INFORME DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y DE APOYO A LA GESTION
FCO09-04
Versión: 6

INFORME DE ACTIVIDADES No 3

NUMERO DE CONTRATO:	366 DE 27 DE AGOSTO DE 2024
CONTRATISTA:	NADIA BRIYID MORA FRANCO
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACCIONES DE GESTIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA A TRAVÉS DE LOS EJES ESTRATÉGICOS DE GOBERNALIDAD Y GOBERNANZA, DETERMINANTES DE LA SALUD, ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD, CAMBIO CLIMÁTICO, CONOCIMIENTO Y PERSONAL DE SALUD DENTRO DE LAS LINEAS DE (SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL; ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES (PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI), SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, EN LOS EVENTOS RELACIONADOS CON LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.
VALOR:	$18.000.000
PLAZO DE EJECUCION:	CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIACION:	28 DE AGOSTO DE 2024
FECHA DE VENCIMIENTO:	27 DE DICIEMBRE DE 2024
PERIODO DE INFORME:	1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024
FECHA DEL PRESENTE:	06 DE DICIEMBRE DE 2024
SUPERVISOR:	WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL
APOYO A LA SUPERVISIÓN	CARMEN SOFIA AMAYA RINCON
INTERVENTOR:	N.A
EVALUACION DE PROVEEDORES:	N.A

1. OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Realizar asistencia técnica y capacitación al personal médicos asistencial de las Unidades primarias generadoras de datos - UPGD en lo relacionado con los ejes estratégicos de gobernabilidad y gobernanza, determinantes de la salud atención primaria en la salud, cambio climático, conocimiento en salud y personal en salud dentro de las líneas de (seguridad alimentaria y nutricional; enfermedades inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el plan decenal de salud pública 2022-2031 y por los protocolos del Instituto Nacional de Salud y Ministerio de salud y protección social. Evidencias: Oficios de convocatoria, listados, archivo fotográfico, actas de reunión, formatos diligenciados de evaluación previos y posteriores a las capacitaciones, actas de calidad del dato, actas de revisión información en RUAF.

2. Realizar las intervenciones epidemiológicas y la elaboración de los respectivos informes de casos de los eventos de interés en salud pública según los ejes estratégicos del objeto contractual de las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad, y derechos sexuales y reproductivos., con la periodicidad y plazo de entrega establecida según reporte de los sistemas de vigilancia o

rumores epidemiológicos según los lineamientos vigentes del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Departamental. Evidencias: Actas o formatos diligenciados de IEC, BAC o BAI, informes de reporte, asistencia a reuniones de reporte de información.

3. Realizar las búsquedas activas institucionales y comunitarias de los eventos de interés en salud pública, relacionado con los ejes estratégicos del objeto contractual de las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones – PAI), sexualidad, y derechos sexuales y reproductivos., con la periodicidad y plazo de entrega establecida según reporte de los sistemas de vigilancia o rumores epidemiológicos según los lineamientos vigentes del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Departamental. Evidencia: Actas de unidades de análisis, boletines epidemiológicos publicados, evidencia de asistencia técnica, listados de asistencia, instrumento de unidad de análisis (formato Excel).

4. Hacer entrega periódica de los informes solicitados según los ejes estratégicos del objeto contractual en las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, en las fechas establecidas ya sea solicitud de dependencias internas del municipio o por los entes de control al ente territorial. Evidencias: Informes de indicadores, informes de cumplimiento de avance en metas de producto y resultado, pantallazos de reportes internos realizados y similares.

5. Realizar acciones para mantener y mejorar la calidad de información y la toma de decisiones desde la vigilancia en salud para el municipio de Tauramena. Por ejemplo: Reuniones de unidades de análisis para la revisión de EISP de manera semanal, calidad del dato de las fichas de notificación de manera mensual, y concordancias de estadísticas vitales con RUAF, salas de análisis de riesgo (SAR) según los ejes estratégicos del objeto contractual, siguiendo lineamientos. Evidencias: Actas o formatos diligenciados, informes de reporte, asistencia a reuniones de reporte de información.

6. Realizar acciones de coordinación intersectorial e implementación de las políticas, planes o programas en los ejes estratégicos en las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en el Comité de mesa de infancia y adolescencia y mesa de seguridad alimentaria y nutricional del Municipio u otra articulación que se requiera. Evidencia: actas de reunión con evidencia de la coordinación intersectorial e implementación de acciones, evidencia de cumplimiento a planes de acción, contingencia o mejora, según sea el caso, participación en asistencias técnicas para cumplimiento de los objetivos programáticos, etc.

7. Realizar articulación con el operador del plan de intervenciones colectivas en las actividades a desarrollar que sean de interés de las en los ejes estratégicos en las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI) y sexualidad, y derechos sexuales y reproductivos. Evidencia: comunicaciones, archivo fotográfico, listados de asistencia, actas de reunión.

8. Asistir en representación del municipio a las reuniones que se convoquen para tratar temas relacionados con el objeto contractual. Evidencia: Actas de reunión, listados de asistencia, archivo fotográfico, pantallazos de reuniones a través de plataformas virtuales.

9. Realizar el comité del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) del municipio, verificando el cumplimiento de actos administrativos, plan de acción anual y de cada jornada de vacunación, según requerimientos de Secretaria de Salud Departamental. Evidencia: Comunicaciones de convocatoria, actas de reunión, listados de asistencia, archivo fotográfico, pantallazos de comités realizados a través de plataformas virtuales.

10. Realizar y/o participar en los comités de vigilancia epidemiológica municipales y departamentales, con posterior publicación de boletines epidemiológicos según cronograma establecido desde la oficina de salud, teniendo en cuenta los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y ministerio de salud y protección social. Evidencia: Comunicaciones de convocatoria, actas de reunión, listados de asistencia, archivo fotográfico, pantallazos de comités realizados a través de plataformas virtuales.

11. Realizar acciones de control de los brotes de enfermedades de interés en salud pública en el municipio mediante elaboración de planes de contingencia y/o mejoramiento para la prevención y control de las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y/o en el momento que sea requerido por el equipo de respuesta inmediata en caso de presentarse brote en algún EISP. Evidencia: Formatos y/o instrumentos de recolección de información.

12. Hacer entrega semestral y anual según corresponda, de indicadores en eventos de interés en salud pública con los ejes estratégicos del objeto contractual en las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en las fechas establecidas por la secretaria departamental de salud y el Instituto Nacional de Salud. Evidencias: Informes de indicadores de EISP, informes de cumplimiento de avance en metas de producto y resultado, pantallazos de reportes internos realizados y similares.

13. Hacer entrega de Informe de avance de gestión o de cumplimiento de metas conforme del plan de Desarrollo vigente, en el evento que sea requerido por el supervisor del contrato. Evidencias: Formatos o pantallazo compartido a través de servidor interno del municipio. Evidencias: Informes de cumplimiento de avance en metas de producto y resultado, pantallazos de reportes internos realizados y similares.

14. Hacer entrega mensual del informe de actividades en medio físico y magnético al supervisor del contrato, los cuales serán requisito para los pagos de las actas parciales, junto con las actas y demás soportes requeridos para realizar dichos pagos. Evidencias: Informe mensual de actividades y los anexos respectivos. Evidencias: Informe mensual de actividades y los anexos respectivos.

15. Hacer entrega de informe final: Se presentará al finalizar el contrato, donde se dará cuenta de todas las actividades ejecutadas, con los anexos que sean del caso e incluyendo las conclusiones y recomendaciones pertinentes, teniendo en cuenta los objetivos y alcances señalados en el contrato.

16. Las demás que se le sean designadas por el supervisor y que se relacionen con el objeto contractual.

2. ACTIVIDADES EJECUTADAS.

No.		ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS/ SOPORTES
ACT	OBLIG		
1	1	**Realizar asistencia técnica y capacitación al personal médicos asistencial de las Unidades primarias generadoras de datos - UPGD en lo relacionado con los ejes estratégicos de gobernabilidad y gobernanza, determinantes de la salud atención primaria en la salud, cambio climático, conocimiento en salud y personal en salud dentro de las líneas de (seguridad alimentaria y nutricional; enfermedades inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el plan decenal de salud pública 2022-2031 y por los protocolos del Instituto Nacional de Salud y Ministerio de salud y protección social.** - Se realizó fortalecimiento de capacidades de los eventos de interés en salud pública a los médicos asistenciales del servicio social obligatorio de la ESE Hospital local de Tauramena el día 15 de noviembre de 2024 a las 2:00pm en el consultorio del SAS	**Anexo 1** Copia de planilla de asistencia y acta a la UPGD ESE HLT
2	2	**Realizar las intervenciones epidemiológicas y la elaboración de los respectivos informes de casos de los eventos de interés en salud pública según los ejes estratégicos del objeto contractual de las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad, y derechos sexuales y reproductivos., con la periodicidad y plazo de entrega establecida según reporte de los sistemas de vigilancia o rumores epidemiológicos según los lineamientos vigentes del Instituto Nacional de Salud y Secretaria de Salud Departamental.** - Se realizó gestión para seguimientos de casos con desnutrición aguda en menor de 5 años al ESE hospital local de Tauramena y a Servimedicas IPs para verificar los casos de recuperación nutricional de los casos notificados mediante correo electrónico el día 12 de noviembre de 2024. - Se realizó solicitud de seguimiento de casos de sífilis gestacional a la IPs Servimedicas, con el fin de verificar su estado inmunológico, mediante correo electrónico el día 28 de noviembre de 2024.	**Anexo 2** Copia de correo electrónico de seguimientos con desnutrición aguda en menor de 5 años **Anexo 2.1** Copia de correo electrónico de solicitud de seguimiento de sífilis gestacional

		-Se realizó identificación de caso de varicela por parte de modalidad familiar, donde informa sobre gestante con este evento, siendo empleada del colviseg, lo que se realizan acciones de investigación epidemiológica y solicitud al sistema de información del SIVIGILA por no estar notificado por parte de la ESE Hospital local de Tauramena el día 28 de noviembre de 2024. Se realizaron investigaciones epidemiológicas de las infecciones respiratorias agudas graves de todo el año, por solicitud de profesional de apoyo de eventos inmunoprevenibles secretaria de Salud para posterior envió al Instituto Nacional de salud el día 22 de noviembre de 2024.	**Anexo 2.2** Copia de IEC de varicela y solicitud de notificación de caso de varicela **Anexo 2.3** Copia de IEC de IRAG de la semana epidemiológica 13, 28, 29 y 30
3	**5**	**Realizar acciones para mantener y mejorar la calidad de información y la toma de decisiones desde la vigilancia en salud para el municipio de Tauramena. Por ejemplo: Reuniones de unidades de análisis para la revisión de EISP de manera semanal, calidad del dato de las fichas de notificación de manera mensual, y concordancias de estadísticas vitales con RUAF, salas de análisis de riesgo (SAR) según los ejes estratégicos del objeto contractual, siguiendo lineamientos.** -Se realizó verificación de calidad del dato de fichas de notificación del mes de octubre con profesional encargado de salud pública de la ESE Hospital local de Tauramena con respectiva acta de hallazgos encontrados el día 06 de noviembre de 2024 -Se realizó verificación de la concordancia de estadísticas vitales con RUAF nacidos vivos y defunciones y libro de seguimiento de certificado de nacidos y defunciones mediante acta el día 05 de noviembre de 2024.	**Anexo 3** Copia de acta de calidad del dato con la ESE HLT del mes de octubre **Anexo 3.1** Copia de acta de concordancia estadísticas vitales RUAF-Nacidos vivos
4	**6**	**Realizar acciones de coordinación intersectorial e implementación de las políticas, planes o programas en los ejes estratégicos en las líneas de seguridad alimentaria y nutricional, inmunoprevenibles (programa ampliado de inmunizaciones - PAI), sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en el Comité de mesa de infancia y adolescencia y mesa de seguridad alimentaria y nutricional del Municipio.** -se asistió a mesa de infancia y adolescencia y seguridad alimentaria y nutricional para informar sobre las acciones que se están realizando para el cumplimiento del plan de acción de cada una de las mesas desde los temas de salud sexual reproductiva, seguridad alimentaria y nutricional e	**Anexo 4** Copia de planilla de asistencia de mesa de infancia y adolescencia y mesa de seguridad alimentaria y nutricional

		inmunoprevenibles con el programa ampliado de inmunizaciones el día 21 de noviembre de 2024 en sala de juntas.	
5	**8**	**Asistir en representación del municipio a las reuniones que se convoquen para tratar temas relacionados con el objeto contractual. Evidencia: Actas de reunión, listados de asistencia, archivo fotográfico, pantallazos de reuniones a través de plataformas virtuales.** .-Se asiste a socialización de lineamientos por alerta de casos de fiebre amarilla por parte del programa ampliado de inmunizaciones del departamento el día 14 de noviembre de 2024 mediante Google meet. -Se asistió a reunión de mesa territorial de fortalecimiento de Casanare con la Superintendencia Nacional de Salud en el auditorio de GHL de la ciudad de Yopal el día 08 de noviembre de 2024 .-Se asiste al desarrollo de capacidades de búsqueda activa comunitaria en fiebre amarilla por alerte, en socialización de los formatos para respectivo informe por parte de profesional de apoyo del programa ampliado de inmunizaciones del departamento mediante plataforma de Google meet el día 19 de noviembre de 2024. Se recibe asistencia técnica en protocolo y lineamientos de desnutrición aguda moderada y severa en menor de cinco de año, mortalidad y/o por asociada a desnutrición, bajo peso al nacer y seguimiento a las investigaciones epidemiológicas de campo por parte de profesional de apoyo de vigilancia en salud publica departamental mediante Google meet el día 05 de noviembre de 2024.	**Anexo 5** Pantallazo de asistencia socialización de lineamientos por alerta de casos de fiebre amarilla **Anexo 5.1** Copia de planilla de mesa territorial de fortalecimiento pro parte Superintendencia Nacional de Salud **Anexo 5.2** Pantallazo de asistencia al desarrollo de capacidades de BAC en fiebre amarilla **Anexo 5.3** Copia de acta de *seguimiento del* programa de nutrición por parte de vigilancia departamental
6	**9**	**Realizar el comité del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) del municipio, verificando el cumplimiento de actos administrativos, plan de acción anual y de cada jornada de vacunación, según requerimientos de Secretaria de Salud Departamental. Evidencia: Comunicaciones de convocatoria, actas de reunión, listados de asistencia, archivo fotográfico, pantallazos de comités realizados a través de plataformas virtuales** - Se realizó convocatoria y comité del programa ampliado de inmunizaciones del mes de noviembre para la jornada de vacunación, con respectivos apoyos a las EAPB, solicitud de informa de vacunación, y espacio en emisora comunitaria para el desarrollo de la jornada mediante	**Anexo 6** Copia de correo electrónico de comité pai del mes de octubre+ acta y planilla de asistencia del comité

		correo electrónico el día 12 de noviembre de 2024 y se realizó comité el día 18 de noviembre de 2024 en la oficina de salud pública. -Se realizó envió de formato de los puntos de vacunación para la jornada de intensificación del mes de noviembre mediante correo electrónico el día 20 de noviembre al programa ampliado de inmunizaciones de Secretaria de Salud Departamental.	**Anexo 6.1** Copia de correo electrónico de formato de puntos de vacunación mes de noviembre
7	**10**	**Realizar y/o participar en los comités de vigilancia epidemiológica municipales y departamentales, con posterior publicación de boletines epidemiológicos según cronograma establecido desde la oficina de salud, teniendo en cuenta los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y ministerio de salud y protección social** Se asistió COVE departamental de manera virtual en la semana epidemiológica N° 44 el día 07 de noviembre, en semana epidemiológica N° 45 el día 15 de noviembre y semana epidemiológica N° 47 el día 28 de noviembre mediante plataforma teams dada por secretaria de Salud Departamental. Se asistió al comité de vigilancia epidemiológica N° 11 como tema central lesiones por pólvora intoxicaciones con metanol por parte de profesional encargada de salud mental el día 29 de noviembre de 2024 en sala de juntas.	**Anexo 7** Copia de correo electrónico de pantallazos de cove virtual de la semana epidemiológica 44,45 y 47. **Anexo 7.2** Planilla de asistencia de COVE municipal N° 11 de lesiones por pólvora e intoxicaciones por metanol
8	**14**	**Se realiza entrega mensual del informe de actividades en medio físico al supervisor del contrato**	**Medio físico**

3. LOGROS/ IMPACTO

1. Se dio cumplimiento a las acciones realizadas para vigilancia comunitaria en las fechas estipuladas.
2. Se realizó el 100% de los seguimientos de casos de desnutrición aguda en menor de 5 años reportados por Vigilancia nutricional del departamento y por SISVAN.
3. Se realizó cumplimiento del 100% de los casos notificados morbilidad materna extrema.
4. **Observaciones:** Se entrega todo en medio físico.

EVIDENCIAS/ SOPORTES

Anexo 1
Copia de planilla de asistencia y acta a la UPGD ESE HLT

Anexo 2
Copia de correo electrónico de seguimientos con desnutrición aguda en menor de 5 años

Anexo 2.1
Copia de correo electrónico de solicitud de seguimiento de sífilis gestacional

Anexo 2.2
Copia de IEC de varicela y solicitud de notificación de caso de varicela

INFORME DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y DE APOYO A LA GESTION
FCO09-04
Versión: 6

Anexo 2.3 Copia de IEC de IRAG de la semana epidemiológica 13, 28, 29 y 30
Anexo 3 Copia de acta de calidad del dato con la ESE HLT del mes de octubre **Anexo 3.1** Copia de acta de concordancia estadísticas vitales RUAF-Nacidos vivos
Anexo 4 Copia de planilla de asistencia de mesa de infancia y adolescencia y mesa de seguridad alimentaria y nutricional
Anexo 5 Pantallazo de asistencia socialización de lineamientos por alerta de casos de fiebre amarilla **Anexo 5.1** Copia de planilla de mesa territorial de fortalecimiento pro parte Superintendencia Nacional de Salud **Anexo 5.2** Pantallazo de asistencia al desarrollo de capacidades de BAC en fiebre amarilla **Anexo 5.3** Copia de acta de seguimiento del programa de nutrición por parte de vigilancia departamental
Anexo 6 Copia de correo electrónico de comité pai del mes de octubre+ acta y planilla de asistencia del comité **Anexo 6.1** Copia de correo electrónico de formato de puntos de vacunación mes de noviembre
Anexo 7 Copia de correo electrónico de pantallazos de cove virtual de la semana epidemiológica 44,45 y 47. **Anexo 7.2** Planilla de asistencia de COVE municipal N° 11 de lesiones por pólvora e intoxicaciones por metanol

EL CONTRATISTA:

NADIA BRIYID MORA FRANCO
C.C No. 1.115913731 Tauramena

CARMEN SOFIA AMAYA RINCÓN
Apoyo a la supervisión

SUPERVISOR ( ):

WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCARCEL
Secretario de Desarrollo Social

Anexo 1

Copia de planilla de asistencia y acta a la UPGD ESE HLT

ACTA DE REUNION

FSI14-08
Versión: 5

REGISTRO DE ACTIVIDADES EXTERNAS
FD100-05
Versión: 3

TEMA: Asistencia Técnica Hospital local T/.

