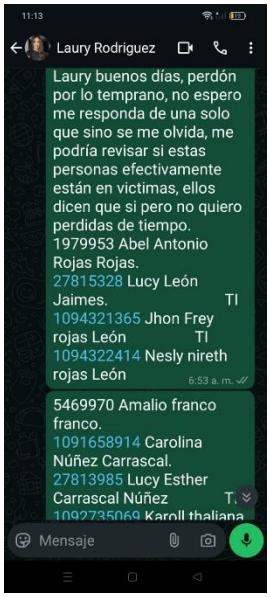


C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
PRIMER	SEGUNDO	PRIMER	SEGUNDO	TIPO DE	N° DE	EDAD	SEXO	CONDICION	CONTACTO	CONTACTO	CONTACTO	DIRECCION	VERIFICACI	VERFI
BEATRIZ	ADRIANA	RINCON	MONTEJO	CC	1007540812	33	F	NO	3115412756			V.VISTA HERMOSA	SI	SI
AIDA	YULIANA	PINZON	AMAYA	CC	1007333548	25	F	NO	3228929366			V.POTRERO GRANDE	SI	SI
LUIS	EVELIO	GUERRERO	TORRADO	CC	5487664	69	M	SI	3102193048			B. EL CARMEN	SI	SI
ZUSY	JEY	PUSHAINA	MACIAS	CC	1064718432	30	F	NO	3104634718			B. EL TAMACO	SI	SI
NATALIA		SANCHEZ	ORTEGA	CC	1005063460	27	F	NO	3148686092			B. HAM	SI	SI
EDILMA	ROSA	MANZANO	DURAN	CC	27814730	66	F	NO	3246096423			V. LAGUNITAS	SI	SI
SANDRA	MILENA	CLAVIJO	AMAYA	CC	635540091	40	F	NO	3102799194			V. LAGUNITAS	SI	SI
YOLIMA		VERA	MACHADO	CC	27815030		F	NO	3202911055			B. CALLE NUEVA	SI	SI
ARMANDO		ORTEGA	ORTEGA	CC	1064837484		M	NO	3214311802			B. CALLE NUEVA	SI	SI
MAIRA	YUBELY	BAYONA	MACHADO	CC	1094322023		F	NO	3214278678			B. CALLE NUEVA	SI	SI
ANYI	LOREINY	FRANCO	CLAVIJO	CC	1005063053		F	NO	3224175312			B. HAM	SI	SI
ELIZABETH		AMAYA	SANTANA	CC	1005063059		F	NO	3115085306			V. LAGUNITAS	SI	SI
EDILSA	YEIDID	ROJAS	ROMANO	CC	1090985647		F	NO	3123406686			B. EL CARMEN	SI	SI
JOSE	RICARDO	QUINTERO	MANZANO	CC	1094320920		M	NO	3023712256			V. LAGUNITAS	SI	SI
CARMEN	CECILIA	MACHADO		CC	27813600		F	NO	3223462951			B. EL CARMEN	SI	SI
EDITH	MARIA	CORONEL		CC	37329270		F	NO	3144635845			B. EL TAMACO	SI	SI
CECILIA		PEREZ	AMAYA	CC	1102357041		F	NO	3219124946			B. EL CARMEN	SI	SI
NORALBA		QUINTERO	QUINTERO	CC	27815348		F	NO	3118680316			V. LAGUNITAS	SI	SI
JASVEILY	TAMARA	VERGEL	GUILLIN	CC	1005063687		F	NO	3132318744			BARRIO EL TAMACO	SI	SI
YINETH	KARINA	NAVARRO	PAEZ	CC	1094322985		F	NO	3125017769			PRIMERO DE MARZO	SI	SI
DILIA	ROSA	ORTIZ	AMAYA	CC	27742151		F	NO	3112622473			B. MANIZALES	SI	SI
YURY	KARINA	RUEDAS	GUERRERO	CC	1094323148		F	NO	3212827882			V. LAGUNITAS	SI	SI
SEIDER		CARRASCAL	RINCON	CC	1091673072		M	NO	3102335516			EL TAMACO	SI	SI

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

2. Verificar la inclusión de las víctimas en el RUV o en la base de datos de sentencias nacionales e internacionales.

- Para este punto de verificación y por tema de confidencialidad, la encargada de hacer las respectivas consultas y verificaciones es la coordinadora del municipio Laury Rodríguez.



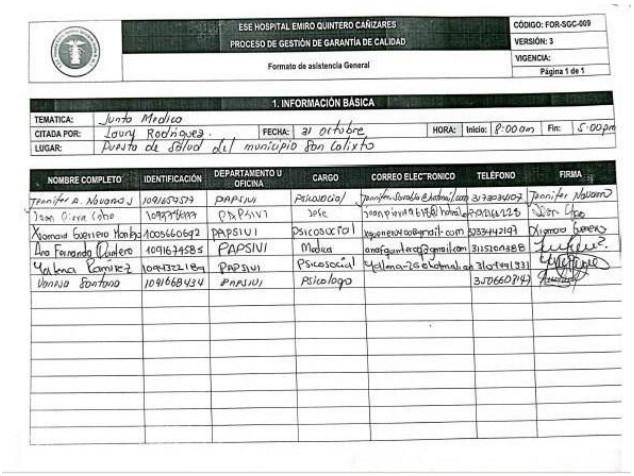




3. Participar de las Juntas Médicas del equipo de Atención Integral para la formulación y seguimiento del plan de atención integral.

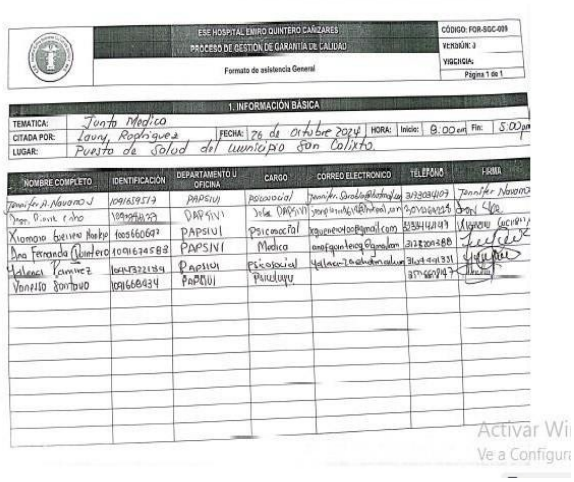
- Evidencia fotográfica de las jornadas de juntas médicas.





.





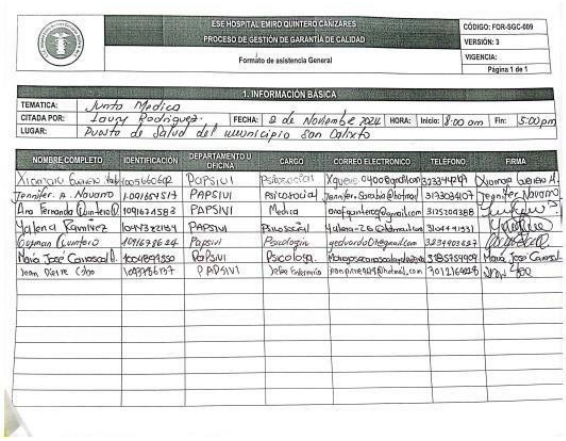
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
PROCESO DE GESTION DE GARANTÍA DE CALIDAD
Formato de asistencia General
CÓDIGO: FOR-SGC-009 | VERSIÓN: 3 | VIGENCIA: | Página 1 de 1

1. INFORMACIÓN BÁSICA

TEMATICA: Junta Medica
CITADA POR: Laury Rodriguez | FECHA: 26 de octubre 2024 | HORA: Inicio: 8:00 am | Fin: 5:00 pm
LUGAR: Puesto de Salud del municipio San Calixto.

