FORMATO DE EVALUACIÓN - PIC DE CONCURRENCIA 2024

DEPARTAMENTO:	HUILA						
NUMERO DE CONTRATO:	CONTRATO_No_1697	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**		**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	CONVIVENCIA_SOCIAL_Y_SALUD_MENTAL	jueves, 19 de diciembre de 2024			
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE				
		TIPO	TIPO_4				

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Encuentros de formación dirigidos a docentes de instituciones educativas de básica secundaria y media sobre detección temprana y activación de rutas para la atención a problemas y trastornos mentales en población escolarizada con énfasis en conducta suicida.	16	$ 500.000	$ 8.000.000	8	50%	$ 4.000.000	Se destaca la entrega de nueve grupos, con el objeto de compensar la cantidad de personas faltantes en cada una de las actas presentadas. Para un total de 188 participantes.
2	Encuentro de formación de primeros intervinientes comunitarios sobre prevención, detección temprana y orientación a población en riesgo psicosocial y/o problemas y trastornos mentales.	8	$ 1.000.000	$ 8.000.000	4	50%	$ 4.000.000	El municipio reporta la asistencia de 80 personas en las actividades, de acuerdo a las 4 actas presentadas
3	Servicio itinerante de atención en salud integral a población en riesgo o por consumo de sustancias psicoactivas y/o problemas y trastornos mentales, en la sede de los centros de escucha comunitarios o en zonas de población vulnerable por mayores riesgos psicosociales.	8	$ 1.250.000	$ 10.000.000	4	50%	$ 5.000.000	80 perosnas asistentes, de las cuales 20 aplicaron tamizajes, con sus resepctivas asitencias, informe, con su análisis.
4	Jornada de movilización social sobre salud mental positiva libre de estigma y discriminación en entorno comunitario de cada municipio con representación intersectorial	4	$ 1.500.000	$ 6.000.000	2	50%	$ 3.000.000	
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**50%**	**$ 16.000.000**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	**DEISY MARIA VILLALBA VERGARA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3185821727**
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	**HOLMAN ESQUIVEL SILVA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : HOLMAN ESQUIVEL SILVA**
OMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PI	**ANDRES FELIPE CORTES CASTRO**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3144400262**

PIC DE CONCURRENCIA								
DEPARTAMENTO:	**HUILA**							
NUMERO DE CONTRATO:	**CONTRATO_No_1697**	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**			**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	BUCAL- Vida Saludable y Condiciones No trasmisibles	**martes, 17 de diciembre de 2024**				
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE					
		TIPO	**TIPO_4**					

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADA	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDA	VALOR TOTAL DE LAS	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Desarrollar talleres educativos en hábitos que afectan la salud bucal, dirigido a la comunidad de zona urbana y rural, dirigido a todos los cursos de vida, sobre: tabaquismo, alcoholismo, uso de piercings, buenas prácticas de autocuidado y prevención de fluorosis dental, para promover adecuados hábitos de higiene oral, de acuerdo al anexo técnico. **URBANO**	4	$ 1.451.562	$ 5.806.248	4	100%	$ 5.806.248	El municipio presenta cumplimiento con las actividaders y cargue en el DRIVE
2	Desarrollar y fortalecer hábitos saludables de higiene oral en diversas poblaciones, desde niños hasta adultos, mediante la educación sobre las influencias negativas del tabaquismo, alcoholismo, uso de piercings, y la importancia de una adecuada higiene oral y prevención de fluorosis dental. **RURAL**	NO APLICA	NO APLICA	#¡VALOR!		#¡VALOR!	#¡VALOR!	
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 5.806.248**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE EVALUACIÓN SSDH:	**DIANA ALEXANDRA FACUNDO ORTEGA**	**FIRMA**	TELEFONO Y/O CELULAR	3143937043
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	**VIVIANA MILDRED GOMEZ REYES**	**FIRMA**	TELEFONO Y/O CELULAR	3015181546
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	**ESPERANZA GALINDO YUSTRE**	**FIRMA**	TELEFONO Y/O CELULAR	3178934401

FORMATO DE EVALUACIÓN - PIC DE CONCURRENCIA 2024

DEPARTAMENTO:	HUILA					
NUMERO DE CONTRATO:	CONTRATO_No_1697	SUPERVISOR	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	FECHA DE EVALUACIÓN	INFORME:	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	PROGRAMA	INFANCIA	viernes, 20 de diciembre de 2024		
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	MUNICIPIO	CAMPOALEGRE			
		TIPO	TIPO_4			