OBJETIVO: actualización lineamientos de salud pública. 2024. (Eventos de interés en Salud pública)

FACILITADOR: Profesionales de Apoyo V.S.P / oficina Salud pública

FECHA: 15 noviembre/2024 | Lugar: Hospital local Tauramena.

Hora inicio: 2:00 Pm | Hora terminación: 3:30 pm.

NOMBRE	ENTIDAD / C.C.	EMAIL / CELULAR	URB	RUR	DISCAP	AFRO	M	F	LGBTI	VICTIM	EDAD	FIRMA
Kevin Stiven Lagunón	ENTIDAD: H.L.T. / C.C. 1118703435	EMAIL: [illegible] / CELULAR: 321 6049795.	X				X				26	
Fabian Benavides Correa	ENTIDAD: HLT / C.C. 1115917.777	EMAIL: efbenavides@unal.edu.co / CELULAR: 3126127723	X				X				26	Fabian Benavides
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD: / C.C.	EMAIL: / CELULAR:										
	ENTIDAD:	EMAIL:										

ACTA DE REUNION
FSI14-08
Versión: 5

ACTA ASISTENCIA TECNICA UPGD
HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
ACTA No. 134

FECHA: Tauramena, 15 de noviembre de 2024
HORA: De las 2:00 a las 3:30 hora
LUGAR: Hospital local de Tauramena

OBJETIVO

Fortalecer capacidades en los lineamientos de salud pública del año 2024 con énfasis en los eventos de violencia de género e intrafamiliar, salud sexual y reproductiva, agresiones potencialmente transmisoras de rabia, tuberculosis y Hansen, y circular 049 de 2024 e intensificación de verificación de calidad del dato en diligenciamiento de fichas.

DESARROLLO

Temas tratados:

- Calidad del dato de fichas epidemiológicas según errores encontrados en cada una de las semanas epidemiológicas como tipo de clasificación, laboratorios y definición de caso con énfasis en tipo de exposición y tratamiento para agresiones de potencialmente transmisores de rabia, dengue, violencias de género e intrafamiliar.
-Definición de caso de las violencias de género e indicar ruta de atención en la ficha.
- Generalidades de eventos de interés en salud pública como relevancia: dengue, tuberculosis, Hansen, salud mental, salud sexual y reproductiva, agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia.
-Se realiza socialización de circular 049 de 2024 en cumplimiento de los lineamientos nacionales el departamento inició búsqueda intensificada de casos sospechosos de sarampión/rubeola y casos probables de tos ferina y parálisis flácida aguda, pueden notificarse como **sospechosos de Sarampión** los casos que cumplen definición para Dengue y que incluya dentro sus signos y síntomas "fiebre y erupción".

Conclusiones y varios
-Realizar el correcto diligenciamiento de fichas de notificación con respectivo nombre del evento, dirección y teléfono del usuario en tiempo real, definición de caso, tipo de caso, según errores presentados.

Se finaliza reunión

Transcriptor: Helen Carolina Sánchez Vela
Referente en Salud Pública
GESTIÓN DOCUMENTAL
Original: Oficina de Salud Pública- Secretaria de Desarrollo Social

Anexo 2

Copia de correo electrónico de seguimientos con desnutrición aguda en menor de 5 años

Anexo 2.1

Copia de correo electrónico de solicitud de seguimiento de sífilis gestacional

Anexo 2.2

Copia de IEC de varicela y solicitud de notificación de caso de varicela

Anexo 2.3

Copia de IEC de IRAG de la semana epidemiológica 13, 28, 29 (2) y 30

2

262

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co>

Urgente_Solicitud de seguimientos con DNT aguda

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co>
Para: servimedicas <servimedicas@hotmail.com>

12 de noviembre de 2024, 16:59

BUenas tardes,

Cordial saludo,

Se solicita de manera respetuosa información de seguimiento de usuarios notificados por la Ips servimedicas con el fin de verificar si se están tomando la fórmula del plumpy' nut, si fue posible la tolerancia y verificar recuperación nutricional, con la fecha de última atención su peso y talla, para envió a Secretaria de Salud Dearptamental. de los siguientes usuarios:

YAHEL	COLINA	FARFAN	RC	1116557930
SAMANTHA	SAENZ	ARDILA	RC	1115920641
ANDRES	GOMEZ	JARAMILLO	RC	1118579154
MATHIAS	CHAPARRO	GONZALEZ	RC	1222144752
ALANNA	RAMIREZ	GARCIA	RC	1115920902

Agradezco su gestión,

Respetuosamente,
NADIA MORA FRANCO
Referente en salud pública

Y

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co>

Solicitud de seguimiento de caso de sifilis gestacional

1 mensaje

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co> 28 de noviembre de 2024, 11:31
Para: servimedicas <servimedicas@hotmail.com>

Tauramena, 28 de noviembre de 2024

Señores:
IPS servimedicas

Por medio de la presente solicito seguimiento de este caso de sifilis gestacional (aunque se conoce que ya no está en embarazo) toca dar cumplimiento al protocolo con los seguimientos correspondientes cada 3 meses para realización de prueba no treponemica, es de recordar que la aplicación de la penicilina benzatínica, ya no requiere prueba de penicilina, lo que se podría aplicar en la institución para garantizar cumplimiento de la misma. De la siguiente usuaria:

JUDY	SOLANYI	SAENZ	JIMENEZ	CC	1115918257

Agradezco su pronto seguimiento,

Respetuosamente,

NADIA MORA FRANCO
Referente en salud publica

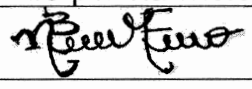
FORMATO DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO

SEGUIMIENTO A EVENTO 831 VARICELA

Fecha de seguimiento: 28 de noviembre de 2024
HORA: 2:30pm

LUGAR: Llamada telefónica

ASISTENTES:

RESPONSABLE	CARGO	FIRMA
Lina Tatiana Vega Gámez	Paciente	IEC por vía telefónica
Nadia Mora	Referente en salud publica	

Nombre: Lina Tatiana Vega Gámez
Edad: 17 años
Eps: Nueva Eps Contributivo
FN: 13/07/2005
Inicio de síntomas: 17/11/2024
Fecha de consulta: 14/11/2024
Ocupación: Guardia de Seguridad en Colviseg Cpf
Dirección: Vereda Yaguaros – Finca Villa Sara
Edad gestacional: 8 semanas
Celular: 3188251120

El día 26 de noviembre de 2024, llega notificación mediante oficio de modalidad familiar de sede paso cusiana sobre caso de varicela, lo que se inicia IEC por vía telefónica refiere lo siguiente:

- El día 17 de noviembre de 2024 inicia con síntomas: fiebre y brote, en ese momento se encontraba en incapacidad medica por amenaza de aborto el día 31/10/2024, se trata de una G3P2A0V2, con FUR:03/10/2024 estaba planificando con anticonceptivos orales, por tal motivo no estaba en su trabajo en el cpf.

Se tiene historia clínica del 17/11/2024 ingreso a la ESE Hospital local de Tauramena

PACINETE FEMEINA DE 21 AÑOS QUE INGRESA CON GESTACION DE 5,2 SEMANAS POR ECO DE SEMANA 4, G3P2V2 QUE INGRESA POR CUADRO

FORMATO INVESTIGACIÓN DE CAMPO

CLINICO DE 6 DIAS DE PICOS FRBILES NO CUANTIFICADOS, ASOCIADO A HACE 3 DIAS DE APARICION DE LESIONES A NIVEL PERLADO EN CUERO CABELLUDO QUE SE EXTIENDEN DE MANERA CEFALOCAUDAL HASTA GENERALIZADARSE, ASIMISMO REFIERE PICOS FERBILES DE DIFICIL CONTROL. REFIERE NOXA DE CONTACTO POSITIVA PARA VARICELA CON MADRE QUIEN VIVE EN EL MISMO DOMICLIO, A NIVEL DE PIEL SE EVIDENCIA FLICTENA EN REGION ANTERIOR DEL TORAX, DORSO , CUERO CABELLUDO, ABDOMEN Y ZONA VAGINAL CON LIQUIDO SEROSO EN SU INTERIOR. ERITEMA PERILESINAL EN ALGUNAS DE ELLAS. SE CONSINDERA DE MOMENTO PACIENTE CURSA CON VARICEL ZOSTER, SE CONSIDNERA DE MOMETNO INICIAR TRATMAINETON MEDICO SINTOMATICO Y POSTERIROR A ESO EGRESO MEDICO, SE DAN SIGNSO DE ALMARA Y RECOMENDIACONES GENERLAES, SE DILIGENCIA FICHA DE NOTIFICACION.

IDX. GESTACION DE 5 SEMANAS
G3P2V2
VARICELA ZOSTER

PLAN: EGRESO
DIPIRONA 2 GR IM AHORA
ACICLOVIR 800 MG TAB TOMAR 1 CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
ACICLOVIR TOPICO 5 APLICAR EN LESIONES CADA 4 HORAS POR 10 DIAS
ACETAMINONFE 1 GR VO CADA 6 HORAS POR 5 DIAS
CALADRYL APLICAR EN LESIONES MEZCLADO CON ACICLOVIR TOPICO CADA 4 HORAS.
SE DA INCAPCIDAD POR 7 DIAS
SS/ CITA CONTRL EN 3 DIAS POR OCNSULTA EXTERNA
SE DAN SIGNOS DE ALMARA YR ECOMENDAICONES GENERALES

Investigación de campo

Mediante llamada telefónica informa que desde el momento que inicio con los síntomas aisló a los menores donde su madre, su alimentación y habitación es aparte de los menores, no estuvo trabajando en esos días por lo que se encontraba con incapacidad por temas de amenaza de aborto, no ha tenido contacto con personas con varicela, en el trabajo tampoco informaron sobre casos de los mismos, aunque por periodo de incubación usuaria no estaba en la empresa colviseg del CPF desempeñando su cargo de guardia de seguridad.

Sin embargo, para verificar el tema de la empresa, se comunica con Katherine Arciniega siendo la HSEQ de Colivseg e informa que usuaria lleva casi un mes

incapacitada por problemas de salud relacionado con su embarazo, envió incapacidad el 17 de noviembre por tema de varicela, no hubo riesgo o activación de protocolos en la empresa por no estar activa en su trabajo, aunque se brindó información sobre lo síntomas de varicela e informar a las encargadas correspondientes.

Se realizó llamado el día 26 de noviembre lo que informa que se encuentra en proceso de costras, lo que refiere estar en periodo de contagio, lo que se gestiona teleconsulta por parte de la Ips Servimedicas, sen encuentra en buen estado general, con aislamiento sin complicaciones.

Se programa cita de teleconsulta para prorroga de incapacidad el día 28 de noviembre de 2024 a las 8:00am lo que se realiza y envía incapacidad hasta el 2 de diciembre para inicio de sus labores.

Los posibles contactos son sus menores, sin antecedente de varicela, pero con aplicación de biológico verificado en el PAI-WEB de la varicela:

Nombre	Documento	Parentesco	Edad	Síntomas
Sara Thalia Unda	1115919462	Hija	6 años	No refiere
Dilan Arbey Unda	1222127909	HIjo	8 años	No refiere
Diana Gamez		Madre	40 años	Hace 6 meses tuvo varicela

3. COMPROMISOS

- Continuar con el seguimiento del evento inmunoprevenibles de manera inmediata y seguimiento dentro de 8 días para verificar estado del paciente y contactos de este.
- Verificar el tema de informa a salud publica cualquier caso de inmunoprevenible que se notifique para generar acciones de manera inmediata,

Elaborado por:

FORMATO INVESTIGACIÓN DE CAMPO

NADIA MORA FRANCO
Referente en Salud Pública
ECNT- SAN- Inmunoprevenibles
Alcaldía de Tauramena

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co>

Solicitud de notificación de caso de varicela

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co> 29 de noviembre de 2024, 15:14
Para: pyptauramena <pyptauramena@gmail.com>, Hospital Tauramena <sivigila.esehlt@gmail.com>

Tauramnea, 29 de noviembre de 2024

Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta oficio remitido por parte de modalidad familiar de identificación de caso de varicela, que se verifica historia clínica y no fue notificado en el sistema de vigilancia SIVILA, lo que obliga a realizar la notificación según datos de la historia clínica, y se le recuerda que los médicos asistenciales deben realizar la respectiva notificación por el riesgo de transmisión, de la siguiente usuaria:

LINA TATIANA VEGA GAMEZ C.C 1006535173 del día 17/11/2024 (asistió a la ESE Hospital local de Tauramena con cie 10 de varicela,

Agradezco su gestión,

Respetuosamente,

NADIA MORA FRANCO
Referente en salud pública

FICHA DE INVESTIGACIÓN
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA
SEMANA 13, MUNICIPIO DE TAURAMENA CASANARE

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos del paciente: Cesario Rodríguez Soto
Documento identidad: 117766
Fecha nacimiento: 17/02/1933 Edad: 91 Sexo: Masculino
Nacionalidad: colombiana
Domicilio: Departamento: Casanare Municipio: Tauramena Barrio: Las villas
Dirección: Calle 2 N°11 15
Zona urbana: X rural: Tel. de contacto: 33214667014
Ocupación: Ninguno

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Vacuna antigripal: Si **X** (verificado en sistema nominal PAI WEB) No sabe
Año de la última vacunación:2021 Presenta carné: Si: **X** No

En los 15 días previos al inicio de síntomas:
¿Ha viajado zonas con circulación de agentes de transmisión respiratoria de alta patogenicidad? Si X No:**GN** Donde: País .....Municipio..... Periodo de estadía: del .../...../..... al...../...../.....
¿Tuvo contacto con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG? Si No: **no sabe**
¿En qué lugar? .....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Ha tenido contacto directo o indirecto con aves o cerdos? Si No: **X**
¿En qué lugar? _.....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Es trabajador de salud? Si No **X** Establecimiento de trabajo .....

ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de inicio de síntomas 25/03/2024
Fecha 1° consulta: 26/03/2024
Centro 1era consulta: ESE hospital local de Tauramena
Fecha de captación: 26/03/2024

Signos y síntomas al ingreso y días previos

Fiebre medida o referida	X	Disnea		**OTROS:**	
Cefalea		Taquipnea	X	Tirajes intercostales	
Dolor Torácico	X	Cianosis		Rinorrea Hialina	
Postración		Mialgia		SPO 78%	

Dolor de garganta - Odinofagia		Diarrea		Hiporexia	
Tos	x	Dolor abdominal		_____	

COMORBILIDADES/ FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo/comorbilidad	SI	NO	Fecha de inicio/ fecha de diagnostico
Asma		x	
Enf. Respiratoria Crónica	X		
Neurológica		x	
Inmunosupresión		x	
Enf. Renal Crónica		x	
Enf. Cardiaca		x	
Diabetes		x	
Obesidad		x	
Enf. Hepática Crónica		x	
Embarazo		x	
Otros		x	
Tabaquismo		x	
Alcoholismo		x	

Antecedentes de uso de medicamentos para este evento y previo a la internación

Antivirales X Fecha de inicio ___ /__/____
Antibióticos X Fecha de inicio ___ /__/____

Fecha de hospitalización:
Diagnóstico/s de hospitalización:

1. Neumonía Viral con coinfección Bacteriana
2. Síndrome Bronco obstructivo
3. Síndrome dificultad Respiratoria moderada
4. Deshidratación moderada
5. Riesgo de Bacteriemia

Signos vitales al ingreso:
FC: 99 Temperatura: 36.5 Saturación de O_2: 98
FR30 Tensión arterial:125/80 Min: sin dato Max: sin dato

Datos radiográficos dentro de las primeras 24 horas y posteriores

Hallazgos de la Rx	Fecha				
	25/03/2024		----/----/----	----/----/----	
Rradiografía de tórax: infiltrado intersticial con tendencia a la consolidación parahiliar derecho, apical izquierda, ángulos cardio y	☒	☐	☐	☐	

HORAS CON INHALOCAMARA BECLOMETASONA 250 MCG 2 PUFF CADA 12 HORAS CON INHALOCAMARA CITA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

Contactos cercanos, familiares y sociales (describir estado de salud actual de los contactos)

	NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	SINTOMATICO RESPIRATORIO	HOSPITALIZADO
1	Roció Rodríguez	Hermana	Hogar	52	F	No	No
2	Juan Rodríguez	Hermano	Hogar	86	M	No	No
3	Ana Rodríguez	Hija	Secretaria	39	F	No	No

Fecha de notificación:
¿Establecimiento de Salud: Hospital Regional de la Orinoquia Municipio: Yopal
Departamento: Casanare

Informe realizado por;

NADIA MORA FRANCO
Profesional Apoyo VSP

Enf. Renal Crónica		x	
Enf. Cardiaca		x	
Diabetes		x	
Obesidad		x	
Enf. Hepática Crónica		x	
Embarazo		x	
Otros		x	
Tabaquismo		x	
Alcoholismo		x	

Antecedentes de uso de medicamentos para este evento y previo a la internación

Antivirales X Fecha de inicio ___ /__/____
Antibióticos X Fecha de inicio ___ /__/____

Fecha de hospitalización: 19/07/2024

Diagnóstico/s de hospitalización:
J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Signos vitales al ingreso:
FC: 1002 Temperatura: 36.5 Saturación de O_2: 98
FR:19 Tensión arterial:00000 Min: sin dato Max: sin dato

Datos radiográficos dentro de las primeras 24 horas y posteriores

Hallazgos de la Rx	Fecha				
			----/----/---- -	----/----/---- -	
Rradiografía de tórax:	☒	☐	☐	☐	
Cavitación	☐	☐	☐	☐	
Opacificación Completa	☐	☐	☐	☐	
Infiltrado intersticial	☐	☐	☐	☐	
Neumotorax	☐	☐	☐	☐	
Neumomediastino	☐	☐	☐	☐	
Mediastino ensanchado	☐	☐	☐	☐	
Adenopatía hilar	☐	☐	☐	☐	
Consolidación	☐	☐	☐	☐	
Cardiomegalia	☐	☐	☐	☐	
Derrame pleural	☐	☐	☐	☐	

DATOS DE LABORATORIO

Laboratorio clínico

Laboratorio para diagnóstico etiológico
NOTA DE LECTURA DE PARACLINCOS. INMUNOLOGIA COVID-19 Ag Detección Cualitativa por detección especifica de Antigenos para SARS-Cov-2 Tecnica: Inmunocromatográfico Tipo de Muestra: Hisopado Nasofaríngeo Ag Covid-19: POSITIVO

CONDICIÓN AL EGRESO

Manejo ambulaotrio: SOLICITUD MEDICA - ZZ0041 - AMNOXICILINA + ACIDO CLAVULINICO 400 MG 56 MG/5 ML DAR 5 CC VO CADA 8 HORAS de manera ambulatoria el día 22 de julio de 2024.

	NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	SINTOMATICO RESPIRATORIO	HOSPITALIZADO
1	Laura Rojas	Madre	Hogar	35	F	No	No
2	Pedro Mancipe	Tio	Hogar	32	M	No	No
3	Juan Mancipe	Padre	Vigilante	39	M	No	No

Fecha de notificación:19/07/2024
¿Establecimiento de Salud: ESE Hospital Local de Tauramena Municipio: Tauramena
Departamento: Casanare

Informe realizado por;

NADIA MORA FRANCO
Profesional Apoyo VSP

FICHA DE INVESTIGACIÓN
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA
SEMANA 28, MUNICIPIO DE TAURAMENA CASANARE

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos del paciente: Hector Favio Rodriguez Cely
Documento identidad: 19095136
Fecha nacimiento: 17/02/1933 Edad: 75 Años Sexo: Masculino
Nacionalidad: colombiana
Domicilio: Departamento: Casanare Municipio: Tauramena Barrio: Centro
Dirección: Centro
Zona urbana: X rural: Tel. de contacto: 3123191410
Ocupación: Hogar

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Vacuna antigripal: Si **X** (verificado en sistema nominal PAI WEB) No sabe
Año de la última vacunación:2021 Presenta carné: Si: **X** No

En los 15 días previos al inicio de síntomas:
¿Ha viajado zonas con circulación de agentes de transmisión respiratoria de alta patogenicidad? Si: **X** No: Donde: País .....Municipio: Zipaquirá. Periodo de estadía: del 10/07/2024 al 13/07/2024
¿Tuvo contacto con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG? Si No: **no sabe** ¿En qué lugar? .....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___ ¿Ha tenido contacto directo o indirecto con aves o cerdos? Si No: **X**¿En qué lugar? _.....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Es trabajador de salud? Si No **X** Establecimiento de trabajo .....

ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de inicio de síntomas 12/07/2024
Fecha 1° consulta: 17/07/2024
Centro 1era consulta: Ese Hospital Local de f Tauramena
Fecha de captación: 17/07/2024

Signos y síntomas al ingreso y días previos

Fiebre medida o referida	X	Disnea	X	**OTROS:**	
Cefalea		Taquipnea		Tirajes intercostales	
Dolor Torácico		Cianosis		Rinorrea Hialina	
Postración		Mialgia		SPO 78%	
Dolor de garganta - Odinofagia		Diarrea		Hiporexia	
Tos	x	Dolor abdominal		_____	

COMORBILIDADES/ FACTORES DE RIESGO

Consolidación	☐	☐	☐	☐	
Cardiomegalia	☐	☐	☐	☐	
Derrame pleural	☐	☐	☐	☐	

Manejo hospitalario

	Fecha de inicio	Fecha de término
Oxigeno suplementario	**17/07/2024**	___ / ___
Ingreso a UCI/UCIN	___ / ___	___ / ___
Ventilación mecánica NO invasiva	___ / ___	___ / ___
Ventilación mecánica invasiva	___ / ___	___ / ___
Aminas vasopresoras	___ / ___	___ / ___
Antivirales*	___ / ___	___ / ___
Antibióticos**	17/07/2024	___ / ___
Esteroides***	17/07/2024	___ / ___
Otros medicamentos.....	17/07/2024	___ / ___

17/07/2024

PLAN: OBSERVACION DIETA
NORMAL SSN 0.9% PASAR A 80 CC HORA
AMPICILINA SULBACTAM 1.5 GR IV CADA 6 HORA
ACETAMINOFEN TAB 500 MG TOMAR 1 CADA 6 HORAS
SS/ HEMOGRAMA PCR UROANALISIS SS/ RX DE TORAX CURVA TERMICA SI FIEBRE Y ANOTAR CSV Y AC

17/07/2024

PLAN**
HOSPITALIZACION DIETA NORMAL
SSN 0.9% PASAR A 80 CC HORA
AMPICILINA SULBACTAM 1.5 GR IV CADA 6 HORA
ACETAMINOFEN TAB 500 MG TOMAR 1 CADA 6 HORAS
BECLOMETASONA INHALADOR, APLCIAR 3 PUFF CADA 12 HORAS
SALBUTAMOL INHALADOR, APLICAR 3 PUFF CADA 8 HORAS
OMEPRAZOL AMP DE 40 MG APLICAR IV DIARIA SS/
HEMOGRAMA CONTROL MAÑANA 7 AM CUIDADOS DE ENFERMERIA CURVA TERMICA SI FIEBRE Y ANOTAR CSV
Y AC
SE SOLICITA PRUEBA DE COVID A PACIENTE PARA INGRESAR A HOSPITALIZACION PLAN:
SS/ PRUEBA COVID AHORA

Complicaciones durante la hospitalización					
C				shock	
Miocarditis		Infarto cardiaco		Otras Especificar	
Encefalitis		Paro cardíaco			
Complicaciones neurológicas		Sepsis		**NINGUNA**	

DATOS DE LABORATORIO

PARACLINICOS** HEMOGRAMA / LEUCO: 10.89; NEUTRO: 81.45; LINFO: 14.0; HB: 16.8; HCT: 50; PLAQUETAS: 216 MIL. PCR NEGATIVA UROAANLISIS: SANGRE 10ERY; LEUCO: 2/4; BACTERIAS + RX DE TORAX/ INFILTRADOS PARA HILIARES BILATERALES, CON TENDENCIA

PACIENTE MASCULINO DE 75 AÑOS DE EDAD, QUE INGRESO A EL SERVICIO DE URGENCIASD EL DIA DE HOY POR PRESENTAR UN CUADRO CLINICO MARCADO A NIVEL RESPIRATORIO, CON RONCUS BILATERALES EN BASES PULMONARES AGREDOS DIFUSOS A NIVEL DE APEX BILATERAL, PACIENTE QUIEN REFIERE ESATR EN OBSEEVACION EN ZIPAQUIRA CON DOSIS DE LO QUE SUGIERE EL ES AMPICILINA 500 MMIL EN CADA NALGA, SIN MEJORIA ALGUNA, PACIENTE CON HEMOGRAMA MARCADO A NIVEL LEUCOCITARI Y NEUTROFILIA, PACIENTE CON UNA ORINA POSIBLEMENTE INFECTADA, PRESENTO UN CUADRO MARCADO A NIVEL DEL RX DE TORAX, POR LO QUE SE LE EXPLCIA PACIENTE QUE DEBE ESTAR EN ESTANCIA INTRAMURAL PARA EL MANEJO ANTIBIOTICO DEL CUADRO RESPIRATORIO, SE LE HARAN CONTROL DE HEMOGRAMA EL DIA DE MAÑANA, ADEMAS DE OCNTROL DE RX DE TORAX PSOTERIOR A LAS 48 HORAS DE INICIAR SU MANEJO ANTIBIOTICO

17/07/2024 19:12

PACIENTE CON PRUEBA SARS COVID, CON RESULTADOS DE PRUEBA COVID POSITIVA, PACIENTE PRESENTA UNA LEVE TENENCIA A LA DESATURACION, CON UNA RX DE TORAX CON PATRON RESPIRATORIO MARCADO, PACIENTE SE LE INICIO MANEJO DE CUADRO CLINICO CON AMPICILINA SULBACTAM AL INICIO, POR EL CUADRO DE POSIBLE NEUMONIA, PACIENTE DE 75 AÑOS DE EDAD, CON RIESGO DE DESCOMPENSACION POR CUADRO INFECCIOSO, CON RESULTADO DE PRUEBA COVID +, DESATURACION CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO POR CONGESTION, SIN MEJORIA AL GUNA DEL PATRON RESPIRATORIO, POR EL ALTO RIESGO DE CRISIS RESPIRATORIA SE DECIDE COMENTAR A ENTIDAD DE MAYOR NIVEL PARA SU VALORACION POR ESPECILISTA.

PACIENTE CON INDICACIÓN DE REMISIÓN A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, ACEPTADO POR CLÍNICA CASANARE, CLINICA SIMULINK. SIN EMBARGO, PACINET DEMANDANTE, SE NIEGA A ACEPTAR LA REMISIÓN, ASEGURANDO QUE SE SIENTE BIEN Y QUE NO PERMITIRÁ SER TRASLADADO A LA CIUDAD DE YOPAL, SOLITA E INSISTE EN SALIDA VOLUNTARIA, SE LE EXPLICA QUE POR SER POSITIVO PARA SARS COV 2, REPRESENTA RIESGO PARA LA COMUNIDAD, A LO CUAL EL PACIENTE REFIERE QUE SE RESGUARDA EN SU FINCA Y QUE NO PERMANECERÁ EN EL HOSPITAL

Contactos cercanos, familiares y sociales (describir estado de salud actual de los contactos)

	NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	SINTOMATICO RESPIRATORIO	HOSPITALIZADO
1	Maria Rodrígue z	Hermana	Hogar	56	F	No	No
2	Sandra Duarte	Cuñada	Hogar	46	F	No	No

Fecha de notificación: 17/07/2024
Establecimiento de Salud: ESE Hospital Local de Tauramena Municipio: Tauramena
Departamento: Casanare

Informe realizado por;

NADIA MORA FRANCO
Profesional Apoyo VSP

FICHA DE INVESTIGACIÓN
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA
SEMANA 29, MUNICIPIO DE TAURAMENA CASANARE

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos del paciente: Alan Mathis Toloza Castillo
Documento identidad: 1115920908
Fecha nacimiento: 22/05/2024 Edad: 1 mes Sexo: Masculino
Nacionalidad: colombiana
Domicilio: Departamento: Casanare Municipio: Tauramena Barrio:
Dirección: Calle 17A N° 1-51
Zona urbana: X rural: Tel. de contacto: 3123233480
Ocupación: Hogar

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Vacuna antigripal: Si **X** (verificado en sistema nominal PAI WEB) No sabe
Año de la última vacunación:2021 Presenta carné: Si: **X** No

En los 15 días previos al inicio de síntomas:
¿Ha viajado zonas con circulación de agentes de transmisión respiratoria de alta patogenicidad? Si No: **X** Donde: País .....Municipio..... Periodo de estadía: del .../...../..... al...../...../.....
¿Tuvo contacto con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG? Si No: **no sabe**
¿En qué lugar? .....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Ha tenido contacto directo o indirecto con aves o cerdos? Si No: **X**
¿En qué lugar? _.....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Es trabajador de salud? Si No **X** Establecimiento de trabajo .....

ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de inicio de síntomas 19/07/2024
Fecha 1° consulta: 19/07/2024
Centro 1era consulta: ESE Hospital Local de Tauramena
Fecha de captación: 19/07/2024

Signos y síntomas al ingreso y días previos

Fiebre medida o referida	X	Disnea		**OTROS:**	
Cefalea		Taquipnea		Tirajes intercostales	
Dolor Torácico		Cianosis		Rinorrea Hialina	
Postración		Mialgia		SPO 78%	

Dolor de garganta - Odinofagia		Diarrea		Hiporexia	
Tos		Dolor abdominal		_____	

COMORBILIDADES/ FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo/comorbilidad	SI	NO	Fecha de inicio/ fecha de diagnostico
Asma		x	
Enf. Respiratoria Crónica		x	
Neurológica		x	
Inmunosupresión		x	
Enf. Renal Crónica		x	
Enf. Cardiaca		x	
Diabetes		x	
Obesidad		x	
Enf. Hepática Crónica		x	
Embarazo		x	
Otros		x	
Tabaquismo		x	
Alcoholismo		x	

Antecedentes de uso de medicamentos para este evento y previo a la internación

Antivirales X
Fecha de inicio
___/__/____
Antibióticos X
Fecha de inicio
12/07/2024

Fecha de hospitalización:
Diagnóstico/s de hospitalización:

1. Neumonía Viral con coinfección Bacteriana
2. Síndrome Bronco obstructivo
3. Síndrome dificultad Respiratoria moderada
4. Deshidratación moderada
5. Riesgo de Bacteriemia

Signos vitales al ingreso:
FC: 99 Temperatura: 36.5 Saturación de O_2: al 0,24
FR:19 Tensión arterial:125/80 Min: sin dato Max: sin dato

Datos radiográficos dentro de las primeras 24 horas y posteriores

Hallazgos de la Rx	Fecha				
		15/11/2021	----/----/----	----/----/----	
Rradiografía de tórax: silueta cardiotímica normal, infiltrados parahiliares con tendencia a la consolidación en lóbulo medio, espacios costofrénicos libres	☒	☐	☐	☐	
Cavitación	☐	☐	☐	☐	
Opacificación Completa	☐	☐	☐	☐	

Infiltrado intersticial	☐	☐	☐	☐	
Neumotorax	☐	☐	☐	☐	
Neumomediastino	☐	☐	☐	☐	
Mediastino ensanchado	☐	☐	☐	☐	
Adenopatía hilar	☐	☐	☐	☐	
Consolidación	☐	☐	☐	☐	
Cardiomegalia	☐	☐	☐	☐	
Derrame pleural	☐	☐	☐	☐	

Manejo hospitalario

	Fecha de inicio	**Fecha de término**
Oxigeno suplementario	15/11/2021	___ / ___
Ingreso a UCI/UCIN	___ / ___	___ / ___
Ventilación mecánica NO invasiva	___ / ___	___ / ___
Ventilación mecánica invasiva	___ / ___	___ / ___
Aminas vasopresoras	___ / ___	___ / ___
Antivirales*	___ / ___	___ / ___
Antibióticos**	15/11/2021	___ / ___
Esteroides***		___ / ___
Otros medicamentos.....	15/11/2021	___ / ___

14-15 11-2021

AMPICILINA 600 MG IV**
OTROS MEDICAMENTOS: METILPREDNISOLONA 10 MG IV
PACEINTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENLERES, SIGNOS VITALES NORAMLES, RUIIDOS CARDIACOS RITMCOS Y RESPIRAOTIROS SIN AGREGADOS, A NIVEL ABDOMINAL BLANDO DPEREISLBE SIN DOLOR A LA PALPACION, A NIVEL NEUROLOGICO SIN ATLERAICONES, SE CONSINDERA POR GRUPO ETAREO PACEINTE REQUIERE DE TOMA DE PARCLINICOS DIAGNOSTICA,S PRUEBALS SEROLGICA,S IMAGENES Y CONTROL ANTIPIRETICO, SE EXPLICA A MADRE CONDCUTA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR IDX. SINDORME FEBRIL A ESTUDIO DIA 1 LACTANTE EUTROFICO SANO PLAN PESO 4640 GR OBSERVAICON URGENCIAS LACTANCIA MATERNA A TOLERANICA L RINGER 20 CC HORA DIPIRONA 70 MG IV AHORA SS/ HEMOGRAMA, PCR, UROANLAISIS, VSG, CORPOSCOOPICO, GLUCOSA, HISOPADO PARA SARSCOV 2 SS/ RX DE TORAX. CURVA TERMICA CSV-AC

Complicaciones durante la hospitalización					
CID		Paro respiratorio		shock	
Miocarditis		Infarto cardíaco		Otras Especificar	
Encefalitis		Paro cardíaco			
Complicaciones neurológicas		Sepsis		**NINGUNA**	X

DATOS DE LABORATORIO

Laboratorio clínico
19/07/2024

PARACLINICOS: ANTIGENO PARA SARXCOV 2. POSITIVO. VSG. 21 LEUCOS: 4.80 NEUT: 59.1% LINF: 20.7% HB. 10.6 HTO. 30.4% PLQ., 312.000 PCR MENO DE 6 GLUCOSA 108.3 CREAT: 0.44 PENDIENTE UROANALISIS Y COPROSCOPICO RX DE TORAX. SILUETA CARDIACA NORMAL, NO BORRAMIETNO DE ANGULOS CARDIOFRENICOS NI COSTOFRENICOS, IMPRESIAON SILUETA MAGNIFICADA POR INSPIRACIONES PRFUNDA. NO HEMOTORAX NI NUEMOTORAX A

Laboratorio para diagnóstico etiológico

Fecha de Toma 1 muestra 19/072024 - INMUNOLOGIA COVID-19 Ag Detección Cualitativa por detección especifica de Antigenos para SARS-Cov-2 Técnica: Inmunocromatográfico Tipo de Muestra: Hisopado Nasofaríngeo Ag Covid-19: POSITIVO