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO U OFICINA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	FIRMA
Jennifer A. Navarro J	1091659573	PAPSIVI	Psicosocial	Jennifer.Sorabia@hotmail.com	3173084107	Jennifer Navarro
Jorge D. Ortiz Cano	1094886429	PAPSIVI	Jefe PAPSIVI	jorgeortiz1626@hotmail.com	3205694935	Jorge Ortiz
Xiomara Guevara Pinto	1005660697	PAPSIVI	Psicosocial	xiguevara@gmail.com	3135442489	Xiomara Guevara
Ana Fernanda Quintero	1091637588	PAPSIVI	Medica	anafquintero@gmail.com	3125204388	
Yolanda Ramirez	1094732184	Papsivi	Psicosocial	Yolanda-26@hotmail.com	3104491331	
Yonaiso Santana	1091668434	PAPSIVI	Psicologo		3176691947	





ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
PROCESO DE GESTIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD
Formato de asistencia General
CÓDIGO: FOR-SGC-009 | VERSIÓN: 3 | VIGENCIA: | Página 1 de 1

1. INFORMACIÓN BÁSICA

TEMATICA: Junta Medica
CITADA POR: Laury Rodriguez | FECHA: 9 de Noviembre 2024 | HORA: Inicio: 8:00 am | Fin: 5:00 pm
LUGAR: Puesto de Salud del municipio San Calixto

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO U OFICINA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	FIRMA
Xiomara Guevara Pinto	1005660697	Papsivi	Psicosocial	Xiguevara0406@gmail.com	3135442489	Xiomara Guevara
Jennifer A. Navarro	1091659573	PAPSIVI	Psicosocial	Jennifer.Sorabia@hotmail.com	3173084107	Jennifer Navarro
Ana Fernanda Quintero	1091637588	PAPSIVI	Medica	anafquintero@gmail.com	3125204388	
Yolanda Ramirez	1094732184	PAPSIVI	Psicosocial	Yolanda-26@hotmail.com	3104491331	
Cesman Quintero	1091637626	Papsivi	Psicologia	cesarvardo@gmail.com	3134902637	
Maria Jose Carrascal	1004899350	PAPSIVI	Psicologa	Mariajosecarrascalleyva@gmail.com	3185959909	Maria Jose Carrascal
Jhon Pabon Cano	1099886197	P.PAPSIVI	Jefe Enfermeria	jhonpabon1989@hotmail.com	3012764014	

PLANES CONCERTADOS



Salud | Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi
FICHA PAP 010. REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 23/09/2024

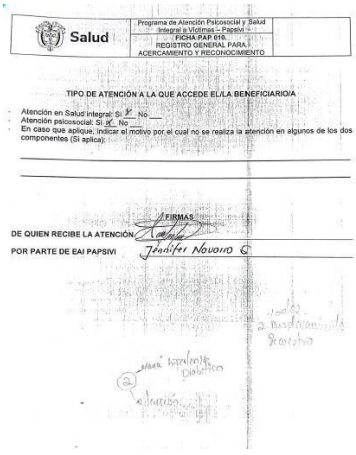
Yo, Arnaldo Franco Franco, identificado/a con CC número 5.469.970 (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad) familia, MANIFIESTO que:

1. Se me ha explicado el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, en qué consiste la atención psicosocial y comprendo sus alcances y limitaciones.
2. Acepto recibir la atención integral del PAPSIVI por parte del Equipo de Atención Integral (EAI) y me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
3. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.
4. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
5. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos por el PAPSIVI en cada una de las fases del proceso de la atención y el programa garantizará la confidencialidad y seguridad de la información.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:
1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen.
2. Brindar la información necesaria para el desarrollo del plan.
3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

COMO FUNCIONARIO/ PROFESIONAL:
5. Estaré atento/a en todo momento a aclarar y ampliar información del proceso que se lleva a cabo.
6. Brindaré la información en forma oportuna de los hallazgos y resultados de las acciones que se llevan a cabo.
7. Actuar en todo momento de forma ética, respetuosa, y comprensiva.
8. Estoy dispuesto/a a brindar de buena fe mis conocimientos y habilidades para contribuir en el proceso de recuperación y reparación emocional que se pretende en el programa PAPSIVI.
9. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.
10. Hacer uso responsable y confidencial de la información generada en este proceso.



Salud | Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi
FICHA PAP 010. REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

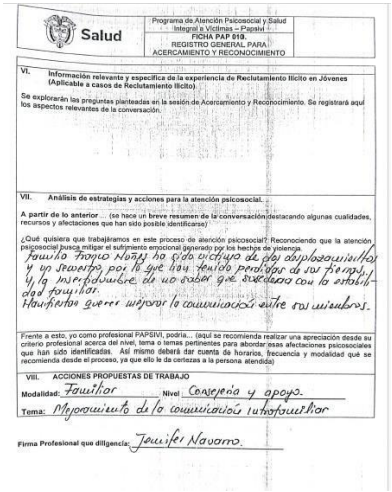
TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE EL/LA BENEFICIARIO/A

- Atención en Salud integral: Si X No ___
- Atención psicosocial: Si X No ___
- En caso que aplique, indicar el motivo por el cual no se realiza la atención en algunos de los dos componentes (Si aplica):

FIRMAS

DE QUIEN RECIBE LA ATENCIÓN

POR PARTE DE EAI PAPSIVI: Jennifer Navarro G



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

FICHA PAP 010.
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

VI. Información relevante y específica de la experiencia de Reclutamiento Ilícito en Jóvenes (Aplicable a casos de Reclutamiento Ilícito)

Se explorarán las preguntas planteadas en la sesión de Acercamiento y Reconocimiento. Se registrará aquí los aspectos relevantes de la conversación.

VII. Análisis de estrategias y acciones para la atención psicosocial.

A partir de lo anterior ... (se hace un **breve resumen de la conversación** destacando algunas cualidades, recursos y afectaciones que han sido posible identificarse)

¿Qué quisiera que trabajáramos en este proceso de atención psicosocial? Reconociendo que la atención psicosocial busca mitigar el sufrimiento emocional generado por los hechos de violencia.

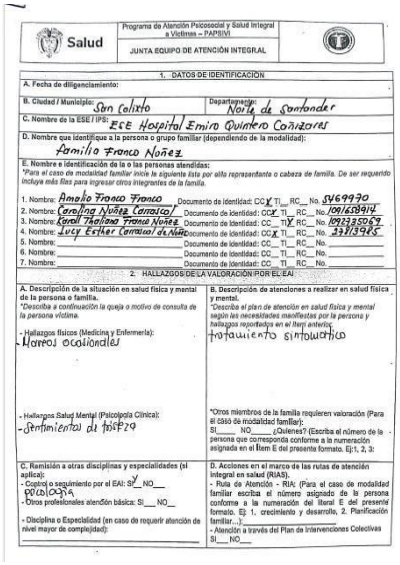
Frente a esto, yo como profesional PAPSIVI, podría... (aquí se recomienda realizar una apreciación desde su criterio profesional acerca del nivel, tema o temas pertinentes para abordar esas afectaciones psicosociales que han sido identificadas. Así mismo deberá dar cuenta de horarios, frecuencia y modalidad que se recomienda desde el proceso, ya que ello le da certezas a la persona atendida)

VIII. ACCIONES PROPUESTAS DE TRABAJO

Modalidad: Familiar Nivel Consejería y apoyo.

Tema: Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar

Firma Profesional que diligencia: Jennifer Navarro.



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

A. Fecha de diligenciamiento:

B. Ciudad / Municipio: San Calixto Departamento: Norte de Santander

C. Nombre de la ESE / IPS: ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares

D. Nombre que identifique a la persona o grupo familiar (dependiendo de la modalidad): Familia Franco Nuñez

E. Nombre e identificación de la o las personas atendidas:
Para el caso de modalidad familiar inicie la siguiente lista por alfa representante o cabeza de familia. De ser requerido incluya más filas para ingresar otros integrantes de la familia.

1. Nombre: Amelio Franco Franco Documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 5469970
2. Nombre: Carolina Nuñez Carrillo Documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1091659912
3. Nombre: Karol Thatiana Franco Nuñez Documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1092335067
4. Nombre: Lucy Esther Carrillo de Nuñez Documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 23213985
5. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
6. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
7. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

2. HALLAZGOS DE LA VALORACIÓN POR EL EAI

A. Descripción de la situación en salud física y mental de la persona o familia.
"Describa a continuación la queja o motivo de consulta de la persona víctima.