CONDICIÓN AL EGRESO

PLAN EGRESO ACETAMINOFEN JARABE 2.3 CC SI FIEBRE SE DAN AMPLIOS SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

ACTIVIDADES DE TRABAJO DE CAMPO

Relato del curso de la enfermedad actual:

El día 19 de julio de 2024, QUE INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 6 HORAS DE EVOLUCION CONSINSTE NE PICOS FEBRILES CUNATIFICADOS, NIEGA AUTOMEICIAOCN. EN EL MOMETNO DE LA VALORAICON PACEINTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENLERES, SIGNOS VITALES NORAMLES, RUIIDOS CARDIACOS RITMCOS Y RESPIRAOTIROS SIN AGREGADOS, A NIVEL ABDOMINAL BLANDO DPEREISLBE SIN DOLOR A LA PALPACION, A NIVEL NEUROLOGICO SIN ATLERAICONES, SE CONSINDERA POR GRUPO ETAREO PACEINTE REQUIERE DE TOMA DE PARCLINICOS DIAGNOSTICAS PRUEBALS SEROLGICA, S IMAGENES Y CONTROL ANTIPIRETICO, SE EXPLICA A MADRE CONDCUTA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACPETAR IDX. SINDORME FEBRIL A ESTUDIO DIA 1 LACTANTE EUTROFICO SANO PLAN PESO 4640 GR OBSERVAICON URGENCIAS LACTANCIA MATERNA A TOLERANICA L RINGER 20 CC HORA DIPIRONA 70 MG IV AHORA SS/ HEMOGRAMA, PCR, UROANLAISIS, VSG, CORPOSCOOPICO, GLUCOSA, HISOPADO PARA SARSCOV 2 SS/ RX DE TORAX. CURVA TERMICA CSV-AC

PACIENTE MASCULINO DE 56 DIAS QUIEN SE ENCUENTRA EN CONTEXTO DE SINDROME FEBRIL DIA 1. INFECCION PRO SARSCVO2 CONFIRMADA POR HISOPADO. EN EL MOMETNO DE LA VALORAICON PACEINTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENLERES, SIGNOS VITALES NORAMLES, RUIIDOS CARDIACOS RITMCOS Y RESPIRAOTIROS SIN AGREGADOS, A NIVEL ABDOMINAL BLANDO DPEREISLBE SIN DOLOR A LA PALPACION, A NIVEL NEUROLOGICO SIN ATLERAICONES, SE REVISAN PARACLINICOS DE INGRESO CON REPORTE DE HISOPADO POSIIVO, LEVE ANEMIA, ADECUADA TOLERANICA A AL VIA ORAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES, NO REQUERIMIENTO DE OXIGENO, NO

REQUEIRMIENTO DE ANTIBIOTICO VIA ENDOVENOSA , SE OCMENTA CASO CON HORO YOPAL DRA. YURLEY QUIEN INFOMRA A PEDIATRIA DE TURNO CASO CLINICA QUIENES SUGIEREN VIGILANCIA HOSPITALARIA HASTA REPORTE DE PARACLINICOS PENDINTES PARA DETERMINAR OTRA ETIOLOGIA DE SINTOMATOLOGIA ACTUAL. DE MOMENTO SE CONTINUA EN VIGILANCIA CURVA TERMICA EN AREA DE OBSERVACION RESPIRAOTRIO. PLAN OBSERVCIACON PENDINETE UROANALISIS Y CORPOSCOPICO REVALORAR CON RESUTLADOS

19/07/2024
* ANÁLISIS PACIENTE MASCULINO DE 1 MES Y MEDIO QUIEN SE ENCUENTRA EN CONTEXTO DE SINDROME FEBRIL DIA 1 SECUNDARIO A INFECCIO N PRO SARSCVO2 CONFIRMADA POR HISOPADO. EN EL MOMETNO DE LA VALORAICON PACEINTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENLERES, SIGNOS VITALES NORAMLES, RUIIDOS CARDIACOS RITMCOS Y RESPIRAOTIROS SIN AGREGADOS, A NIVEL ABDOMINAL BLANDO DEPREISLBE SIN DOLOR A LA PALPACION, A NIVEL NEUROLOGICO TRANQUILO SIN ATLERAICONES, PARACLINICOS CON UROANALISIS NO PATOLOGICO. SE CONSIDERA PACIENTE SIN CRITERIOS DE MANEJO INTRAMURAL , ASINTOMATICO SIN REQUERIMIENTO DE MANEJO AB POR LO QUE SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. PACIENT CUENTA CON CITA PROGRAMADA 22/07. SE EXPLICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. * PLAN EGRESO ACETAMINOFEN JARABE 2.3 CC SI FIEBRE SE DAN AMPLIOS SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

DIAGNOSTICO: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Contactos cercanos, familiares y sociales (describir estado de salud actual de los contactos)

NOMBRE		PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	SINTOMATICO RESPIRATORIO	HOSPITALIZADO
1	Maritza Toloza	Madre	Hogar	36	F	No	No
2	Freddy Suarez	Tio	Hogar	49	m	No	No
3	Camila Toloza	Hermana	Hogar	7 años	F	No	No
4	Pablo Castillo	Padre	Independiente	48 años			

Fecha de notificación:19/07/2024

¿Establecimiento de Salud: ESE Hospital Local de Tauramena Municipio: Tauramena Departamento: Casanare

Se ajusta caso por dar cumplimiento para COVID-19 en el evento 346, lo que se tiene una /mala notificación del evento en la ESE Hospital local de Tauramena.

Informe realizado por;

NADIA MORA FRANCO
Profesional Apoyo VSP

FICHA DE INVESTIGACIÓN
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA
SEMANA 29, MUNICIPIO DE TAURAMENA CASANARE

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos del paciente: Ammy Dalia Mancipe Rojas
Documento identidad: 1.118.580.118
Fecha nacimiento: 22/10/2020 Edad: 3 años Sexo: Femenino
Nacionalidad: colombiana
Domicilio: Departamento: Casanare Municipio: Tauramena Barrio: Santa Isabella
Dirección: CALLE 18B NRO 1A - 31
Zona urbana: X rural: Tel. de contacto: 33214667014
Ocupación: Ninguno

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Vacuna antigripal: Si **X** (verificado en sistema nominal PAI WEB) No sabe
Año de la última vacunación:2022 Presenta carné: Si: **X** No

En los 15 días previos al inicio de síntomas:
¿Ha viajado zonas con circulación de agentes de transmisión respiratoria de alta patogenicidad? Si No: **X** Donde: País .....Municipio..... Periodo de estadía: del .../...../..... al...../...../.....
¿Tuvo contacto con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG? Si No: **x**
¿En qué lugar? .....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Ha tenido contacto directo o indirecto con aves o cerdos? Si No: **X**
¿En qué lugar? _.....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Es trabajador de salud? Si No **X** Establecimiento de trabajo .....

ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de inicio de síntomas 16/07/2024
Fecha 1° consulta: 18/07/2024
Centro 1era consulta: ESE Hospital local de Tauramena
Fecha de captación: 18/07//2024

Signos y síntomas al ingreso y días previos

Fiebre medida o referida	X	Disnea		**OTROS:**	
Cefalea		Taquipnea		Tirajes intercostales	
Dolor Torácico		Cianosis		Rinorrea Hialina	
Postración		Mialgia		SPO 78%	
Dolor de garganta –		Diarrea		...	

FICHA DE INVESTIGACIÓN
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA
SEMANA 30, MUNICIPIO DE TAURAMENA CASANARE

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos del paciente: Luis Antonio Vega
Documento identidad: 9650604
Fecha nacimiento: 12/12/1945 Edad: 78 Sexo: Masculino
Nacionalidad: colombiana
Domicilio: Departamento: Casanare Municipio: Tauramena Vereda: Iquia
Dirección:
Zona urbana: X rural: Tel. de contacto: 3133420894
Ocupación: Hogar

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Vacuna antigripal: Si **X** (verificado en sistema nominal PAI WEB) No sabe
Año de la última vacunación:2021 Presenta carné: Si: **X** No

En los 15 días previos al inicio de síntomas:
¿Ha viajado zonas con circulación de agentes de transmisión respiratoria de alta patogenicidad? Si No: **X** Donde: País .....Municipio..... Periodo de estadía: del .../...../..... al...../...../.....
¿Tuvo contacto con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG? Si No: **no sabe**
¿En qué lugar? .....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Ha tenido contacto directo o indirecto con aves o cerdos? Si No: **X**
¿En qué lugar? _.....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Es trabajador de salud? Si No **X** Establecimiento de trabajo .....

ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de inicio de síntomas 27/07/2024
Fecha 1° consulta: 01/08/2024
Centro 1era consulta: ESE Hospital local de Tauramena
Fecha de captación: 01/08/2024

Signos y síntomas al ingreso y días previos

Fiebre medida o referida	X	Disnea		**OTROS:**	
Cefalea		Taquipnea		Tirajes intercostales	
Dolor Torácico		Cianosis		Rinorrea Hialina	
Postración		Mialgia		SPO 78%	
Dolor de garganta - Odinofagia		Diarrea		Hiporexia	
Tos	x	Dolor abdominal		_____	

IPRATROPIO 3 PFF CADA 6 HORAS MNB CON BERODUAL 20 GOTAS CADA 8 HORAS 1 CICLO SS/ HISSOPADO SARSCOV 2 CIGILANCIA DE PATRON RESPIRAOTIO

05/08/2024

PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD EN AREA DE HOSPITALIZACION EN AISLAMIENTO RESPIRATORIO POR NEUMONIA CURB-65 3 PUNTOS POR SASRS COV 2, EN EL MOMENTO EN ADECUADO ESTADO GENERAL, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, NORMOSATURADO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FISICO A NIVEL CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, CUMPLIENDO ESQUEMA ANTIBIOTICO PARA FOCO PULMONAR CON ADECUASDA TOLERANCIA, PACIENTE CON NULA RED DE APOYO QUIEN AMERITA CONTINUAR MANEJO INTRAMURAL HASTA TERMINAR ESQUEMA, CONTINUAMOS ATENTOS A EVOLUCION PARA DEFINIR CONDUCTAS ADICIONALES.

J069 - INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA
U071 - ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA DEBIDO AL NUEVO CORONAVIRUS SARS-COV-2
Z632 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL APOYO FAMILIAR INADECUADO

09/08/2024

PACIENTE EN BUENA S CONDICIONES GENERALES, SE DECIDE DAR EGRESO CON FÓRMULA MÉDICA Y RECOMENDACIONES A LOS FAMILIARES, SE EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. + EGRESO ACETAMINOFEN TABLETA DE 500 MG TOMAR UNA CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS SOLO SI FIEBRE O MALESTAR GENERAL. 10 TABLETAS. SALBUTAMOL INHALADOR ADMINISTRA 3 PUFF CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS. 1 INHALADOR. BROMURO IPRATROPIO INH 20 MCG 3 PUFF CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS. 1 INHALADOR. BECLOMETASONA INH 250MCG 2 PUFF CADA 12 HORAS POR 5 DÍAS. 1 INHALADOR. BRONCOCHEM-F PEDIATRICO JARABE DAR 5 CC CADA 8 HORAS. 1 FRASCO DE 120 ML. ÁCIDO ASCÓRBICO TABLETA DE 500 MG TOMAR UNA CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS. 10 TABLETAS. CITA DE CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA EN 1 SEMANA.

Contactos cercanos, familiares y sociales (describir estado de salud actual de los contactos)

	NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	SINTOMATICO RESPIRATORIO	HOSPITALIZADO
1	María del Rosario Pérez Vega	Nieta	Empelada	36	M	No	No
2	Hipólito Vega	Primo	Pensionado	75	M	No	No
3	Laura Camila Millares Pérez	Bisnieta	Hogar	4	F	NO	NO

Fecha de notificación:02/08/2024
¿Establecimiento de Salud: ESE Hospital Local de Tauramena Municipio: Tauramena
Departamento: Casanare

Informe realizado por;

NADIA MORA FRANCO
Profesional Apoyo VSP

FICHA DE INVESTIGACIÓN
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA
SEMANA 30, MUNICIPIO DE TAURAMENA CASANARE

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos del paciente: María Griselda Páez Guerrero
Documento identidad: 23466936
Fecha nacimiento: 27/03/1940 Edad: 84 AÑOS Sexo: Femenino
Nacionalidad: colombiana
Domicilio: Departamento: Casanare Municipio: Tauramena Vereda: Yaguaros
Zona urbana: rural: X Tel. de contacto: 3134627674
Ocupación: Hogar

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Vacuna antigripal: Si **X** (verificado en sistema nominal PAI WEB) No sabe
Año de la última vacunación:2021 Presenta carné: Si: **X** No

En los 15 días previos al inicio de síntomas:
¿Ha viajado zonas con circulación de agentes de transmisión respiratoria de alta patogenicidad? Si No: **X** Donde: País .....Municipio..... Periodo de estadía: del .../...../..... al...../...../.....
¿Tuvo contacto con personas enfermas o que hayan fallecido de IRAG? Si No: **no sabe**
¿En qué lugar? .....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Ha tenido contacto directo o indirecto con aves o cerdos? Si No: **X**
¿En qué lugar? _.....Dirección..... ¿En qué fecha? ___/____/___
¿Es trabajador de salud? Si No **X** Establecimiento de trabajo .....

ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de inicio de síntomas 24/07/2024
Fecha 1° consulta: 29/07/2024
Centro 1era consulta: ESE Hospital local de Tauramena
Fecha de captación: 29/07/2024

Signos y síntomas al ingreso y días previos

Fiebre medida o referida	X	Disnea		**OTROS:**	
Cefalea		Taquipnea		Tirajes intercostales	
Dolor Torácico		Cianosis		Rinorrea Hialina	
Postración		Mialgia		SPO 78%	
Dolor de garganta - Odinofagia		Diarrea		Hiporexia	
Tos	x	Dolor abdominal		_____	

COMORBILIDADES/ FACTORES DE RIESGO

0.790 # Eosinoflos 0.04 x10e3/uL 0.030 - 0.440 # Basoflos 0.00 x10e3/uL 0.00 - 0.80 # MID 0.00 x10e3/uL 0.18 - 0.24 Recuento de Eritrocitos 3.81 x10e3/uL 4.06 - 4.69 Hemoglobina 5.7 g/dL 13 - 17 11.8 - 15 Hematocrito 20.5 % 39 - 52 35.4 - 46 Volumen Corpuscular Medio 53.7 fL 81.1 - 96.0 HB Corspuscular Media 14.8 pg 27.0 - 31.2 Concentración HB Corpucular Media 27.6 g/dL 31.8 - 35.4 Ancho Distribución Eritrocitaria 19.5 % 11.5 - 14.5 Recuento de Plaquetas 569 x10e3/uL 150 - 450 Volumen Plaquetario Medio 10.1 fL 6.90 - 10.6 Ancho de Distribución Plaquetas 15.1 10(GSD) 0.00 - 99.9 Plaquetocrito 0.576 % 0.00 - 9.99 Proteina C Reactiva 96 mg/L Hasta 6 QUIMICA Creatinina 0.65 mg/dl 0.7 - 1.4 0.6 - 1.1 0.4 - 0.9 Glucosa Glucosa 106 mg/dl 70 - 100 INMUNOLOGIA COVID-19 Ag Detencion Cualitativa por deteccion especifca de Antígenos para SARS-Cov-2 Tecnica: Inmunocromatografa Tipo de Muestra: Hisopado Nasofaringeo Ag Covid-19: POSITIVO QUIMICA Urea 46.2 mg/dl 15 - 45 Nitrogeno Ureico - BUN Nitrogeno Ureico - BUN 21.56 mg/dl 7.5 - 22.5 SE COMPLETA LA Escala BAP-65. Decisiones en la exacerbación de la EPOC ESTIMACION DE KRTALDAD DE 3.7%, Probabilidad de Fallecimiento o Ventilación Mec nica en la evolución 4.2% PARA EL CURB 65 CON 4 PUTNOS LO QUE SE TRADUCE EN Riesgo Alto (27.8% mortalidad a los 30 días)

FECHA :15-11-2021

Laboratorio para diagnóstico etiológico

Fecha de toma de muestra: 29/07/2024 DeteCción Cualitativa por detección especifica de Antígenos para SARS-Cov-2 Técnica: Inmunocromatográfico Tipo de Muestra: Hisopado Nasofaríngeo Ag Covid-19: POSITIVO

CONDICIÓN AL EGRESO

Remisión para el Hospital Regional de la Orinoquia por compilaciones por SARS-Cov-2 y EPOC no manejado

ACTIVIDADES DE TRABAJO DE CAMPO

Relato del curso de la enfermedad actual:

PACIENTE FEMENINA DE 84 AÑOS DE EDAD NATURAL Y PROCEDENTE DE LA LOCALIDAD, EL CUAL ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO 5 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE FIEBRE, TOS HUEMDA CON ESPECTORACOON DE COLOR VERDE Y DISNEA APP: EPOC NO CONTROLADA SIN REQUERIMIENTO DE OXIGENO TTO: N/ A INICIO DE SINTOMAS: 24/07/24 EPIDEMIOLOGIA: N/ A - ALERGIA; NO - TRANFUSIONES; NO - OPERACION: NO - VIDA SEXUAL ACTIVA: NO - SISTEMA DE PLANIFICACION:NO ANALISIS PACINETE FEMENIAN DE 84 AÑOS DE EDAD RESIDENTE DEL AREA RURLA EL CUAL TIENE UN APP DE EPOC SIN DOCUMENTACION O TTO REGULAR ES TRAIDA POR SU HIJA QUE REFIERE QUE DESDE HACE 5 DIAS PRESNETA FIEBRE, DISENA MARCADA A LOS PEQUEÑOS ESFUERZOS Y TOS HUEMEDA , SE REALZIA VALROACION INICIA DONDE SE COSNTATA AGREGADOS RESPIRATRIO TIPO RONCOS, SIBNILANTES Y CREPITANTES CON SATURACION DE 85% AMBIENTE POR LO QUE SE DECIDE INCIIOD E NEBULZIACION Y SE ORDENA ESTUDIOD E IAMGEN PARA DESCARTAR INFECCION PLAN ACCES VENOSOS TAPON VENOSOS METILPREPNISOLONA 100 MG EV NEBULIZACION SALBUTAMOL 5 GOTAS + BERODULA 5 GOTAS + 2 CC SOLUCION EN CICLO DE 3 CON INTERVALO DE 5 MINUTOS RX DE TORAX HEMOGRAMA - PCR - CREATININA - GLUCOSA PASAR A OBSERVACION MONITORIA DE SATURACION Y CURVAS TERMICAS

1. J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES J441 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICAD

SE RECIBE CORREO DE ACEPTACION Y SE INCIAI TRAMITES DE REMSION A CENTRO DE SALUD DE YOPAL HORO PLAN REMISION BASICA TERRESTRE SE ENTREGA FICHA Y SE SACA COPIA PARA ANEXAR AL PAQUETE DE LA REMISION JUNTO A LOS RESULTADOS DE PARACLINCIOS

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA DIAGNOSTICO:
J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
J441 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICAD
B972 - CORONAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS

Contactos cercanos, familiares y sociales (describir estado de salud actual de los contactos)

NOMBRE		PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	SINTOMATICO RESPIRATORIO	HOSPITALIZADO
1	Jose Bernal	Conyugue	Hogar	88	M	No	No
2	Leidy Guerrero	Prima	Hogar	36	F	No	No

Fecha de notificación:02/08/2024

Establecimiento de Salud: ESE Hospital Local de Tauramena Municipio: Tauramena
Departamento: Casanare

Informe realizado por;

NADIA MORA FRANCO
Profesional Apoyo VSP

Anexo 3

Copia de acta de calidad del dato con la ESE HLT del mes de octubre

Anexo 3.1

Copia de acta de concordancia estadísticas vitales RUAF-Nacidos vivos

5

ACTA DE REUNION
FSI14-08
Versión: 5

REUNION ORDINARIA DE CONCORDANCIA DE ESTADISTICAS VITALES DEL MES DE OCTUBRE

FECHA: Tauramena 06 de noviembre de 2024.
HORA: De las 10:00 a las 11:50 a.m.
LUGAR: ESE Hospital Local de Tauramena

ASISTENTES:

Nombres	Cargo	Firma
Bibiana Jiménez Hernández	Correspondencia/ archivo clínico de la ESE HTL	
Nadia Mora Franco	Referente en salud Publica	

ORDEN DEL DIA

1. Objetivo de reunión.
2. Desarrollo de la reunión
3. Compromisos asumidos
4. Proposiciones y varios.

- **Objetivo**

Verificar la concordancia de RUAF Nacidos vivos y defunciones en la ESE Hospital Local de Tauramena del mes de octubre de 2024 por parte de Vigilancia en Salud Pública.

- Desarrollo de reunión

- Estadísticas vitales atendidas en la E:S.E Hospital local de Tauramena para el periodo de octubre con cruce de base de datos y libro de nacidos vivos y fallecidos.

- Se revisa el libro de partos correspondientes al mes de octubre de 2024, con 6 nacimientos registrados, se verifica el libro de control de certificados de nacimiento, con 6 registros de certificados de nacido vivo, con una correspondencia en los registros físicos al 100%, al validar la información en el RUAF con el libro es concordante. Se tiene una correspondencia del 100%. A continuación, se relacionan los datos encontrados:

Fecha de nacimiento	Cedula de Ciudadanía	#Certificado NV
05-10-2024	1007851679	24027610853934
10-10-2024	1118557429	24025810853731
15-10-2024	1115910408	24025110856334

ACTA DE REUNION
FSI14-08
Versión: 5

22-10-2024	1053333324	24104911175102
23-10-2024	VEN24322719	24104911176639

- Se revisa el libro de defunciones del Hospital, en el cual se encuentran 2 registros de defunción por causa de muerte natural, al verificar el Ruaf, se tiene una correspondencia del 100% entre el libro de defunciones y el registro de -Ruaf.

-

3. COMPROMISOS

- Diligenciar completa y correctamente los libros de control de las estadísticas vitales con números de documento correctos.
- Subir al RUAF durante las 24 horas siguientes al hecho vital y registrarlo en el cuaderno de estadísticas vitales con los datos correctos y el consecutivo correspondiente.
- Verificación semanal de la concordancia RUAF - Registros físicos por parte del responsable de las estadísticas vitales de la E.S.E Hospital local de Tauramena.
- Legibilidad de los números al momento del registro físico en el libro

4. PROPOSICIONES Y VARIOS
No Aplica

CONVOCATORIA: La próxima reunión se desarrollará en el mes de julio

Transcriptor: Nadia Mora Franco
Referente en salud pública

GESTIÓN DOCUMENTAL
Original: Correspondencia Hospital Local de Tauramena
1ª Copia: Oficina Salud Publica – Secretaria de desarrollo social

ACTA DE REUNION
FSI14-08
Versión: 5

REUNION ORDINARIA DE AUDITORIA CALIDAD DEL DATO MES DE OCTUBRE

ACTA

FECHA: Tauramena, 05 de Noviembre de 2024

HORA: De las 9:00 a las 10:30 horas

LUGAR: Área de Hospitalización – ESE HLT

ASISTENTES:

Nombres	Cargo	Firma
Daney Moreno Castañeda	Enfermero responsable de SIVIGILA de la ESE HLT	
Nadia Mora Franco	Referente en salud Publica	

ORDEN DEL DIA

1. Objetivo de la reunión
2. Desarrollo de la reunión
3. Compromisos asumidos
4. Proposiciones y varios

1. OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

Realizar verificación de calidad del dato de las fichas de notificación del ESE Hospital Local de Tauramena de la semana epidemiológica N°23 a la N° 26 del año 2024 (Junio 2024)

2. DESARROLLO:

Se inicia la reunión, informando al jefe Daney Moreno sobre el procedimiento por el cual se realiza la auditoria de calidad del dato a cada una de las fichas de notificación de los Eventos de interés en Salud Publica, que se diligenciaron durante el mes de octubre 2024

.•Se verifican un total de veinte nueve (29) fichas de notificación correspondiente a las semanas epidemiológicas N° 40,41,42 y 43 del mes de octubre, distribuidas así:

Fechas	Semana	# Fichas	# Fichas con error
29-09-2024 al 05/10/2024	40	4	0
06-10-2024 al 12-10-2024	41	7	2
13-10-2024 al 19-10-2024	42	5	0
20-10-2024 al 26-10-2024	43	13	2
Total	4	29	4

ACTA DE REUNION
FSI14-08
Versión: 5

- **Eventos notificados:**

UPGD	Casos notificados	Total eventos	Numero de fichas evaluadas	No. De fichas que presentaron error	% de error	Observación	Acciones
HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA (300) DENGUE (210), VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GNERO E INTRAFAMILIAR (875), ACCDIENTE OFIDICO (100) DESNUTRICIÓN AGUDA (113)	5	29	4	13.m%	Se continua con la falencia de dirección, teléfono, datos básicos. En cuanto APTR no ingresan tipo de clasificación confirmado clínica y el tipo de exposición si es observable es no exposición. Dengue se ingresa como probable o confirmado por laboratorio, NO se envían laboratorios para confirmar dengues.	se socializan las inconsistencias con el personal médico de la UPGD, y con el profesional encargado del área de calidad del HLT, en donde se detallan las inconsistencias más comunes, con las respectivas evidencias y correcciones a las que haya lugar. Se sugiere realizar un cuadro o tabla con la solución a los errores más comunes para que estén sobre los escritorios de los consultorios médicos.

Inconsistencias generales en el diligenciamiento de las fichas:

- Ausencia del nombre del barrio y direcciones incompletas, numero de celular incompleto o con error de digitación.
- En evento dengue se siguen cometiendo los errores de clasificación inicial y final de caso, no coinciden con la conducta final de acuerdo con la clasificación del caso (dengue con signos de alarma) y no toman paraclínicos de confirmación, y solo se tienen 2 clasificaciones especificas cuando ingresan probables o confirmados por laboratorio.

- El evento APTR ingresa por clínica, y no como sospechoso, y los tipos de exposición están fallando, porque siendo perros observables las clasifican como exposición grave, nombre del evento colocan modera por perros.

3. COMPROMISOS ASUMIDOS

- Revisar diariamente el diligenciamiento de fichas de manera correcta con calidad del dato y de inmediato devolución a médicos para calidad del dto.
- Mejorar la calidad del dato por parte del personal médico de cada una de las fichas, con el diligenciamiento de manera inmediata en presencia del paciente, con el fin de tener los datos actualizados.
- Hay que recordar que en el diligenciamiento letra legible e información verídica.
- Tener un cuadro con los correspondientes códigos de país, municipio, departamento, código de la UPGD, ocupación del paciente y EAPB para que sean diligenciado.
-

4. PROPOSICIONES Y VARIOS

No hay

Transcriptor: NADIA BRYID MORA FRANCO
Referente en salud Pública

GESTIÓN DOCUMENTAL
Original: Secretaría de desarrollo social - Oficina de Salud Publica

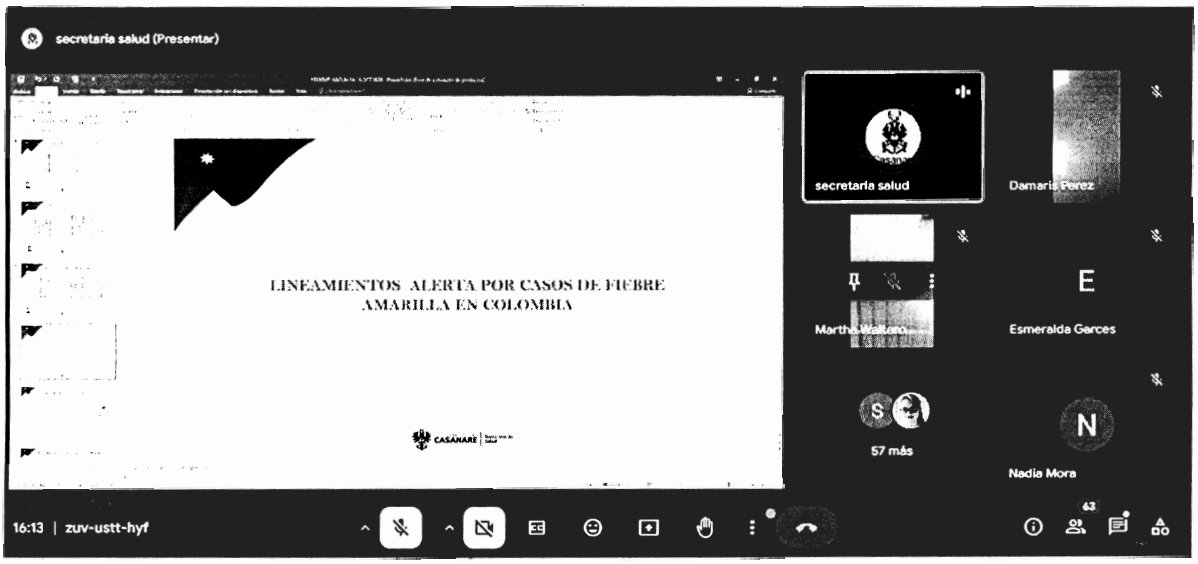
Anexo 5
Pantallazo de asistencia socialización de lineamientos por alerta de casos de fiebre amarilla

Anexo 5.1
Copia de planilla de mesa territorial de fortalecimiento pro parte Superintendencia Nacional de Salud

Anexo 5.2
Pantallazo de asistencia al desarrollo de capacidades de BAC en fiebre amarilla

Anexo 5.3
Copia de acta de seguimiento del programa de nutrición por parte de vigilancia departamental

PANTALLAZO DE ASISTENCIA LA SOCIALIZACIÓN DE LINEAMIENTOS POR ALETAR DE CASOS DE FIEBRE AMARILLA POR PARTE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EL 14 DE NOVIEMBRE DE 2024 MEDIANTE GOOGLE MEET





Supersalud

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CÓDIGO	DEFT18
LISTA DE ASISTENCIA	VERSIÓN	03
	FECHA	8/05/2024

Objetivo reunión/actividad: Mesa Territorial de Fortalecimiento de Casanare — Fecha: 08/11/2024 — Hora Inicio: — Hora Fin:

Lugar del evento: Auditorio Hotel GHL

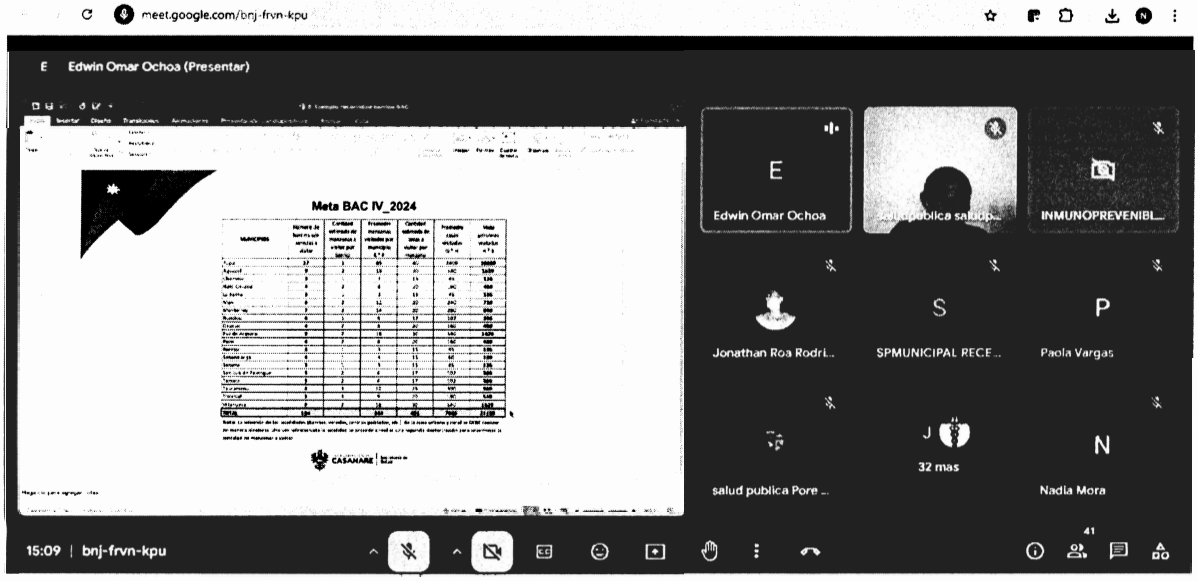
Organizado por: Superintendencia Nacional de Salud

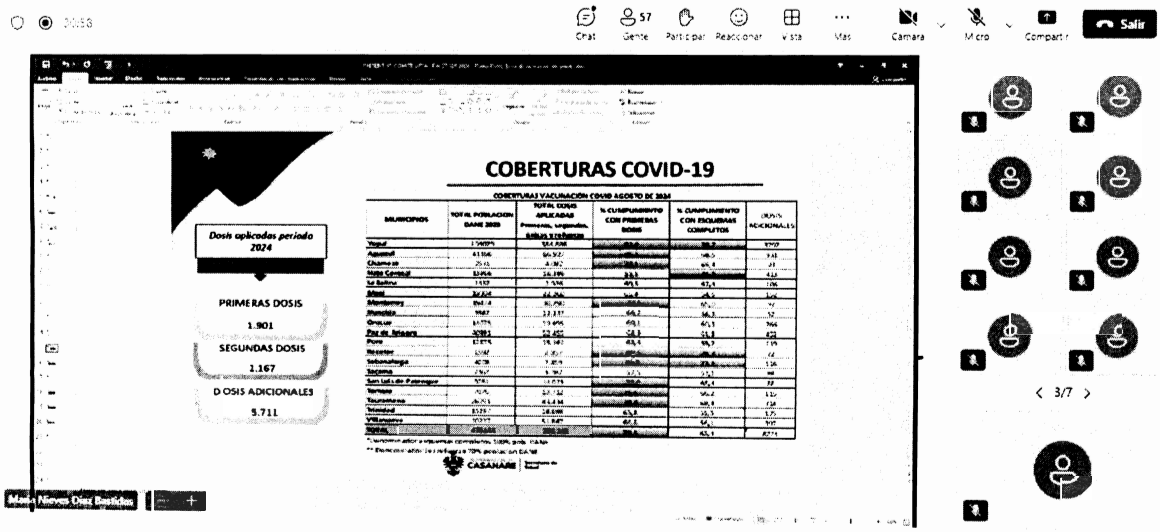
De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Superintendencia Nacional de Salud- SNS para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la gestión del talento humano de la entidad.
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.supersalud.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuarla

Ord	Nombre	Documento de Identidad	Sexo: M	Sexo: F	Sexo: Intersex	Cargo	Entidad/Organización/Área	Correo Electrónico	Teléfono / Cel / Ext (si aplica)	Dirección de la entidad/organización	¿Autoriza expresamente el tratamiento de los datos para las finalidades antes descritas? SI	¿Autoriza expresamente el tratamiento de los datos para las finalidades antes descritas? NO	Firma
	Juan Camilo Jaimes	1116660941		V		Profesional Contratista	Salud Yopal	saludpublica.yopal@gmail.com	3209826260	Yopal	V		
	Edna Liliana Inocencio	51973266		X		Profesional U	Salud Dtal	edna.inocencio@casanare.gov.co	3134421941	Yopal	X		
	Andrea del Pilar Rojas Ch.	46384317		X		Prof Cargo	Soc Salud Dtal	andrearojas1@hotmail.com	3212134570	Yopal	X		
	Yolanis de Dios B.	33.480.914		X		AD. vía Mancia	S.D.S.	saludpublica@casanare.gov.co	3134916533	Trinidad	X		
	Diana Sofia Reyes	47375330		X		Ref. Salud pública	SDS.	saludpublica@casanare.gov.co	3143378341	Trinidad	X		
	Helen Carolina Forero	60.389.914		X		Ref. Salud pública	Salud pública.	gestiondelriesgo@casanare.gov.co	3144534760	Tauramena	X		
	Leidy Abril Martinez	1115914263		X		Ref Salud P	SDS.	martinezluisa@gmail.com	3132572382	Tauramena	X		
	Mónica Juliana Sánchez	1.115.917.162		X		Profesional de Apoyo	SDS Salud pública	monicasanchezmejia@gmail.com	3212760824	Tauramena	X		
	Aida Lucia Parra	24233772		X		Profesional APS	SDS Salud RH.	recepcionsds@hotmail.com	3134242272	Tauramena	X		
	Oscar Santiago Roldan H.	1057542951	X			Coldador Publico	Municipio Pecator	oscarroldan@yahoo.es	3104623516	Pecator	X		
	Nadia Boyfol Mora Faro	1115413931		X		Profesional USP	SDS Salud Pública	nadiaboyfol@hotmail.com	3165774147	Tauramena	X		

Nota: 1 - El diligenciamiento de todos los datos es obligatorio exceptuando los campos que contengan asterisco(*). Estos serán de estricto diligenciamiento por actores externos a la entidad

PANTALLAZO DE ASISTENCIA DE BÚESQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE EVENTOS INMUNOPREVENIBLES POR PARTE DEL COMITÉ DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EL DÍA 19/11/2024 POR PARTE DE PLATAFORMA MEE





GOBERNACION
DE CASANARE
NIT. 892099216-6

ACTA RESUMEN
FO-GD-11
2015-12-10
V. 04

TEMA:	Asistencia técnica en protocolo y lineamiento de desnutrición aguda moderada y severa en menor de cinco años, mortalidad por y/o asociada a desnutrición, , bajo peso al nacer y seguimiento a las investigaciones epidemiológicas de campo.
LUGAR:	Alcaldía Municipal de Tauramena- Teams FECHA: 5-11-2024
OBJETIVO:	Realizar asistencia técnica en el protocolo y lineamiento de desnutrición aguda moderada y severa en menor de cinco años, mortalidad por y/o asociada a desnutrición, bajo peso al nacer y seguimiento a las investigaciones epidemiológicas de campo.