- Hallazgos físicos (Medicina y Enfermería):
Narros ocasionales

- Hallazgos Salud Mental (Psicología Clínica):
-Sentimientos de tristeza

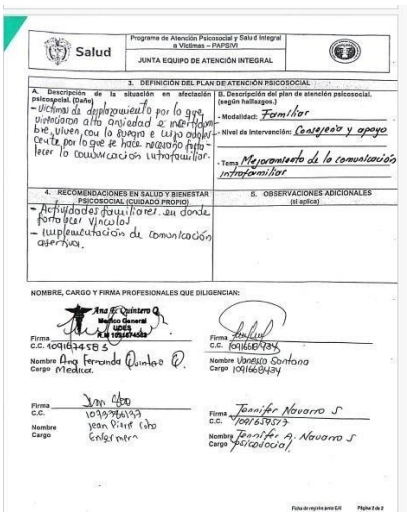
B. Descripción de atenciones a realizar en salud física y mental.
"Describa el plan de atención en salud física y mental según las necesidades manifiestas por la persona y hallazgos reportados en el ítem anterior.
tratamiento sintomatico

*"Otros miembros de la familia requieren valoración (Para el caso de modalidad familiar):
SI_____ NO_____ ¿Quienes? (Escriba el número de la persona que corresponda conforme a la numeración asignada en el Ítem E del presente formato. Ej:1, 2, 3:

C. Remisión a otras disciplinas y especialidades (si aplica):
- Control o seguimiento por el EAI: SI X NO__
- Otros profesionales atención básica: SI__ NO__

- Disciplina o Especialidad (en caso de requerir atención de nivel mayor de complejidad):

D. Acciones en el marco de las rutas de atención integral en salud (RIAS).
- Ruta de Atención - RIA: (Para el caso de modalidad familiar escriba el número asignado de la persona conforme a la numeración del literal E del presente formato. Ej: 1, crecimiento y desarrollo, 2. Planificación familiar...):
- Atención a través del Plan de Intervenciones Colectivas
SI__ NO__



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL

3. DEFINICIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

A. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
- Victima de desplazamiento por lo que vivenciaron alto ansiedad e intrafamiliar bne viven con lo básico e lujo adolescente por lo que se hace necesario fortalecer la comunicación intrafamiliar.

B. Descripción del plan de atención psicosocial. (según hallazgos.)
- Modalidad: Familiar
- Nivel de intervención: Consejería y apoyo
- Tema: Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar

4. RECOMENDACIONES EN SALUD Y BIENESTAR PSICOSOCIAL (CUIDADO PROPIO)
- Actividades familiares en donde fortalesca vinculos
- Implementación de comunicación asertiva.

5. OBSERVACIONES ADICIONALES (si aplica)

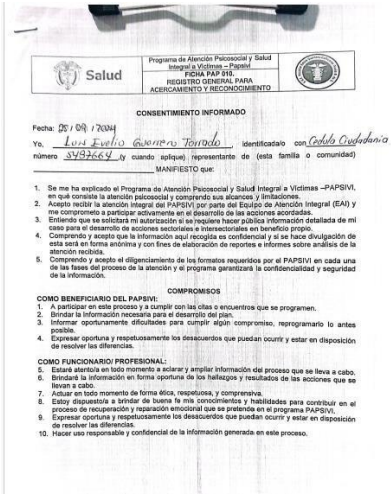
NOMBRE, CARGO Y FIRMA PROFESIONALES QUE DILIGENCIAN:

Firma C.C. 1091674585
Nombre Ana Fernanda Quintero C.
Cargo Medico.

Firma C.C. 1091668434
Nombre Vanessa Santana
Cargo Psicologa

Firma C.C. 1093796199
Nombre Jean Piere Cao
Cargo Enfermero

Firma C.C. 1091659573
Nombre Jennifer A. Navarro S
Cargo Psicologa



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi

FICHA PAP 010.
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 05 / 09 / 2014

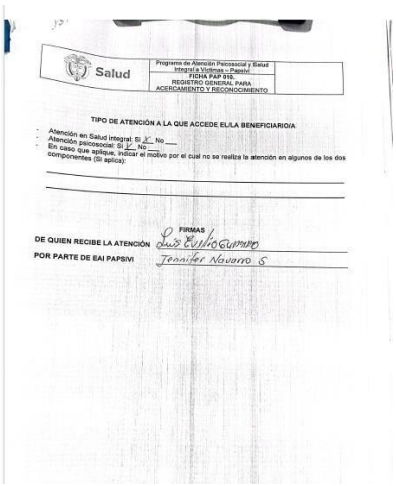
Yo, Luis Evelio Guerrero Tomado, identificado/a con Cedula Ciudadania número 5497664 (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad) _____ MANIFIESTO que:

1. Se me ha explicado el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, en qué consiste la atención psicosocial y comprendo sus alcances y limitaciones.
2. Acepto recibir la atención integral del PAPSIVI por parte del Equipo de Atención Integral (EAI) y me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
3. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.
4. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
5. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos por el PAPSIVI en cada una de las fases del proceso de la atención y el programa garantizará la confidencialidad y seguridad de la información.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:
1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen.
2. Brindar la información necesaria para el desarrollo del plan.
3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

COMO FUNCIONARIO/ PROFESIONAL:
5. Estaré atento/a en todo momento a aclarar y ampliar información del proceso que se lleva a cabo.
6. Brindaré la información en forma oportuna de los hallazgos y resultados de las acciones que se llevan a cabo.
7. Actuar en todo momento de forma ética, respetuosa, y comprensiva.
8. Estoy dispuesto/a a brindar de buena fe mis conocimientos y habilidades para contribuir en el proceso de recuperación y reparación emocional que se pretende en el programa PAPSIVI.
9. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.
10. Hacer uso responsable y confidencial de la información generada en este proceso.



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi

FICHA PAP 010.
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

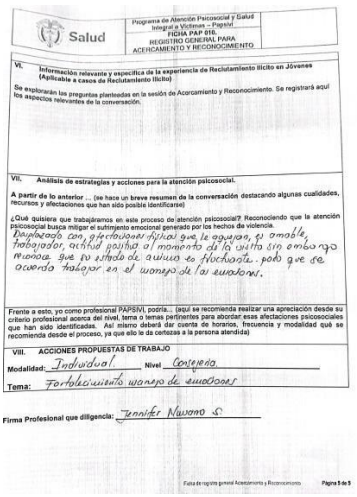
TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE EL/LA BENEFICIARIO/A

- Atención en Salud Integral: SI X No __
- Atención psicosocial: SI X No __
- En caso que aplique, indicar el motivo por el cual no se realiza la atención en algunos de los dos componentes (Si aplica):

FIRMAS

DE QUIEN RECIBE LA ATENCIÓN Luis Evilio Guerrero

POR PARTE DE EAI PAPSIVI Jennifer Navarro S



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi

FICHA PAP 010.
REGISTRO GENERAL PARA ACERCAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

VI. Información relevante y específica de la experiencia de Reclutamiento Ilícito en Jóvenes (Aplicable a casos de Reclutamiento Ilícito)

Se explorarán las preguntas planteadas en la sesión de Acercamiento y Reconocimiento. Se registrará aquí los aspectos relevantes de la conversación.

VII. Análisis de estrategias y acciones para la atención psicosocial.

A partir de lo anterior ... (se hace un **breve resumen de la conversación** destacando algunas cualidades, recursos y afectaciones que han sido posible identificarse)

¿Qué quisiera que trabajáramos en este proceso de atención psicosocial? Reconociendo que la atención psicosocial busca mitigar el sufrimiento emocional generado por los hechos de violencia.

Inicialmente con generalidades, actual que la apoyara, es amable, trabajador, activo positivo al momento de la cita sin embargo menciona que no ha tenido de avisos en hinchante, pero que se acuerda trabajar en el manejo de las emociones.

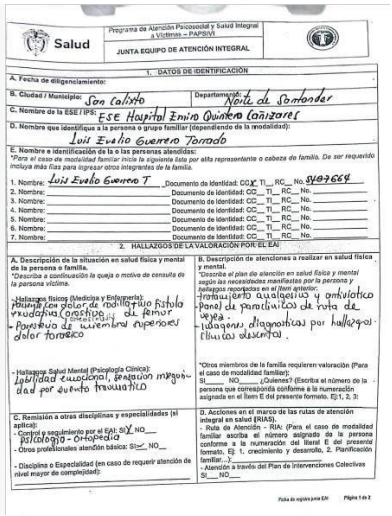
Frente a esto, yo como profesional PAPSIVI, podría... (aquí se recomienda realizar una apreciación desde su criterio profesional acerca del nivel, tema o temas pertinentes para abordar esas afectaciones psicosociales que han sido identificadas. Así mismo deberá dar cuenta de horarios, frecuencia y modalidad que se recomienda desde el proceso, ya que ello le da certezas a la persona atendida)

VIII. ACCIONES PROPUESTAS DE TRABAJO

Modalidad: Individual Nivel Consejería

Tema: Fortalecimiento manejo de emociones

Firma Profesional que diligencia: Jennifer Navarro S



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

A. Fecha de diligenciamiento:

B. Ciudad / Municipio: San Calixto Departamento: Norte de Santander

C. Nombre de la ESE / IPS: ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares

D. Nombre que identifique a la persona o grupo familiar (dependiendo de la modalidad): Luis Evelio Guerrero Tomado

E. Nombre e identificación de la o las personas atendidas:
Para el caso de modalidad familiar inicie la siguiente lista por alfa representante o cabeza de familia. De ser requerido incluya más filas para ingresar otros integrantes de la familia.