AGENDA/ACTIVIDADES

1. Saludo y bienvenida a los participantes con presentación del objeto de la asistencia técnica
2. Presentación de los lineamientos del protocolo y las acciones de la ruta de atención a los casos de desnutrición aguda en menore de cinco años según resolución 2350 de 2020, bajo peso al nacer
3. Seguimiento de las investigaciones epidemiológicas de campo de casos de desnutrición aguda moderada y severa de menores de cinco años y bajo peso al nacer a término
4. Proposiciones y Compromisos

DESARROLLO:

De acuerdo con la concertación de la asistencia técnica se brinda saludo de bienvenida a la reunión a la profesional de apoyo de salud pública del municipio Tauramena, la jefe Nadia Mora, por parte de Edith Torres Bernal, profesional de seguridad alimentaria y nutricional de la secretaria de Salud Departamental, quien brinda la asistencia técnica en el protocolo de vigilancia en salud pública y el lineamiento de la Ruta de atención de la desnutrición aguda moderada y severa en menor de cinco años, bajo peso al nacer y seguimiento a las investigaciones epidemiológicas de campo.

Según lo establecido en el protocolo de desnutrición aguda modera y severa en menor de cinco años el evento identificado con el código 113, versión N° 8, en Sivigila, es importante tener en cuenta que la desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población y afecta principalmente a los niños y a las niñas, donde se caracteriza por el deterioro de la composición corporal y la alteración sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales. Para la vigilancia del evento se toma como definición de caso; niños menores de 5 años de edad cuando el puntaje z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwahiorkor marasmático). Está asociado a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.

Para la clasificación de la desnutrición se tiene en cuenta el componente antropométrico, donde la aguda moderada se establece cuando el puntaje z del indicador peso para la talla o longitud

está entre < -2 a ≥ -3 DE y la desnutrición aguda severa cuando el puntaje z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de < -3 DE; por el componente clínico se tiene el Kwashiorkor que se caracteriza por disminución de los niveles de albúmina, por debajo de 2.5 g/dl, edema bilateral progresivamente ascendente, que inicia en pies y manos, acompañado de signos clínicos de deficiencias nutricionales específicas, el marasmo que se caracteriza por delgadez extrema, dada por el agotamiento de las reservas muscular y grasa y pérdida de tejido subcutáneo; piel seca, opaca y quebradiza y el marasmo- kwashiorkor que presenta características de los dos tipos de desnutrición; de igual forma se tiene la clasificación según su etiología en primaria que es la que aparece por un consumo insuficiente de alimentos, por lo tanto, en la ingesta de los nutrientes, normalmente asociada a problemas de inseguridad alimentaria y nutricional y la secundaria producida por alteraciones fisiopatológicas que afectan el estado nutricional tales como trastornos anatómicos, digestivos, de la absorción, de la excreción, de la utilización de nutrientes.

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), que utilizarán para el evento son los siguientes códigos: E43X -Malnutrición calórico-proteica grave no especificada, E440 - Malnutrición calórico-proteica moderada, E441 -Malnutrición calórico-proteica leve, E40X- Kwashiorkor, E41X -Marasmo nutricional, E42X -Kwashiorkor marasmático y E46X- Desnutrición proteico-calórica no especificada. Para oportunidad en la notificación es importante tener en cuenta que en caso que el niños tenga menos de 6 meses de edad, presentación de edema, sea reincidente, presente un perímetro braquial inferior a 11,5 cm (aplica para niños entre los 6 a 59 meses) y aquellos que presenten prueba de apetito negativa (aplica para niños entre los 6 a 59 meses y debe realizarse acorde a lo estipulado en la resolución 2350/2020) la notificación es supermediana y para los demás casos que no cumplen los criterios establecidos en la notificación súper inmediata la notificación es inmediata.

Se viene adelantado la correspondencia de los casos de desnutrición aguda en menore de cinco años de SISVAN/SIVIGILA, con el propósito que cada municipio realice la revisión de la historia clínica con la IPS y se logre una confirmación o descarte para lograr que el niño que cumple con la definición de caso sea notificado al Sivigila y se le active la ruta de atención en salud.

Según la ruta de atención a los niños menores de cinco años con desnutrición aguda acoge la recomendación de la OMS de utilizar la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo- FTLC, en el manejo ambulatorio, la cual puede utilizarse con seguridad en condiciones extremas de temperatura y bajo acceso a agua y combustible para preparación de alimentos, dado que se administra sin medidas adicionales de refrigeración o cocción. El sobre de FTLC de 92 g de FTLC aporta 500 kcal, se clasifica como un alimento para Propósito Médico Especial, indicado para el tratamiento ambulatorio de los niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda moderada o severa sin complicaciones y en la rehabilitación nutricional al egreso hospitalario. Para el caso de la manejo intrahospitalario se cuenta con la F-75 que se suministra según el estado nutricional y evolución de cada menor.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante tener presente que según la Resolución 2366 del 29 de diciembre de 2023, la entrega de la FTLC ya no requiere Mipres, solo con la formula médica el usuario la reclama en la farmacia autorizada, en caso que el profesional de salud prescriba cualquier otro tipo de complemento nutricional si sería necesario el diligenciamiento del Mipres.
Cuando un menor con desnutrición aguda moderada y severa fallezca, se debe realizar la notificación por el evento de Vigilancia Integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y/o desnutrición con el código 591, la notificación es inmediata, es necesario realizar la investigación de caso y la realización de unidad de análisis antes del periodo epidemiológico de ocurrido el evento para efectuar el respectivo ajuste en SIVIGILA, según la ocurrencia del evento con corte a la presente semana epidemiológica, el Municipio no ha presentado casos para el evento.

De acuerdo a la notificación al SIVIGILA y el seguimiento de las investigaciones epidemiológicas de campo de los casos de desnutrición aguda se cuenta con la siguiente información:

F NOTIFICACIÓN	SEM	1 NOMBRE	2 NOMBRE	1 APELLIDO	NUMERO ID	TELEFONO	COD EPS	Z P/T	MUNICIPIO	IEC
21/03/2024	*12*	IAN	FERNANDO	CHAVERRA	1115919802	3246852161	EPS025	-2,1486	TAURAMENA	SI
18/04/2024	16	YAMITH	ALEJANDRO	ORTIZ	1116558198	3144780242	EPS025	-2,414	TAURAMENA	SI
06/05/2024	19	ADNER	YAHEL	COLINA	1116557930	3219326096	EPS037	-3,3025	TAURAMENA	SI
06/05/2024	19	EVELYN	SAMANTHA	SAENZ	1115920641	3014645377	EPS037	-2,9244	TAURAMENA	SI
18/05/2024	20	DANNA	XIOMARA	RIVERA	1115920675	3118424527	EPS025	-2,2636	TAURAMENA	SI
20/05/2024	21	JOHNIER	MATHIAS	CARDONA	1222136081	3203965614	EPS025	-4,9737	TAURAMENA	SI
23/05/2024	21	OSCAR	ANDRES	GOMEZ	1118579154	3144309083	EPS037	-2,3412	TAURAMENA	SI
06/06/2024	23	JOEL	SANTIAGO	SANCHEZ	1115920838	3178104911	EPSS37	-3,6309	TAURAMENA	SI
11/06/2024	24	PEDRO	MATHIAS	CHAPARRO	1222144752	0	EPS037	-1,8633	TAURAMENA	SI
08/07/2024	27	ANGEL	DAVID	GARZON	1121983244	0	EPSS37	-2,653	TAURAMENA	SI
31/07/2024	31	MARIA	JOSE	CAICEDO	1235146621	3122467642	EPSS41	-2,3776	TAURAMENA	SI
12/08/2024	33	SHAIRA	SOFIA	VELASQUEZ	1115920800	3173555829	EPSS41	-2,548	TAURAMENA	SI
03/09/2024	36	AMMY	LUCIANA	CRUZ	1115920816	3214396641	EPS025	-2,7418	TAURAMENA	SI
25/09/2024	39	KATERIN	ALANNA	RAMIREZ	1115920902	3204502859	EPSS37	-2,3102	TAURAMENA	SI
12/10/2024	41	JOEL	SANTIAGO	SANCHEZ	1115920838	3219188330	EPSS41	-2,9384	TAURAMENA	SI

Se expone a la profesional que para el evento de bajo peso se continua con el seguimiento de los recién nacido con un peso inferior a 2500 gramos con 37 o más semanas de gestación, a través de la información registrada de nacidos vivos en estadísticas vitales. RUAF, con el fin de promover la práctica de lactancia materna, vinculación al programa madre canguro, afiliación en salud y seguimiento de las acciones en salud del programa de crecimiento y desarrollo para vigilar su condición nutrición y de salud. Según el seguimiento de las investigaciones epidemiológicas de campo el municipio cuenta con un caso, que no conocía, para lo cual se suministra la información disponible para que se adelante la IEC.

Según la información de casos de bajo peso el municipio cuenta con la siguiente información:

Número Certificado	Peso	Fecha Nac	Tipo Documento Madre	Numero Docu	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido Madre	Municipio Res	IEC UNM
24018710823086	2325	13/01/2024	DOCUMENTO EXTRANJERO	VEN30556374	ELIN	ALEXANDRA	LEON	CAMACHO	TAURAMENA	SI
24036610885633	2495	05/03/2024	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115913639	MARIA	ELIZABETH	CORREA	ROA	TAURAMENA	SI
24073311036444	2490	2024-07-07	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1118123306	EDITH	VIVIANA	PARRA	SABOGAL	TAURAMENA	SI
24088611087342	2395	2024-08-16	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115913922	EILY	NAYIBE	ALFONSO	LANCHEROS	TAURAMENA	SI
24091011140956	2115	2024-09-25	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115915255	HELEM	YURLIANA	GUZMAN	CASALLAS	TAURAMENA	SI

Para finalizar se aclara las inquietudes referidas por las profesionales frente a la temática y se da los agradecimientos por el espacio.

Compromisos:

1. Acoger las directrices de vigilancia en salud pública según lo establecido en los protocolos y en la Resolución 2350 para la atención de niños con desnutrición aguda modera y severa
2. Continuar realizando seguimiento a los casos de desnutrición aguda notificados y de bajo peso en el municipio según la frecuencia en que se presenten.
3. Continuar realizando la notificación al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN de todas las personas de 0 a 64 años atendidos
4. Continuar con la asistencia técnica y seguimiento de las IPS en el cumplimiento de las acciones de vigilancia y ruta de atención a los niños con desnutrición aguda moderada y severa.
5. Continuar verificando la correspondencia de SISVAN-SIVIGILA de los casos de desnutrición aguda en menor de cinco años.

ASISTENTES

Nombre Completo	Cargo/Dependencia	Correo Electrónico	Firma
Nadia Mora	Profesional de apoyo de Salud Pública Municipal	sivigila@tauramena-casanare.gov.co	
Edith Torres Bernal	Profesional apoyo SAN Secretaria de salud	sisvancasanare@gmail.com	

Anexo 6
Copia de correo electrónico de comité pai del mes de octubre+ acta y planilla de asistencia del comité

Anexo 6.1
Copia de correo electrónico de formato de puntos de vacunación mes de noviembre

·Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co>

auramena, 11 de octubre de 2024 Señores: COMITÉ PAI MUNICIPAL Como es de su conocimiento, a partir del mes de agosto se inicia con jornada de intensificación de vacunación todos los meses, lo que para este, se deberá realizar el día 26 de octubre. Por tal motivo se extiende la invitación para comité del programa ampliado de inmunizaciones el día 17 de octubre de 2024, a las 8:00 am en la oficina de salud pública. Agradecemos su asistencia, en pro del desarrollo sano de nuestra infancia. Respetuosamente, NADIA MORA FRANCOAN SALUD PÚBLICA ALCALDIA DE TAURAMENA

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co> 12 de noviembre de 2024, 17:13
Para: PAI TAURAMENA <paitauramena@hotmail.com>, vacunacion@servimedicas.com, Transferencias Tauramena <familiasenaccion@tauramena-casanare.gov.co>, funbi.albaheredia@gmail.com, funbi.albaheredia24@gmail.com, funbi.paholaalfonso@gmail.com, funbi helenaacosta <funbi.helenaacosta@gmail.com>, esehospitaltauramena@esehospital-tauramena-casanare.gov.co

Tauramena, 12 de noviembre de 2024

Señores:
COMITÉ PAI MUNICIPAL

Como es de su conocimiento, a partir del mes de agosto se inicia con jornada de intensificación de vacunación todos los meses, lo que para este, se deberá realizar el día 30 noviembre de 2024. Por tal motivo se extiende la *invitación para* comité del programa ampliado de inmunizaciones el día **18 de noviembre de 2024, a las 9:00 am** en la oficina de salud pública.

Agradecemos su asistencia, en pro del desarrollo sano de nuestra infancia.

Respetuosamente,

NADIA MORA FRANCO
SALUD PÚBLICA
ALCALDIA DE TAURAMENA

ACTA N° 129

COMITÉ DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DEL MES DE NOVIEMBRE

FECHA: 18 de noviembre de 2024
HORA: De las 14:00 a las 16: 00 horas
LUGAR: Oficina Salud Pública

ASISTENTES:

NOMBRE	DEPENDENCIA	FIRMA
Angie Milady Montoya	Coordinadora PAI ESE HLT	
Nubia Edith Sánchez Pineda	Vacunadora Servimedicas Ips	
Nadia Briyid Mora Franco	Prof. Apoyo VSP	
Anyi Linares	Coordinadora PIC	
Mario Urriola	Renta Ciudadana	

ORDEN DEL DIA

1. Verificación de la asistencia
2. Análisis de las coberturas de vacunación a corte de mes de octubre de 2024
3. Jornada de intensificación de octubre
4. Estrategias de vacunación:
5. Dificultad de servicio de vacunación
6. Compromisos asumidos

DESARROLLO

1. Verificación de asistencia

2. Análisis de las coberturas de vacunación con corte al mes de octubre de 2024

Biológico	% Cobertura	% faltante
BCG	70%	10%
Pentavalente 3ras dosis	77%	7%
Tiple viral 1 año	81%	3%
Triple viral 18 a 23 meses	81%	3%
Refuerzo 5 años	78%	5%y

Se realiza la socialización de las coberturas de vacunación al corte del mes de octubre del 2024, el cual por cobertura útil de un 80%, con BCG de un 10%, pentavalente de 3ras dosis con un 77%, triple viral del año en 70 %, triple viral 18 a 23 meses con un 81% y refuerzo de 5 años con

Powered by CamScanner

un 78%, lo que el municipio ha ido mejorando en cuanto a los meses anteriores con la intensificación de las estrategias relacionadas, pero aún así vamos en coberturas críticas, y en los 5 años se bajaron las coberturas teniendo en cuenta el mes anterior, lo que se refiere intensificar la búsqueda de los susceptibles, con los datos relacionados con cada EPS de manera mensual.

La ESE Hospital Local de Tauramena están al día con el cargue en tiempo real a la plataforma de PAI-WEB.

En vacunación nos falta 43 niños para dar cumplimiento al refuerzo de 5 años para cumplir en cobertura útil.

3. **Logística de Jornada de intensificación de vacunación** para el mes de octubre con responsabilidad desde la ESE Hospital Local de Tauramena por parte del plan de intervenciones colectivas.

Se tendrá en cuenta en la logística 10 refrigerios y almuerzos, con la respectiva ambientación de cada punto de vacunación.

A realizarse el 26 de octubre de 8:00am a 4:pm jornada continua con los siguientes puntos de vacunación:

Aux Enfermería	Punto de vacunación	Planillador
Gloria Sánchez	ESE Hospital Local de Tauramena	Indira Capresoca
Jackson Díaz	Punto móvil	Izamar Ropero
Nubia Sánchez	Ips Servimedicas	Alejandra -Nueva Eps
Claudia Calixto	Veredas del Sur	Apoyo APSm

En el infogramas a realizar por parte de PIC debe incluir lo siguiente:

Jornada de vacunación de intensificación con lema #vacunate ¡Hay que ponernos al día! Recuerda traer el carné de vacunación:

Objeto de población
Esquema de vacunación de menores de 6 años
Fiebre amarilla en población susceptible
Mujeres de los 10 a 49 años
Gestantes en la semana 14 y 26
Población de 11 a 59 años para sarampión y rubeola
Operadores turísticos para sarampión y rubéola
Vph niñas y niños de 9 a 17 años
Hepatitis B población priorizada

Puntos de vacunación: ESE Hospital local de Tauramena, Ips Servimedicas, Punto móvil y veredas del sur, el día 23 de noviembre de 2024 de 8 a 4pm

Tener en cuenta transporte para solicitud de biológico, 1 mesa plegable para la ESE Hospital y y 4 sillas. Adicional, los masmelos para entrega a los menores a vacunar.