1. Nombre: Luis Evelio Guerrero T Documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 5497664
2. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
3. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
4. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
5. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
6. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
7. Nombre: _____ Documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

2. HALLAZGOS DE LA VALORACIÓN POR EL EAI

A. Descripción de la situación en salud física y mental de la persona o familia.
"Describa a continuación la queja o motivo de consulta de la persona víctima.

- Hallazgos físicos (Medicina y Enfermería):
Refiere dolor de malestar facial exudativa crónica. de femur
- Presento de miembro superior dolor torácico

- Hallazgos Salud Mental (Psicología Clínica):
Labilidad emocional, depresión impotencia por evento traumatico

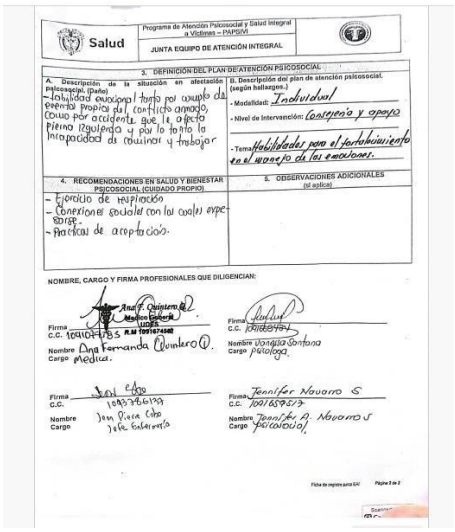
B. Descripción de atenciones a realizar en salud física y mental.
"Describa el plan de atención en salud física y mental según las necesidades manifiestas por la persona y hallazgos reportados en el ítem anterior.
-tratamiento ayudaremos y ambulatorio
- Panel de familiares de ruta de vida.
- Imagenes diagnosticas por hallazgos clinicos ulcerosa.

*"Otros miembros de la familia requieren valoración (Para el caso de modalidad familiar):
SI_____ NO_____ ¿Quienes? (Escriba el número de la persona que corresponda conforme a la numeración asignada en el Ítem E del presente formato. Ej:1, 2, 3:

C. Remisión a otras disciplinas y especialidades (si aplica):
- Control o seguimiento por el EAI: SI X NO__
psicologia - ortopedia
- Otros profesionales atención básica: SI__ NO__

- Disciplina o Especialidad (en caso de requerir atención de nivel mayor de complejidad):

D. Acciones en el marco de las rutas de atención integral en salud (RIAS).
- Ruta de Atención - RIA: (Para el caso de modalidad familiar escriba el número asignado de la persona conforme a la numeración del literal E del presente formato. Ej: 1, crecimiento y desarrollo, 2. Planificación familiar...):
- Atención a través del Plan de Intervenciones Colectivas
SI__ NO__



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL

3. DEFINICIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

A. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
- Labilidad emocional hasta por ocupa da, genera propia del conflicto armado, Como por accidente que le afecta Pierna izquierda y por lo tanto la Incapacidad de caminar y trabajar

B. Descripción del plan de atención psicosocial. (según hallazgos.)
- Modalidad: Individual
- Nivel de intervención: Consejería y apoyo
- Tema: Habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones.

4. RECOMENDACIONES EN SALUD Y BIENESTAR PSICOSOCIAL (CUIDADO PROPIO)
- Ejercicio de respiración
- Conexiones sociales con los cuales expresarse.
- Practicas de aceptación.

5. OBSERVACIONES ADICIONALES (si aplica)

NOMBRE, CARGO Y FIRMA PROFESIONALES QUE DILIGENCIAN:

Firma C.C. 1091674585
Nombre Ana Fernanda Quintero C.
Cargo Medico.

Firma C.C. 1091668434
Nombre Vanessa Santana
Cargo Psicologa

Firma C.C. 1093796199
Nombre Jean Piere Cao
Cargo Enfermero

Firma C.C. 1091659573
Nombre Jennifer A. Navarro S
Cargo Psicologa

4. Concertar los planes de atención integral con las víctimas de acuerdo con los hallazgos identificados en la valoración. Evidencia pantallazo con los 38 planes.

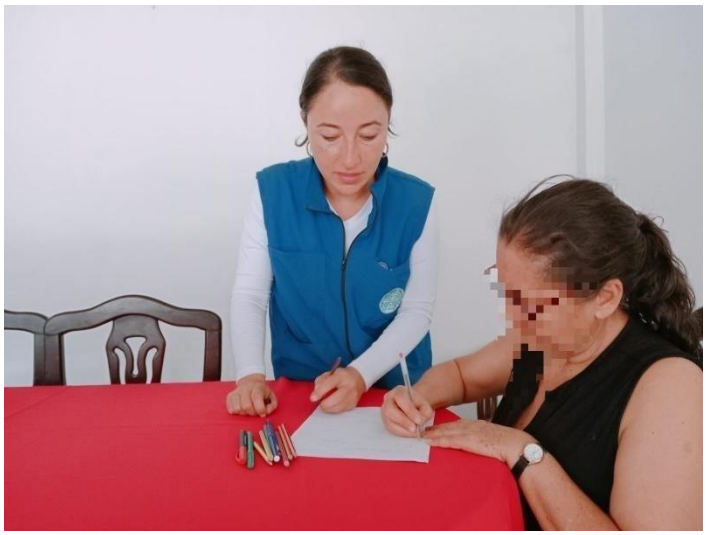
NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR				ORIENTACIONES METODOLOGICAS PARA LA ATENCIÓN
CARMEN	CECILIA	MACHADO		fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
ZUSY	JEI	PUSHAINA	MACIAS	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
YOLIMA		VERA	MACHADO	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
ARMANDO		ORTEGA	ORTEGA	solución de problemas
MAIRA	YUBELY	BAYONA	MACHADO	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
YINETH	KARINA	NAVARRO	PAEZ	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
LUIS	EVELIO	GUERRERO	TORRADO	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
EDIT	MARIA	CORONEL		habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
EDILSA	YEIDID	ROJAS	ROMANO	afrontamiento de miedo
CECILIA		PEREZ	AMAYA	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
OLINTA	MARIA	CONTRERAS	SERRANO	fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
JASVEILY	TAMARA	VERGEL	GUILLIN	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
SEIDER		CARRASCAL	RINCON	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
NATALIA		SANCHEZ	ORTEGA	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
ANYI	LOREINY	FRANCO	CLAVIJO	fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
NORALBA		QUINTERO	QUINTERO	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
YASLEIDY		LOPEZ	MONTAGUTH	fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
LAUDITH		QUINTERO	QUINTERO	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
DILIA	ROSA	ORTIZ	AMAYA	fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
EDILMA	ROSA	MANZANO	DURAN	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
SANDRA	MILENA	CLAVIJO	AMAYA	fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
ELIZABETH		AMAYA	SANTANA	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
JOSE	RICARDO	QUINTERO	MANZANO	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
RAMON	DEL CARMEN	PEÑARANDA	CARVAJALINO	afrontamiento de culpa y vergüenza.
YURY	KARINA	RUEDAS	GUERRERO	fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
AIDA	YULIANA	PINZON	AMAYA	fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
MIGUEL	ANTONIO	LEON	QUINTERO	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
EMILCE		ROMERO	MONTAGUTH	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
BEATRIZ	ADRIANA	RINCON	MONTEJO	fortalecimiento de la autoestima, la confianza y recursos de afrontamiento
JOSE	DE JESUS	CARRASCAL	ROMERO	habilidades para el fortalecimiento en el manejo de las emociones
MIRIAM	CECILIA	CLARO	ROBLES	mejoramiento de la comunicación intrafamiliar
LISNEIDA		AMAYA	SANTANA	mejoramiento de la comunicación intrafamiliar
ANGELICA	MARIA	ALSINA	DE AMAYA	habilidades para favorecer la expresion y la canalizacion emocional
AMALIO		FRANCO	FRANCO	mejoramiento de la comunicación intrafamiliar
EVELIO		SANTIAGO	MADARIAGA	mejoramiento de la comunicación intrafamiliar
EDELSA		AMAYA	MARTINEZ	mejoramiento de la comunicación intrafamiliar
CARLOS		NAVARRO	VERGEL	mejoramiento de la comunicación intrafamiliar
RICARDO		AMAYA	SUAREZ	mejoramiento de la comunicación intrafamiliar

5. Brindar la atención psicosocial de manera intramural y extramural conforme a lo definido en el plan de atención integral y en el marco de las orientaciones propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

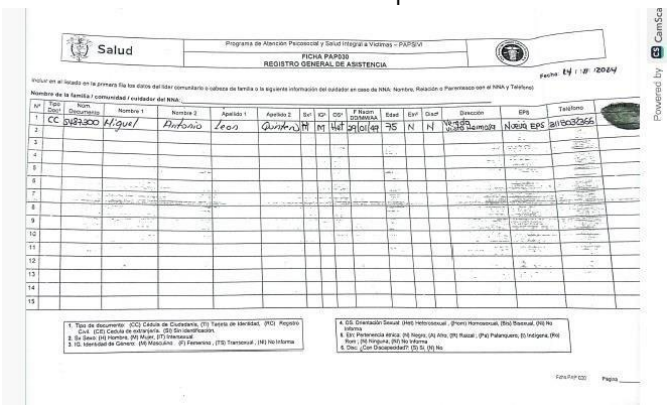
- Se brindan atenciones psicosociales de manera intramural y extramural con lo definido en el plan de atención integral teniendo hasta la fecha tres sesiones realizadas a los 38 planes que suman 53 individuos.