Powered by CamScanner

Se tiene contemplado la distribución de perifoneo de 10 horas: 6 el día viernes 22 de noviembre (4 horas) y sábado 23 de noviembre (2 horas en área urbana) para la respectiva difusión del jingle realizado previamente por parte de PIC donde se informará el día, puntos de vacunación, población objeto y horario.

Se encuentra la IPs Servimedicas y ESM BIRNA N° 44 donde se informa sobre la socialización en sus consultas de promoción y prevención, grupos institucionales e invitación su población a vacunar como aporte a la jornada de intensificación de vacunación del mes de septiembre.

Se realizará promoción de la jornada en la emisora comunitaria el viernes 22 de noviembre, que se solicita por parte de la Alcaldía, aunque se está a la espera del espacio, porque no hay funcionamiento de la misma.

30 consentimiento solo se vacunaron 13
Raizal y delicias, 69 dosis VPH
32 VPH para el mes de octubre

4. Estrategias de vacunación

- Se realizó entrega de 30 consentimiento y solo se vacunaron 13 menores en el Instituto Educativo del llano.
- En el mes de octubre se aplicaron 32 VPH en diferentes instituciones educativas y en jo
- Se realizó cruce de base de datos de información sobre las EAPB de Capresoca, Sanitas y Nuevas según población susceptible por cada una y envió todos los 10 para que el municipio se encargue de hacer cruce de base de datos, aunque se informa que no se tiene base de datos de Sisbén actualizada, pese a que se habló con el profesional encargado, quien se brinda información que toca por parte del alcalde, se ha tenido en cuenta la base de datos de la estrategia de APS.
- Promoción de la vacunación en los cursos de la preparación de la maternidad y paternidad por parte del ESE hospital local de Tauramena
- Con transferencias monetarias se habló sobre el siguiente pago de la población beneficiada, que no cumplan con vacunación se cancelan pago, y en asistir a los encuentros que se tienen contemplado a partir del 18 de noviembre en las horas de la mañana y tarde.
- En la ips Servimedicas continuar retroalimentando y verificando con las bases de datos de sigires de NUEVA EPS, se informó a todo el personal el cambio de esquema de vacunación, captación de 9 a 17 años, y en consulta, se lleva de una vez al servicio de vacunación para verificar estado vacunal, e intensificación por consulta de rutas de mantenimiento.
  - Realizar vacunación extramural a fin de mes en las veredas del sur, donde se solicita hacer un barrido en el barrio chino de la Urama- corocito- turupe, Carupana por la llegada de nuevos niños, sin conocimiento de los vacunadores, reforzando a coordinadora la técnica que manejan siempre los vacunadores de su Institución, solo se acercan a los sitios donde ellos siempre van a vacunar.
  - Se revisa el PAI-web y las dos IPS vacunadoras van al día con el registro diario, lo que se felicita para la verificación en tiempo real de cada usuario.

5. Dificultades en vacunación

Powered by CamScanner

- Las madres no quieren vacunar a sus hijos con el biológico de COVID-19 y tampoco quieren firmar disentimientos, sin embargo, se realiza respectiva retroalimentación en bases de datos tanto para Servimedicas como para la ESE Hospital local de Tauramena.
- Se realiza seguimiento en vacunación del esquema permanente, muchas madres refieren que sus hijos están enfermos, no los vacunan, se llaman y refieren que la otra semana asisten y no es asl.

6. Compromisos

- Realizar acta de verificación de los seguimientos nominales de las cohortes de recién nacidos y revisión de disentimientos.
- Verificar en el próximo comité PAI departamental sobre los niños que se han ido de Tauramena o del país como se realiza ese descarte.
- Solicitar seguimientos nominales para verificar la efectividad de la revisión mensual de los niños pendientes a vacunar.
- Continuar seguimientos nominales y respectivo envío de manera mensual al correo de sivigila@tauramena-casanare.gov.co
- Seguimientos a recién nacidos, validando para primeras y dosis cargue para el municipio de dosis BCG.
- Verificar seguimiento de maternas para posibles primeras dosis.
- Realizar infogramas mensuales sobre jornadas de vacunación y envió al municipio.
- Gestionar transporte para las veredas del sur para finale del mes de octubre

Próxima reunión el día 2 de diciembre de 2024

Anexos; Planilla de asistencia y registro fotográfico

Transcriptor: **Nadia Mora Franco**
Referente en Salud Pública

GESTIÓN DOCUMENTAL
Original: Oficina de Salud Pública- Secretaria de Desarrollo Social

Powered by CamScanner

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co>

Solictud de apoyo a jornada de intensificación de vacunación mes de noviembre

Sivigila . *<sivigila@tauramena-casanare.gov.co>* 19 de noviembre de 2024, 12:13
Para: Ludley Del Pilar Tobian Gutierrez <ludley.tobian@nuevaeps.com.co>, auditorias_casanare <auditorias_casanare@nuevaeps.com.co>, "programapai@capresoc.onmicrosoft.com" <programapai@capresoc.onmicrosoft.com>

Tauramena, 19 de noviembre de 2024

SEÑORES:
CAPRESOCA
NUEVA EPS

Asunto: Tauramena _ Solicitud de apoyo a la jornada de vacunación noviembre 2024

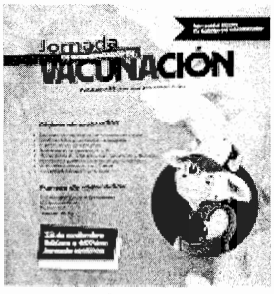
Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones del año 2024, se tiene que dar cumplimiento al plan de intensificación de vacunación del mes de octubre con el lema de "Las vacunas son seguras y salvan vidas ¡ponte al día!", lo que se hace necesario su importante apoyo para la misma, con personal por parte de uds para diligenciamiento de información, demanda inducida de la jornada, con los siguientes puntos:

-ESE Hospital lOcal de Tauramena- Apoyo Capresoca
-Ips Servimedicas - Apoyo Nueva Eps
-Punto móvil- Apoyo demanda inducida
-Veredas del Sur

Agradezco su gestión,

Reseptuosamente,
NADIA MORA FRNACO
Referente ne slaud publica



infogracama noviembre.jpg
660K

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co>

Tauramena_Noviembre Puntos de Vacunación

Sivigila . <sivigila@tauramena-casanare.gov.co> 20 de noviembre de 2024, 17:02
Para: paicasanare2@gmail.com

Buenas tardes,

Cordial Saludo

Adjunto formato de puntos de vacunación para esta jornada de intensificación del mes de noviembre del municipio de Tauramena

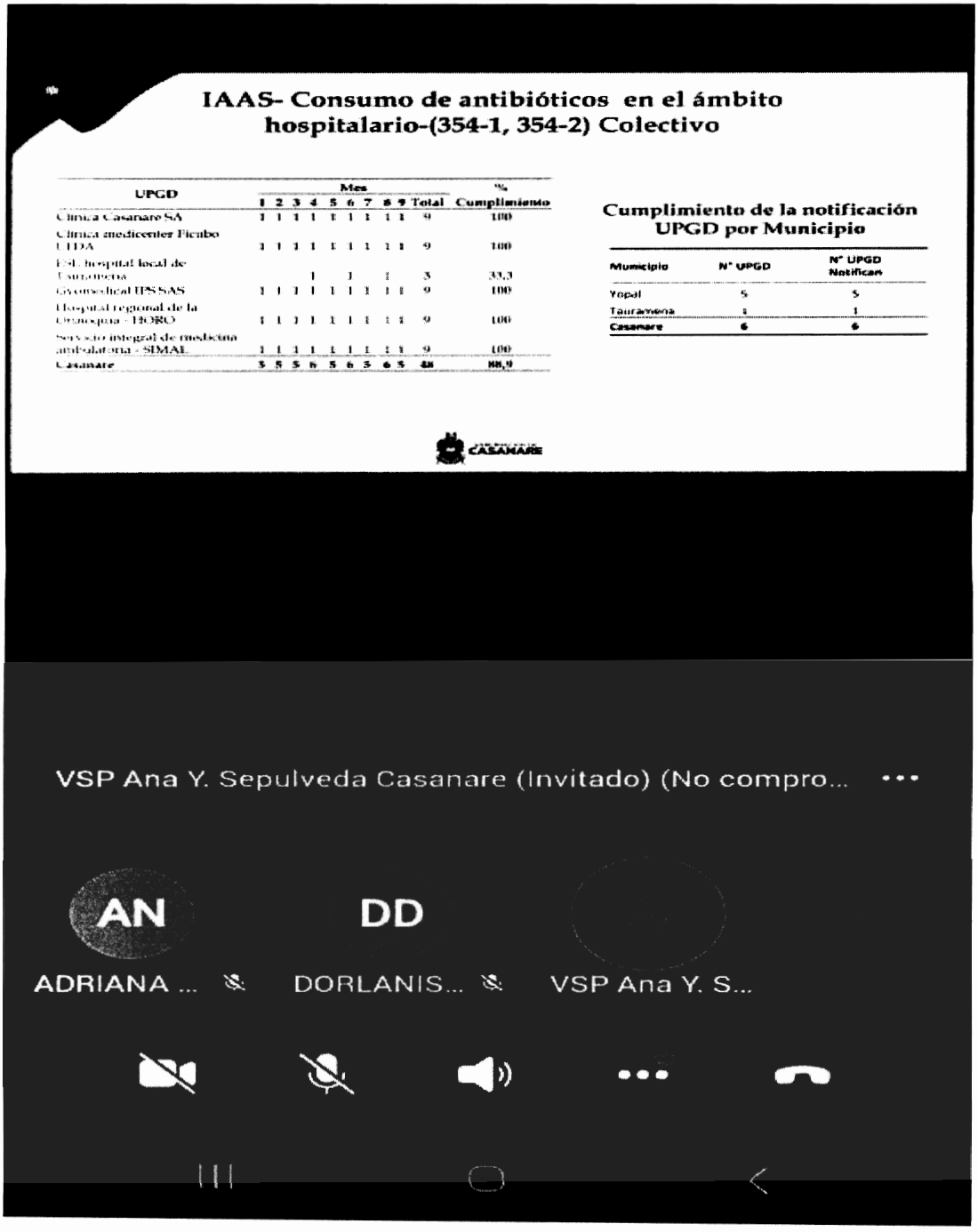
Quedo atenta,

Respetuosamente
NADIA MORA FRANCO
Referente en salud pública

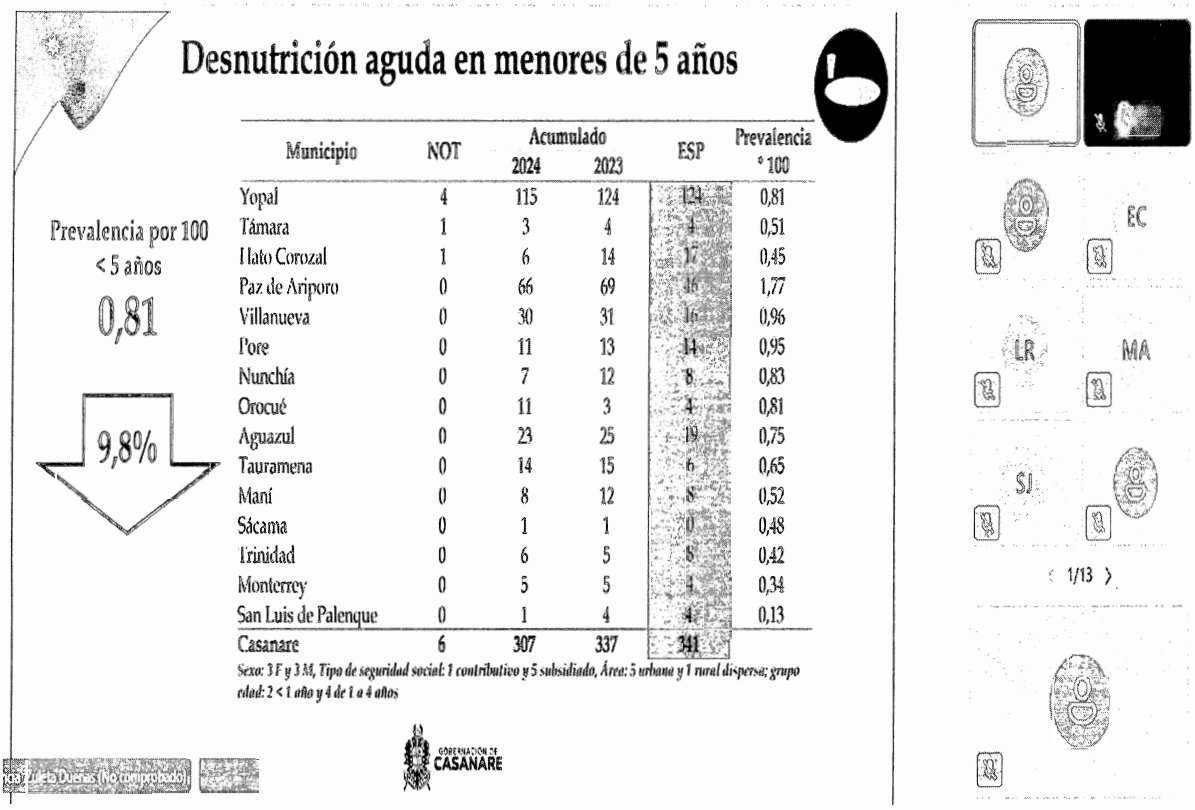
Tauramena_Noviembre Puntos de vacunación.xlsx
215K

INFORME DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y DE APOYO A LA GESTION
FCO09-04
Versión: 6

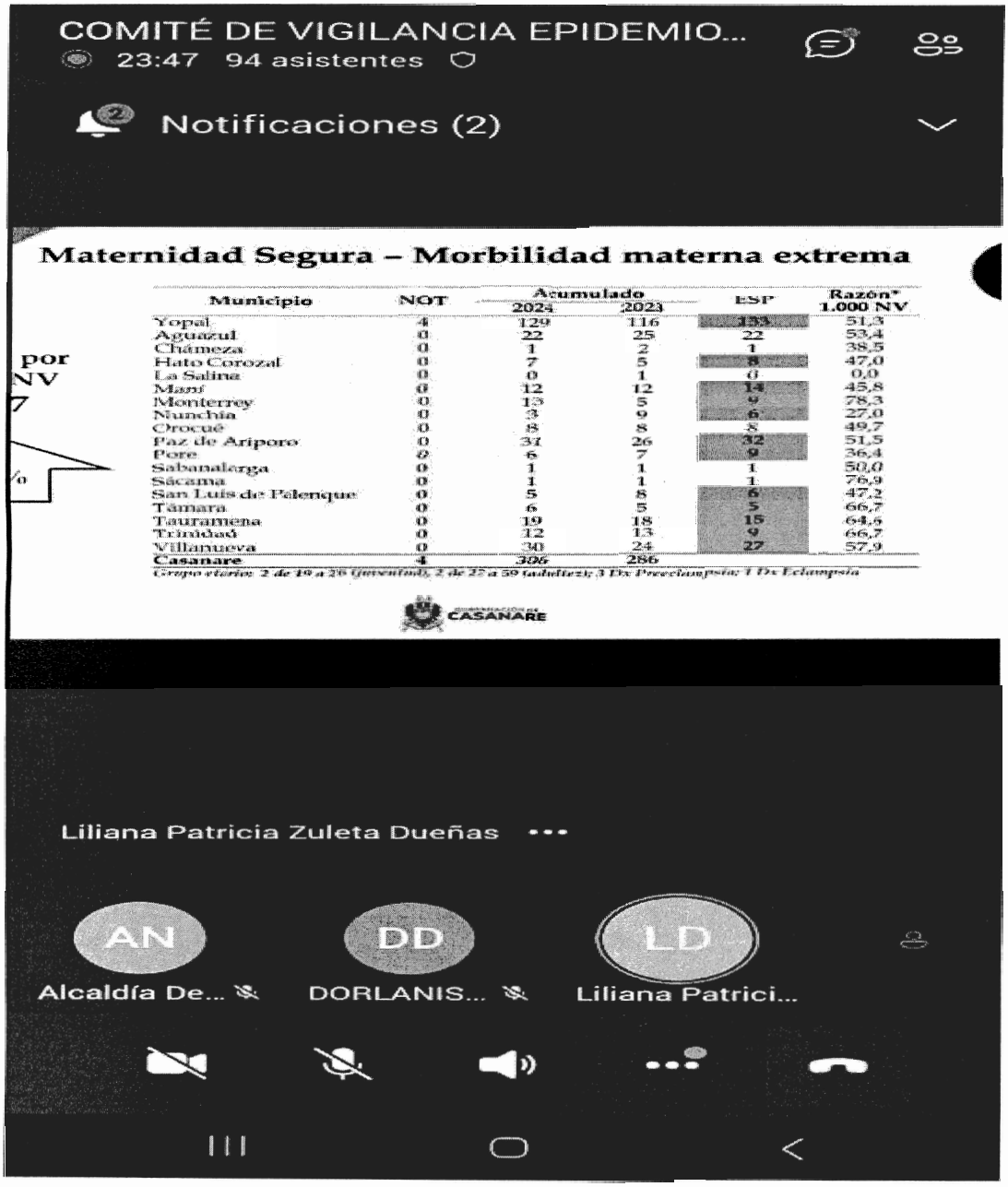
PANTALLAZO DE ASISTENCIA A COVE DEPARTAMENTAL DE LA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 44 MEDIANTE PLATAFORMA MEET EL DÍA 07 DE NOVIEMBRE DE 2024



PANTALLAZO DE ASISTENCIA A COVE DEPARTAMENTAL DE LA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 45 MEDIANTE PLATAFORMA MEET EL DÍA 14 DE NOVIEMBRE DE 2024



PANTALLAZO DE ASISTENCIA A COVE DEPARTAMENTAL DE LA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 47 MEDIANTE PLATAFORMA MEET EL DÍA 28 DE NOVIEMBRE DE 2024



ALCALDÍA DE TAURAMENA

REGISTRO DE ACTIVIDADES EXTERNAS
FO100-05
Versión: 3

TEMA: Evento: polvora e intoxicac COVE MUNICIPAL N° 11.