Evidencia lista de asistencia de 5 planes en las sesiones realizadas.



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

FICHA PAP030
REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA

Fecha: 14 / 11 / 2024

Incluir en el listado en la primera fila los datos del líder comunitario o cabeza de familia o la siguiente información del cuidador en caso de NNA: Nombre, Relación o Parentesco con el NNA y Teléfono)

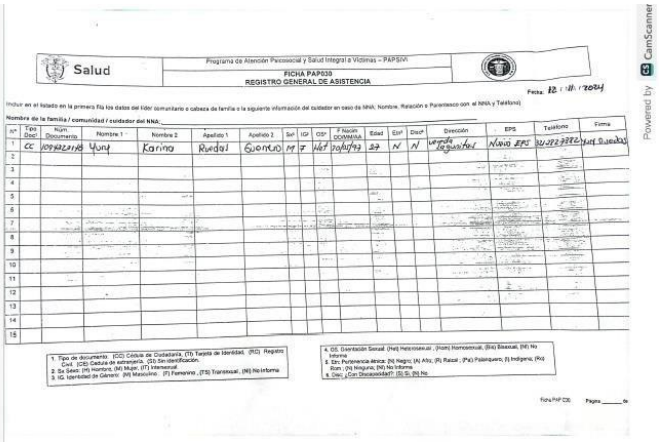
Nombre de la familia / comunidad / cuidador del NNA: _____

Nº	Tipo Doc	Núm. Documento	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Sx¹	IG²	OS³	F Nacim DD/MM/AA	Edad	Etn⁴	Disc⁵	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	5283300	Miguel	Antonio	Leon	Quintero	M	M	Het	29/01/49	75	N	N	Vereda Buena Esperanza	Nueva EPS	3115032366	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

1. Tipo de documento: (CC) Cédula de Ciudadanía, (TI) Tarjeta de Identidad, (RC) Registro Civil. (CE) Cedula de extranjería. (SI) Sin identificación.
2. Sx Sexo: (H) Hombre, (M) Mujer, (IT) Intersexual.
3. IG. Identidad de Género: (M) Masculino , (F) Femenino , (TS) Transexual , (NI) No Informa

4. OS. Orientación Sexual: (Het) Heterosexual , (Hom) Homosexual, (Bis) Bisexual, (NI) No Informa
5. Etn: Pertenencia étnica: (N) Negro; (A) Afro; (R) Raizal ; (Pa) Palanquero; (I) Indígena; (Ro) Rom ; (N) Ninguna; (NI) No Informa
6. Disc: ¿Con Discapacidad?: (S) Si, (N) No

Ficha PAP 030 Página _____



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

FICHA PAP030
REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA

Fecha: 12 / 11 / 2024

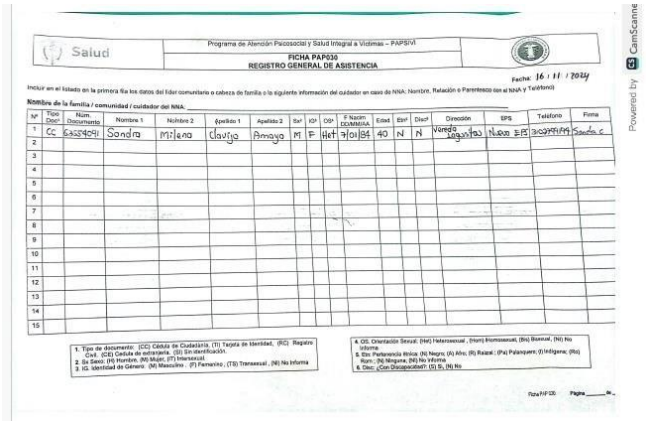
Incluir en el listado en la primera fila los datos del líder comunitario o cabeza de familia o la siguiente información del cuidador en caso de NNA: Nombre, Relación o Parentesco con el NNA y Teléfono)

Nombre de la familia / comunidad / cuidador del NNA: _____

Nº	Tipo Doc	Núm. Documento	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Sx¹	IG²	OS³	F Nacim DD/MM/AA	Edad	Etn⁴	Disc⁵	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	1094221418	Yuri	Karina	Rudal	Quintero	M	F	Het	20/11/93	27	N	N	Vereda Laguachal	Nueva EPS	3147237776	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

1. Tipo de documento: (CC) Cédula de Ciudadanía, (TI) Tarjeta de Identidad, (RC) Registro Civil. (CE) Cedula de extranjería. (SI) Sin identificación.
2. Sx Sexo: (H) Hombre, (M) Mujer, (IT) Intersexual.
3. IG. Identidad de Género: (M) Masculino , (F) Femenino , (TS) Transexual , (NI) No Informa

4. OS. Orientación Sexual: (Het) Heterosexual , (Hom) Homosexual, (Bis) Bisexual, (NI) No Informa
5. Etn: Pertenencia étnica: (N) Negro; (A) Afro; (R) Raizal ; (Pa) Palanquero; (I) Indígena; (Ro) Rom ; (N) Ninguna; (NI) No Informa
6. Disc: ¿Con Discapacidad?: (S) Si, (N) No



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

FICHA PAP030
REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA

Fecha: 16 / 11 / 2024

Incluir en el listado en la primera fila los datos del líder comunitario o cabeza de familia o la siguiente información del cuidador en caso de NNA: Nombre, Relación o Parentesco con el NNA y Teléfono)

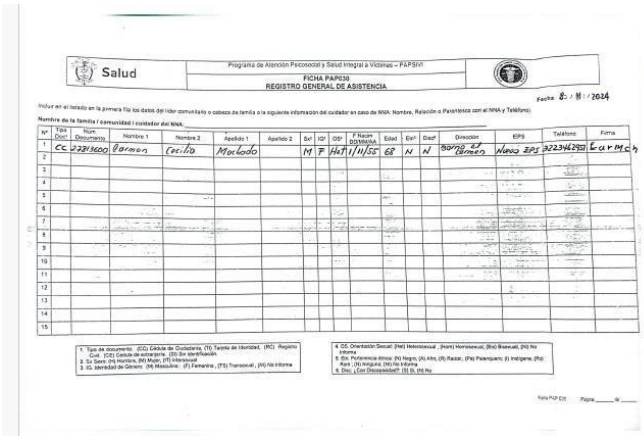
Nombre de la familia / comunidad / cuidador del NNA: _____

Nº	Tipo Doc	Núm. Documento	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Sx¹	IG²	OS³	F Nacim DD/MM/AA	Edad	Etn⁴	Disc⁵	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	63334041	Sandra	Milena	Clavijo	Amaya	M	F	Het	7/01/84	40	N	N	Vereda Laguachal	Nueva EPS	3039441195	Sandra C
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

1. Tipo de documento: (CC) Cédula de Ciudadanía, (TI) Tarjeta de Identidad, (RC) Registro Civil. (CE) Cedula de extranjería. (SI) Sin identificación.
2. Sx Sexo: (H) Hombre, (M) Mujer, (IT) Intersexual.
3. IG. Identidad de Género: (M) Masculino , (F) Femenino , (TS) Transexual , (NI) No Informa

4. OS. Orientación Sexual: (Het) Heterosexual , (Hom) Homosexual, (Bis) Bisexual, (NI) No Informa
5. Etn: Pertenencia étnica: (N) Negro; (A) Afro; (R) Raizal ; (Pa) Palanquero; (I) Indígena; (Ro) Rom ; (N) Ninguna; (NI) No Informa
6. Disc: ¿Con Discapacidad?: (S) Si, (N) No

Ficha PAP 030 Página _____ de _____



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

FICHA PAP030
REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA

Fecha: 8 / 11 / 2024

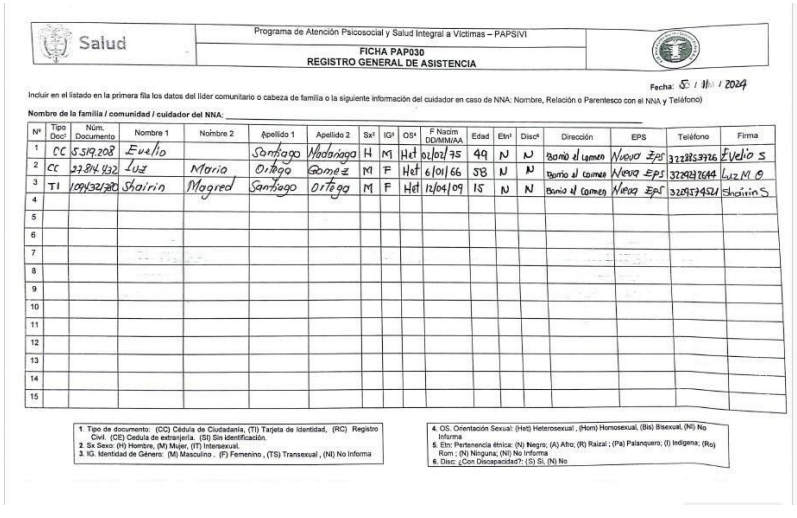
Incluir en el listado en la primera fila los datos del líder comunitario o cabeza de familia o la siguiente información del cuidador en caso de NNA: Nombre, Relación o Parentesco con el NNA y Teléfono)

Nombre de la familia / comunidad / cuidador del NNA: _____

Nº	Tipo Doc	Núm. Documento	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Sx¹	IG²	OS³	F Nacim DD/MM/AA	Edad	Etn⁴	Disc⁵	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	27214600	Carmen	Cecilia	Machado		M	F	Het	11/11/55	68	N	N	Barrio el Carmen	Nueva EPS	3223462933	Carmen
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

1. Tipo de documento: (CC) Cédula de Ciudadanía, (TI) Tarjeta de Identidad, (RC) Registro Civil. (CE) Cedula de extranjería. (SI) Sin identificación.
2. Sx Sexo: (H) Hombre, (M) Mujer, (IT) Intersexual.
3. IG. Identidad de Género: (M) Masculino , (F) Femenino , (TS) Transexual , (NI) No Informa

4. OS. Orientación Sexual: (Het) Heterosexual , (Hom) Homosexual, (Bis) Bisexual, (NI) No Informa
5. Etn: Pertenencia étnica: (N) Negro; (A) Afro; (R) Raizal ; (Pa) Palanquero; (I) Indígena; (Ro) Rom ; (N) Ninguna; (NI) No Informa
6. Disc: ¿Con Discapacidad?: (S) Si, (N) No



Salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI

FICHA PAP030
REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA

Fecha: 5 / 11 / 2024

Incluir en el listado en la primera fila los datos del líder comunitario o cabeza de familia o la siguiente información del cuidador en caso de NNA: Nombre, Relación o Parentesco con el NNA y Teléfono)

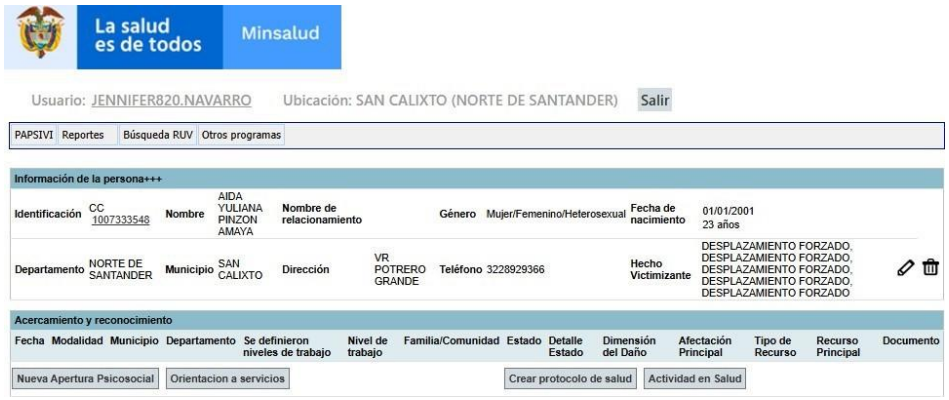
Nombre de la familia / comunidad / cuidador del NNA: _____

Nº	Tipo Doc	Núm. Documento	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Sx¹	IG²	OS³	F Nacim DD/MM/AA	Edad	Etn⁴	Disc⁵	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	5.519.208	Evelio		Santiago	Madariaga	H	M	Het	01/02/75	49	N	N	Barrio el carmen	Nueva EPS	3228537376	Evelio S
2	CC	37.814.432	Luz	Maria	Ortega	Gomez	M	F	Het	6/01/66	58	N	N	Barrio el carmen	Nueva EPS	3214217644	Luz M O
3	TI	1094321380	Shairin	Magred	Santiago	Ortega	M	F	Het	12/04/09	15	N	N	Barrio el carmen	Nueva EPS	3205174521	Shairin S
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

1. Tipo de documento: (CC) Cédula de Ciudadanía, (TI) Tarjeta de Identidad, (RC) Registro Civil. (CE) Cedula de extranjería. (SI) Sin identificación.
2. Sx Sexo: (H) Hombre, (M) Mujer, (IT) Intersexual.
3. IG. Identidad de Género: (M) Masculino , (F) Femenino , (TS) Transexual , (NI) No Informa

4. OS. Orientación Sexual: (Het) Heterosexual , (Hom) Homosexual, (Bis) Bisexual, (NI) No Informa
5. Etn: Pertenencia étnica: (N) Negro; (A) Afro; (R) Raizal ; (Pa) Palanquero; (I) Indígena; (Ro) Rom ; (N) Ninguna; (NI) No Informa
6. Disc: ¿Con Discapacidad?: (S) Si, (N) No

6. Realizar el cargue de la atención psicosocial de manera oportuna en el aplicativo web PAPSIVI, pantallazo de evidencia de algunos de los planes creados.

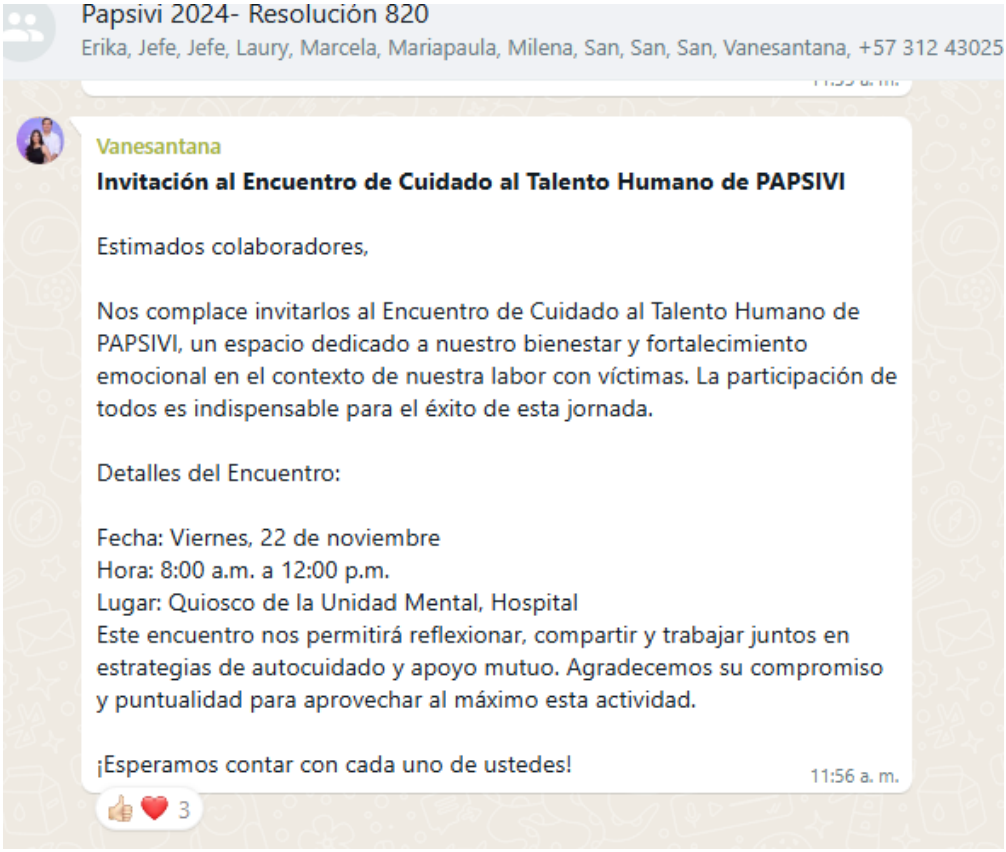






7. Participar en las acciones de Desarrollo de Talento Humano.

- El primer encuentro de Desarrollo de talento Humano, se tiene programado para el viernes 22 de noviembre 2024.