OBJETIVO: Realizar comite de ordinaria de vigilancia en los eventos de polvora e intoxicación por fosforo blanco y metanol

FACILITADOR: Leidy Abril referente salud y ntal (RSP).

FECHA: 29/11/2024

Lugar: Sala de Juntas

Hora inicio: 2:30 pm.

Hora terminación:

NOMBRE	ENTIDAD / C.C.	EMAIL / CELULAR	UBICACIÓN URB	UBICACIÓN RUR	ENFOQUE DIFERENCIAL: DISCAP	AFRO	M	F	LGBTI	VICTIM	EDAD	FIRMA
Helen Carolina Sanchez	ESE S. / 60.389.917	EMAIL: brigitagutarra.com / CELULAR: 3144534980.	X					X				
Fabio Suescun Ramírez	Policia Nal / C.C. 1.118533227	EMAIL: decas.etauramena@policia / CELULAR: 3142394879	X				X				38	
NOMBRE Nazario Zuñiga Ortiz	ENTIDAD. SSC / C.C. 7481272	EMAIL: nazario256@gmail.com / CELULAR: 3208027905	X				X					
NOMBRE Diana Rapal	ENTIDAD. Comunicación. / C.C. 1037601997.	EMAIL: rapal.diana.7@hotmail.es / CELULAR: 3144748559	X					X				Diana Rapal.
NOMBRE Daniel Morsso	ENTIDAD. HLAT / C.C. 1119916012	EMAIL: / CELULAR:	X				X					
NOMBRE Yanetin Milena Barrera Pinilla	ENTIDAD. EMSET SAESP / C.C. 1053574769	EMAIL: emsct@msn.com / CELULAR: 3208770375	X					X			37	
NOMBRE Kathia J. Vargas Cabrera	ENTIDAD. ASOJUNTAS / C.C. 1.116.549.915	EMAIL: asojuntas@tauramena.gov.co / CELULAR: 3214538739	X					X			30	
NOMBRE Flor Alcira Morales Arias	ENTIDAD. Concejo M. / C.C. 52085692	EMAIL: / CELULAR: 3125110631	X							X	49	
NOMBRE Myriam Mendez	ENTIDAD. Bomberos / C.C. 40044530	EMAIL: / CELULAR: 3102063177	X							X	46	
NOMBRE Javier Cubides	ENTIDAD. Personeria / C.C. 1.006.535.539	EMAIL: personeria@tauramena-casanare.gov.co / CELULAR:	X									
NOMBRE Nubia Bohórquez	ENTIDAD. Secretaria de salud / C.C. 1030525421.	EMAIL: Serumedicos@hotmail.com / CELULAR 3183956174	X					X			38	
NOMBRE ASTRID BARRETT TORRES	ENTIDAD. Secretaria Agricultura / C.C. 1118 00 284	EMAIL: [illegible] / CELULAR: 3149100475	X					X				
NOMBRE Juanita Morales	ENTIDAD. / C.C. 23467408	EMAIL: / CELULAR: 3115916947	X					X		X	54	
NOMBRE Yolima Roncancio R.	ENTIDAD. ONG / C.C. 46678.083	EMAIL: / CELULAR: 3142957108.	X									

Scanned with CamScanner

TEMA: Evento Polvora e intoxicaciones
COVE MUNICIPAL N° 11

OBJETIVO: Realizar comite ordinario de vigilancia en los eventos de quema dura por polvora e intoxicaciones por fosforo blanco y metanol.

FACILITADOR: Leidy Abril Referente Salud Mental (USD)

FECHA: 29/11/2024
Lugar: Sala de Juntas
Hora Inicio: 2:30 Pm
Hora terminación:

NOMBRE	ENTIDAD / C.C.	EMAIL / CELULAR	URB	RUR	DISCAP	AFRO	M	F	LGBTI	VICTIM	EDAD	FIRMA
Monica Sánchez	ENTIDAD. Birno 44 C.C. 1.115.917.150	EMAIL: monicasanchez2m@gmail.com CELULAR: 3212761074	X					X			28	Mónica Sánchez
Luz Maireny Cárdenas	ENTIDAD. C.C. 47439937	EMAIL: CELULAR: 3112412131	X					X			—	Maireny Cardenas
Aide Rocio Pare	ENTIDAD. Salud Pública C.C. 24.217912	EMAIL: rociopanonia@yahoo.es CELULAR: 3142734727	X					X			45	Aide R.
Bayron Cano	ENTIDAD. POAL C.C. 1088137491	EMAIL: CELULAR: 3153790128	X									
Nadia Brith Moreno	ENTIDAD. USD-IDS C.C. 1115413731	EMAIL: sluglaterna@gmail.com CELULAR: 3169934120	X					X				
Ni Sonia Torres M	ENTIDAD. S. Gobierno C.C. 39738053	EMAIL: sonitorres1212@gmail.com CELULAR: 3102929825						X				
NOMBRE	ENTIDAD. C.C.	EMAIL: CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD. C.C.	EMAIL: CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD. C.C.	EMAIL: CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD. C.C.	EMAIL: CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD. C.C.	EMAIL: CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD. C.C.	EMAIL: CELULAR:										
NOMBRE	ENTIDAD. C.C.	EMAIL: CELULAR:										

Scanned with CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115913731		MORA FRANCO NADIA BRIYID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17 N° 7 - 64	TAURAMENA-CASANARE	6247531	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1066202092	9476197316	I	2024/11/12	2024/11/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	9	$751,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$386,000	$2,500	$0	$388,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$386,000	$2,500	$0	$388,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,800	$400	$0	$59,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,800	$400	$0	$59,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$301,500	$2,000	$0	$303,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$301,500	$2,000	$0	$303,500
TOTAL				1	$746,300	$4,900	$0	$751,200

320

2024/12/05 02:46 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115913731		MORA FRANCO NADIA BRIYID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17 N° 7 - 64	TAURAMENA-CASANARE	6247531	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1066202092	9476197316	I	2024/11/12	2024/11/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	9	$751,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,412,000	$386,000			$2,412,000	$301,500			$0	$0			$2,412,000	$58,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,412,000**	**$386,000**			**$2,412,000**	**$301,500**			**$0**	**$0**			**$2,412,000**	**$58,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: TAURAMENA Depto: CASANARE (1 Afiliados)					**$2,412,000**	**$386,000**			**$2,412,000**	**$301,500**			**$0**	**$0**			**$2,412,000**	**$58,800**		**$0**	**$0**
1	CC 1115913731	MORA FRANCO NADIA BRIYID	230301	30	$2,412,000	$386,000	EPS005	30	$2,412,000	$301,500		0	$0	$0	14-23	30	$2,412,000	$58,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$2,412,000**	**$386,000**			**$2,412,000**	**$301,500**			**$0**	**$0**			**$2,412,000**	**$58,800**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1115913731		MORA FRANCO NADIA BRIYID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17 N° 7 - 64	TAURAMENA-CASANARE	6247531	No

GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
	2024-11	1066545071	9477639815	1	2024/12/09	2024/11/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$556,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,800,000**	**$288,000**			**$1,800,000**	**$225,000**			**$0**	**$0**			**$1,800,000**	**$43,900**		**$0**	**$0**
TAURAMENA Depto: CASANARE (1 Afiliados)					**$1,800,000**	**$288,000**			**$1,800,000**	**$225,000**			**$0**	**$0**			**$1,800,000**	**$43,900**		**$0**	**$0**
1115913731	MORA FRANCO NADIA BRIYID		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	$43,900	0	$0	$0
Afiliados(1)					**$1,800,000**	**$288,000**			**$1,800,000**	**$225,000**			**$0**	**$0**			**$1,800,000**	**$43,900**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115913731		MORA FRANCO NADIA BRIYID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17 N° 7 - 64	TAURAMENA-CASANARE	6247531	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1066545071	9477639815	I	2024/12/09	2024/11/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$556,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,900	$0	$0	$43,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,900	$0	$0	$43,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				1	$556,900	$0	$0	$556,900

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e4fd3b159f8f967280a5a7b3730fcab55fc405dba3e12d80e833e63f10664cdec64d8639c8d66cd5c332c6616169aa95

Número de Factura: FEDS-20
Fecha de Emisión: 05/12/2024
Fecha de Vencimiento: 05/12/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido: Acta parcial N°03 cto 366
Fecha de orden de pedido: 05/12/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MORA FRANCO NADIA BRIYID
Nombre Comercial: MORA FRANCO NADIA BRIYID
Nit del Emisor: 1115913731
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-15;O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8699

País: Colombia
Departamento: Casanare
Municipio / Ciudad: Tauramena
Dirección: CR 16 8 B 111
Teléfono / Móvil: 3107993420
Correo: nadiamf23@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE TAURAMENA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 8000128737
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-15;O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Casanare
Municipio / Ciudad: Tauramena
Dirección: Calle 5 n 14-34 centro
Teléfono / Móvil: 3144420321
Correo: facturacionelectronica@tauramena-casanare.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	CONTRATO 366 28 DE AGOSTO 2024	Acta parcial N 03 CTO 366 del 27 agosto 2024	DAY	30,00	$ 150.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.500.000,00

Notas Finales

Acta parcial N° 03 del 1 al 30 de noviembre de 2024
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
05/12/2024 22:47:11
Documento validado por la DIAN:
05/12/2024 22:47:12
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		4500000
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		4500000
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		4500000
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 4500000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		4.500.000,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		4.500.000,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		4.500.000,00
Descuento Global (-)		0.00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 4.500.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764077509298 Rango desde: 17 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-02-20

ACTA PARCIAL No. 03

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA
SERVICIOS PROFESIONALES	366	27 DE AGOSTO DEL 2024

Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACCIONES DE GESTIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA A TRAVÉS DE LOS EJES ESTRATÉGICOS DE GOBERNALIDAD Y GOBERNANZA, DETERMINANTES DE LA SALUD, ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD, CAMBIO CLIMÁTICO, CONOCIMIENTO Y PERSONAL DE SALUD DENTRO DE LAS LINEAS DE (SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL; ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES (PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI), SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, EN LOS EVENTOS RELACIONADOS CON LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA.

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE TAURAMENA
CONTRATISTA	NADIA BRIYID MORA FRANCO
NIT	1.115.913.731-2
R/LEGAL	N.A
C.C. No.	1115913731 de Tauramena
VALOR DEL CONTRATO	$ 18.000.000
VALOR DEL ANTICIPO (XX%)	N.A
ADICIONAL EN VALOR N°(XXXX)	N.A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 18.000.000
PLAZO INICIAL	CUATRO (4) MESES
FECHA ACTA DE INICIACIÓN	28 DE AGOSTO DE 2024
ADICIONAL EN PLAZO N°(XXX)	N.A
MODIFICATORIO N°(XXXXXX)	N.A N.A
SUSPENSIÓN N°(XXXXXX)	N.A N.A
REINICIO N° (XXXX)	N.A
PLAZO FINAL	CUATRO (4) MESES
% AVANCE FINANCIERO	78%
% AVANCE FISICO	78%
No. VISITAS DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA	N.A
No. DE EMPLEOS DIRECTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	UNO (01)
No. DE EMPLEOS INDIRECTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	N.A
No.INFORMES DELCONTRATISTA	TRES (3)
No.INFORMES DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA	N.A
FECHA DE TERMINACIÓN:	27 DE DICIEMBRE DE 2024
INTERVENTORIA	N.A
SUPERVISIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL RESOLUCION: Mediante oficio del 27de agosto de 2024
APOYO A LA SUPERVISIÓN	CARMEN SOFIA AMAYA RINCÓN, mediante oficio del 27 septiembre de 2024
FECHA PRESENTE ACTA	06 DE DICIEMBRE DE 2024
PERIODO DE PAGO	01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024

En Tauramena, nos reunimos NADIA BRIYID MORA FRANCO en calidad de contratista y WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL, en calidad de la supervisiòn técnica, administrativo y financiero, CARMEN SOFIA AMAYA RINCÓN, en calidad de apoyo a la supervisión con el fin de suscribir la presente Acta Parcial No. 03 de ejecución contractual , atendiendo a las siguientes consideraciones:

1. Que las actividades ejecutadas se reciben de acuerdo al informe No.03 presentado el 6 de diciembre del 2024
2. Que la presente acta se publica en la plataforma SECOP II
3. Que la Supervisión realizó la verificación de los pagos de seguridad social del contratista, sobre la siguiente base de cotización $ 1.800.000 para el periodo correspondiente al mes de octubre y noviembre de 2024, correspondiente al 40% del ingreso mensual contratado conforme la normatividad vigente segun la siguiente informacion:

INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE COTIZACIÓN 40%	APORTES SALUD 12,5%		APORTES PENSIÓN 16%		RIESGOS LABORALES		PLANILLA No.	PERIODO	FECHA DE PAGO
		VALOR	EPS	VALOR	FONDO	VALOR	ARP			
$ 4.500.000	$ 1.800.000	$ 225.000	SANITAS	$ 288.000	PORVENIR	$ 43.848	POSITIVA	9476197316	OCTUBRE	21/11/2024
	Interés:	$ 2.000		$ 2.500		$ 400		TOTAL+ Interés:		$ 561.748
INGRESO MENSUAL	INGRESO BASE COTIZACIÓN 40%	APORTES SALUD 12,5%		APORTES PENSIÓN 16%		RIESGOS LABORALES		PLANILLA No.	PERIODO	FECHA DE PAGO
		VALOR	EPS	VALOR	FONDO	VALOR	ARP			
$ 4.500.000	$ 1.800.000	$ 225.000	SANITAS	$ 288.000	PORVENIR	$ 43.848	POSITIVA	9477639815	NOVIEMBRE	21/11/2024
	Interés:	$ 0		$ 0		$ 0		TOTAL+ Interés:		$ 556.848

3. BALANCE FINANCIERO

DESCRIPCION	VALOR CONTRATADO	ANTICIPO / ANTICIPADO	VALOR EJECUTADO O POR EJECUTAR	VALORES PAGADOS O APROBADOS PARA PAGO
Valor contratado	$ 18.000.000			
Valor Anticipo o Pago Anticipado (XXX %)				
Valor Adicional No. XXX				-
Valor Acta Parcial N° 01			$ 4.950.000	$ 4.950.000
Valor Acta Parcial N° 02			$ 4.500.000	$ 4.500.000
Valor Presente Acta			$ 4.500.000	$ 4.500.000
Saldo por ejecutar			$ 4.050.000	
Sumas iguales (Vr contratado y Ejecutado)	$ 18.000.000		$ 18.000.000	$ 13.950.000

Registro Presupuestal	Rubro	Recurso	Valor a pagar presente Acta
744	2.3.19.1903.0300.2024854 100013	1.3.3.1.00.01 R.B LIBRE DESTINACIÓN I.C.L.D	$ 4.500.000

VALOR A PAGAR: **$ 4.500.000**
CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

4. ANEXOS

1. Informe de actividades No. 03 del 1 al 30 de noviembre presentado el 06/12/2024
2. Panilla de pago de aportes del mes de octubre de 2024 Planilla Nro. 9476197316
3. Panilla de pago de aportes del mes de noviembre de 2024 Planilla Nro. 9477639815

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Por el Municipio

WILLIAM HERNÁN ABRIL VALCÁRCEL
Secretario de Desarrollo Social

CARMEN SOFIA AMAYA RINCÓN
Profesional de Apoyo a la supervisión

Por el Contratista,

NADIA BRIYID MORA FRANCO
C.C 1.115.913.731 de Tauramena

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1159137		MORA FRANCO NADIA BRIYID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17 N° 7 - 64	TAURAMENA-CASANARE	6247531	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1066545071	9477639815	I	2024/12/09	2024/11/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$556,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,900	$0	$0	$43,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,900	$0	$0	$43,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				1	$556,900	$0	$0	$556,900

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115913731		MORA FRANCO NADIA BRIYID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17 N° 7 - 64	TAURAMENA-CASANARE	6247531	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1066545071	9477639815	I	2024/12/09	2024/11/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$556,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Ciudad: TAURAMENA Depto: CASANARE (1 Afiliados)						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$43,900		$0	$0
1	CC	1115913731	MORA FRANCO NADIA BRIYID	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	$43,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$43,900		$0	$0

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e4fd3b159f8f967280a5a7b3730fcab55fc405dba3e12d80e833e63f10664cdec64d8639c8d66cd5c332c6616169aa95

Número de Factura: FEDS-20
Fecha de Emisión: 05/12/2024
Fecha de Vencimiento: 05/12/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido: Acta parcial N°03 cto 366
Fecha de orden de pedido: 05/12/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MORA FRANCO NADIA BRIYID
Nombre Comercial: MORA FRANCO NADIA BRIYID
Nit del Emisor: 1115913731
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-15;O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8699

País: Colombia
Departamento: Casanare
Municipio / Ciudad: Tauramena
Dirección: CR 16 8 B 111
Teléfono / Móvil: 3107993420
Correo: nadiamf23@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE TAURAMENA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 8000128737
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-15;O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Casanare
Municipio / Ciudad: Tauramena
Dirección: Calle 5 n 14-34 centro
Teléfono / Móvil: 3144420321
Correo: facturacionelectronica@tauramena-casanare.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	CONTRATO 366 28 DE AGOSTO 2024	Acta parcial N 03 CTO 366 del 27 agosto 2024	DAY	30,00	$ 150.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.500.000,00

Notas Finales

Acta parcial N° 03 del 1 al 30 de noviembre de 2024
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
05/12/2024 22:47:11
Documento validado por la DIAN:
05/12/2024 22:47:12
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	4500000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4500000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	4500000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 4500000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	4.500.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.500.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	4.500.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 4.500.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764077509298 Rango desde: 17 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-02-20