8. Se realiza encuentro virtual el 5 de noviembre como equipo, para capacitar en manejo de aplicativo web PAPSIVI. evidencia – pantallazo de la reunión.

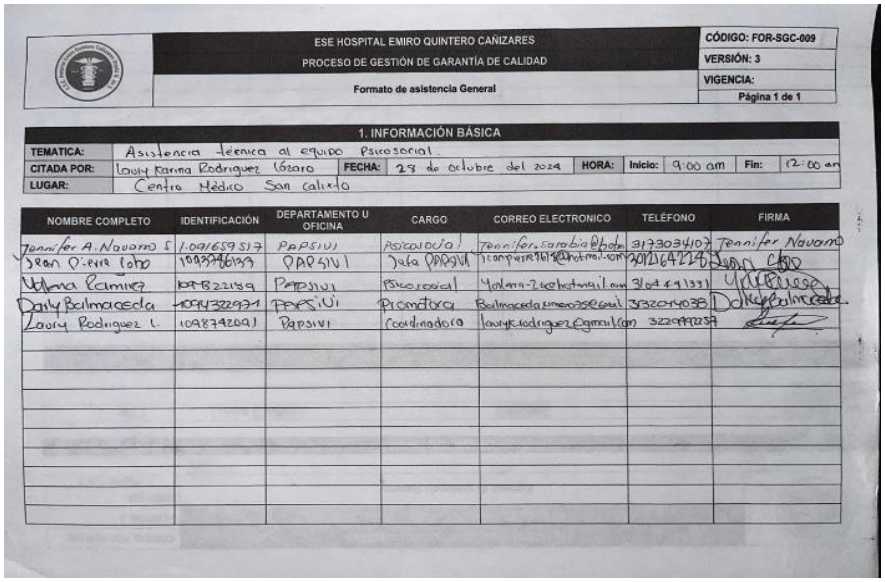
-







- Se han realizado reuniones como equipo; los días 28 de octubre y 12 de noviembre, con la coordinadora Laury Karina Rodríguez a fin de resolver dudas, ver avances respecto al trabajo realizado.



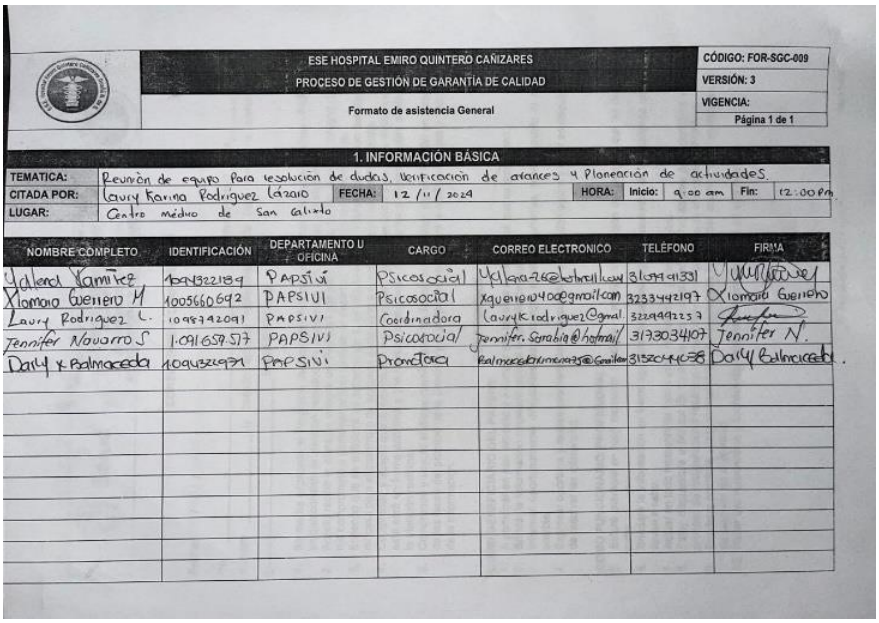
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
PROCESO DE GESTIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD
Formato de asistencia General

CÓDIGO: FOR-SGC-009
VERSIÓN: 3
VIGENCIA:
Página 1 de 1

1. INFORMACIÓN BÁSICA

TEMATICA:	Asistencia técnica al equipo Psicosocial						
CITADA POR:	Laury Karina Rodriguez Lázaro	FECHA:	28 de octubre del 2024	HORA:	Inicio: 9:00 am	Fin:	12:00 am
LUGAR:	Centro Médico San calixto						

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO U OFICINA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
Jennifer A. Navarro S	1.091659.517	PAPSIVI	Psicologa	Jennifer.sarabia@hotmail	3173034107	Jennifer Navarro
Jean Pierre Soto	1093776139	PAPSIVI	Jefa PAPSIVI	jeanpierre7613@hotmail.com	3012164224	
Yolanda Ramirez	1064822189	PAPSIVI	Psicosocial	Yolanda-26@hotmail.com	3104491331	
Daily Balmaceda	1094322971	PAPSIVI	Promotora	Balmacedarimenez35@gmail	3132044038	Daily Balmaceda
Laury Rodriguez L.	1098742091	PAPSIVI	Coordinadora	laurykrodriguez@gmail.com	3229992259	



ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
PROCESO DE GESTIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD
Formato de asistencia General

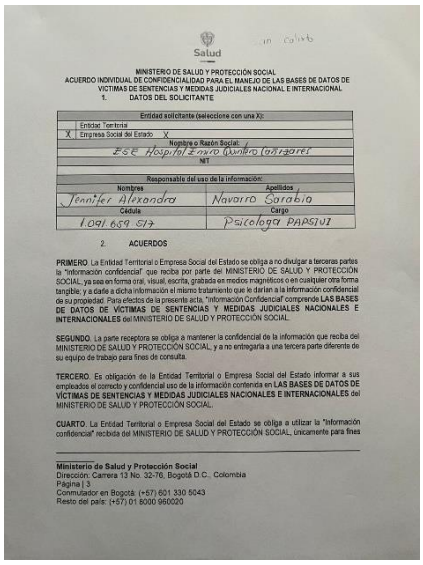
CÓDIGO: FOR-SGC-009
VERSIÓN: 3
VIGENCIA:
Página 1 de 1

1. INFORMACIÓN BÁSICA

TEMATICA:	Reunión de equipo para resolución de dudas, Verificación de avances y Planeación de actividades						
CITADA POR:	Laury Karina Rodriguez Lázaro	FECHA:	12/11/2024	HORA:	Inicio: 9:00 am	Fin:	12:00 Pm
LUGAR:	Centro médico de San Calixto						

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	DEPARTAMENTO U OFICINA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
Yolanda Ramirez	1064322189	PAPSIVI	Psicosocial	Yolanda-26@hotmail.com	3104491331	
Xiomara Guerrero M	1005660692	PAPSIVI	Psicosocial	xguerrero40@gmail.com	3233442197	Xiomara Guerrero
Laury Rodriguez L.	1098742091	PAPSIVI	Coordinadora	laurykrodriguez@gmail.	3229992257	
Jennifer Navarro S	1.091659.517	PAPSIVI	Psicologa	Jennifer.Sarabia@hotmail	3173034107	Jennifer N.
Daily x Balmaceda	1094322971	PAPSIVI	Promotora	Balmacedarimenez35@Gmail.c	3132044038	Daily Balmaceda

8. Garantizar la confidencialidad sobre la información recibida del proceso de atención psicosocial.



Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
ACUERDO INDIVIDUAL DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE LAS BASES DE DATOS DE VICTIMAS DE SENTENCIAS Y MEDIDAS JUDICIALES NACIONAL E INTERNACIONAL

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Entidad solicitante (seleccione con una X):	
Entidad Territorial	
X Empresa Social del Estado X	
Nombre o Razón Social:	
ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	
NIT	
Responsable del uso de la información:	
Nombres	Apellidos
Jennifer Alexandra	Navarro Sarabia
Cédula	Cargo
1.091 659 517	Psicologa PAPSIVI

2. ACUERDOS

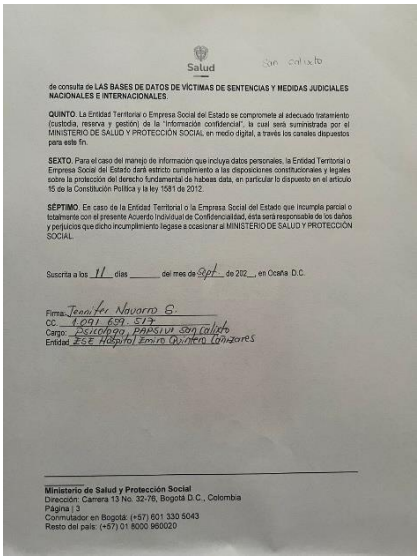
PRIMERO. La Entidad Territorial o Empresa Social del Estado se obliga a no divulgar a terceras partes la "información confidencial" que reciba por parte del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos de la presente acta, "información Confidencial" comprende **LAS BASES DE DATOS DE VÍCTIMAS DE SENTENCIAS Y MEDIDAS JUDICIALES NACIONALES E INTERNACIONALES** del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

SEGUNDO. La parte receptora se obliga a mantener la confidencial de la información que reciba del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, y a no entregarla a una tercera parte diferente de su equipo de trabajo para fines de consulta.

TERCERO. Es obligación de la Entidad Territorial o Empresa Social del Estado informar a sus empleados el correcto y confidencial uso de la información contenida en **LAS BASES DE DATOS DE VÍCTIMAS DE SENTENCIAS Y MEDIDAS JUDICIALES NACIONALES E INTERNACIONALES** del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CUARTO. La Entidad Territorial o Empresa Social del Estado se obliga a utilizar la "información confidencial" recibida del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, únicamente para fines

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Página | 3
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020



Salud

de consulta de LAS BASES DE DATOS DE VÍCTIMAS DE SENTENCIAS Y MEDIDAS JUDICIALES NACIONALES E INTERNACIONALES.

QUINTO. La Entidad Territorial o Empresa Social del Estado se compromete al adecuado tratamiento (custodia, reserva y gestión) de la "información confidencial", la cual será suministrada por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL en medio digital, a través los canales dispuestos para este fin.

SEXTO. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la Entidad Territorial o Empresa Social del Estado dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012.

SÉPTIMO. En caso de la Entidad Territorial o la Empresa Social del Estado que incumpla parcial o totalmente con el presente Acuerdo Individual de Confidencialidad, ésta será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

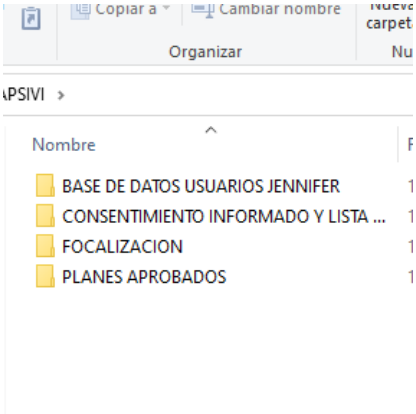
Suscrita a los 11 días _____ del mes de Sept de 202__, en Ocaña. D.C.

Firma: Jennifer Navarro S.
CC: 1.091 659 517
Cargo: Psicologa, PAPSIVI sin calido
Entidad: ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Página | 3
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

9. Realizar archivo de la información producto de la atención psicosocial

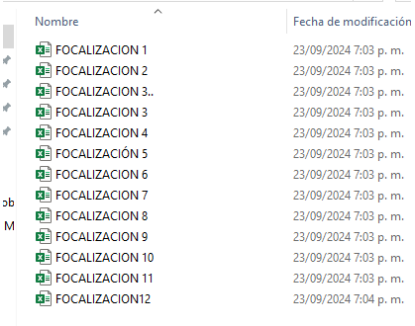
Evidencia – pantallazos de carpetas con la información digital escaneada de la documentación que se ha generado a lo largo de la ejecución del programa PAPSIVI



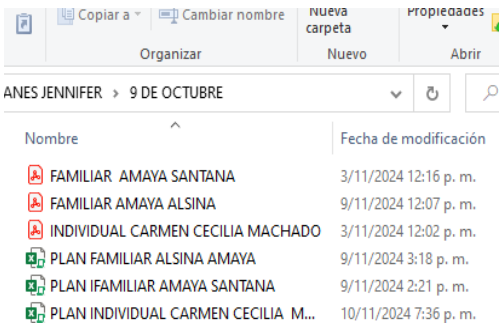
Copiar a | Cambiar nombre | Nueva carpet
Organizar | Nu

\PSIVI >

Nombre	F
BASE DE DATOS USUARIOS JENNIFER	1
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LISTA ...	1
FOCALIZACION	1
PLANES APROBADOS	1



Nombre	Fecha de modificación
FOCALIZACION 1	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 2	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 3..	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 3	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 4	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACIÓN 5	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 6	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 7	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 8	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 9	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 10	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION 11	23/09/2024 7:03 p. m.
FOCALIZACION12	23/09/2024 7:04 p. m.



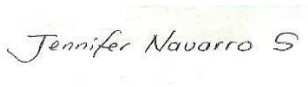
Copiar a | Cambiar nombre | Nueva carpeta | Propiedades
Organizar | Nuevo | Abrir

ANES JENNIFER > 9 DE OCTUBRE

Nombre	Fecha de modificación
FAMILIAR AMAYA SANTANA	3/11/2024 12:16 p. m.
FAMILIAR AMAYA ALSINA	9/11/2024 12:07 p. m.
INDIVIDUAL CARMEN CECILIA MACHADO	3/11/2024 12:02 p. m.
PLAN FAMILIAR ALSINA AMAYA	9/11/2024 3:18 p. m.
PLAN IFAMILIAR AMAYA SANTANA	9/11/2024 2:21 p. m.
PLAN INDIVIDUAL CARMEN CECILIA M...	10/11/2024 7:36 p. m.

A continuación, se relacionan los documentos producidos durante el periodo de ejecución y que constituyen entregables a cargo del contratista:

Se firma el presente formato de informe de ejecución por parte del contratista, en el mes de noviembre de dos mil veinte cuatro (2024).

Firma Contratista	
Nombre Completo:	JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
N° Documento:	1091659517 de Ocaña

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Lunes, 09 de septiembre de 2024

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA**, identificado con CC. **1.091.659.517**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31871978096	2024/09/09	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604).3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

Línea de Atención al Cliente: Bogotá: 343 00 00, Medellín 510 90 00, Cali 554 05 05, Barranquilla 361 88 88, Cartagena 693 44 00, Bucaramanga 697 25 25, Pereira 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la dirección: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, de Medellín.

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141123251982

(415)7707212489984(8020) 000014112325198 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 1 6 5 9 5 1 7	7	Impuestos de Cúcuta 7	

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 9 1 6 5 9 5 1 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Ocaña 4 9 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NAVARRO	SARABIA	JENNIFER	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Ocaña 4 9 8

41. Dirección principal: CL 7 2 R 68 BRR LAS LLANADAS

42. Correo electrónico: jennifer.sarabia@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 6 9 0 3 0 4	

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 2	2 0 2 4 0 9 0 6						4 1 1 4	

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
4	9																								

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

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	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		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

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 09 - 07 / 09 : 00: 00

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre NAVARRO SARABIA JENNIFER ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091659517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 11# 17-10 BARRIO SAN	TELÉFONO:	9445059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7944435594**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1038167652		

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

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 309.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 309.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 241.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 241.900**

Planilla Pagada

VALOR SIN MORA:	**$ 551.100**
VALOR MORA:	**$ 500**
TOTAL PAGADO:	**$ 551.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1091659517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNIFER ALEXANDRA NAVARRO SARABIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 11# 17-10 BARRIO SAN AGUSTIN	TELÉFONO:	9445059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7944435594**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	1		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1038167652

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 309.400	$	$	$	$	$ 30	$	$ 309.400	$ 30	$ 309.700
SUBTOTALES:										**$ 309.400**	**$ 30**	**$ 309.700**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$		$		$	$ 241.700	$	$ 20	$	$ 241.700	$ 20	$	$ 241.900
SUBTOTALES:													**$ 241.700**	**$ 20**	**$**	**$ 241.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES										
																														PENSIÓN									SALUD								ARP									CCF			SEN		ICBF		ESA		MINE	
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 EMPLEADO	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJ	TOTAL APORT	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORT	TOTAL APORT	TOTAL APOR	TOTAL APOR	TOTAL APOR	TOTAL APOR
1	CC 1091659517	NAVARRO SARABIA JENNIFER ALEXANDRA	INDEPEND		$ 1.933.360				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.933.360	$ 309.400	$	$	$	Norm	$ 309.400	NUEVA EPS CM	30	1.933.360	$ 241.700		$ 241.700																				

TOTAL	**$ 551.600**

Planilla Pagada
ach SOI