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
2	Apoyar la canalización efectiva en un 10% de la meta programática establecida para cada biológico trazador (3 DPT menor de un año, dosis única de tv y refuerzo de DPT) para cada municipio y fortalecer la vacunación en general de iniciar y completar esquemas de vacunación de los otros biológicos del esquema regular (VPH, SR, TV, COVID, Influenza y fiebre amarilla)	4	$ 3.317.858	$ 13.271.432	4	100%	$ 13.271.432	PRESENTA ACTA DE CONCERTACION CON DLS, IPS FECHA 02/12/2024, ACTA DE PARTICPACION EN LA JORNADA DE VACUNACIÓN, FECHA 28 Y 14 DE DICIEMBRE, TALLERS COMUNITARIOS 11/12/2027 Y 13/12/2024 HOGAR COMUNITARIO, ACTA CANALIZACION CUMPLIENDO CON EL 10%, REGISTROS DIARIOS DE VACUNACION, LA INFORMACION ESTA CARGADA EN EL DRIVE AL MOMENTO DE LA REVISION https://drive.google.com/drive/folders/1LCaNCGLKUFb9WsQ_RLpD4PjOmo=7
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						100%	$ 13.271.432	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	NORYA CRISTINA HOYOS DIAZ	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3118638393
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH:	DIANA MARCELA OVIEDO CASTILLO	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3203227633
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	MARIA VICTORIA ARIAS SILVA	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3192927430

FORMATO DE EVALUACIÓN - PIC DE CONCURRENCIA 2024

DEPARTAMENTO:	HUILA					
NUMERO DE CONTRATO:	CONTRATO No. 1697	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	INFANCIA	miércoles, 18 de diciembre de 2024		
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE			
		TIPO	TIPO_4			

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Fortalecer las unidades de rehidratación oral comunitarias (UROC) y las unidades de atención para las infecciones respiratorias agudas comunitarias (UAIRAC) que se encuentran operando en el departamento del Huila.	3	$ 3.317.857	$ 9.953.571	3	100%	$ 9.953.571	El equipo del Plan de Intervenciones Colectivas de concurrencia del municipio de Campoalegre, realizó las actividades relacionadas con el seguimiento a las Unidades de Rehidratación Oral UROC y las Unidades de Atencion de Infecciones respiratorias agudas (UAIRAC) del municipio. En Total se encontraron 2 unidades activas (Tinajitas y Piravante baja). Realiza seguimiento a estas unidades, aplica inventario, realiza reunión con la DLS y la ESE para el seguimiento. Realizan taller en las 2 unidades identificadas relacionados con taller las capacidades y habilidades de las o los líderes que participan de la estrategia, como principales aliados estratégicos y enlaces entre las instituciones de salud y la comunidad. Anexan registro fotografico. Se avala actividad.
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 9.953.571**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH	NORMA CRISTINA HINCAPIÉ DIAZ	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3118838393
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN -SSDH	JIMENA GARCIA HERNANDEZ	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3204999132
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	VICTORIA ARIAS SILVA	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3192927430

FORMATO DE EVALUACIÓN - PIC DE CONCURRENCIA 2024

DEPARTAMENTO:	HUILA						
NUMERO DE CONTRATO:	CONTRATO_No_1697	SUPERVISOR	GILDARDO_BERMEO_YOSA	FECHA DE EVALUACIÓN		INFORME:	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	PROGRAMA	Sexualidad_derechos_sexuales_reproductivos	martes, 17 de diciembre de 2024			
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	MUNICIPIO	CAMPOALEGRE				
		TIPO	TIPO_4				

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Identificar y fortalecer las redes comunitarias y sociales existentes por municipio, que permitan coordinar, compartir o intercambiar conocimientos en temas relacionados con la atención para el cuidado preconcepcional, planificación familiar, atención del aborto seguro (IVE) y temas relacionados con las prácticas sociales y de salud relacionados con la maternidad y paternidad, el reconocimiento de la maternidad, el parto y el posparto como situaciones de especial protección, así mismo en temas relacionados con la violencia sexual y sus diferentes formas.	4	$ 3.317.857	$ 13.271.429	4	100%	$ 13.271.429	Se evidencia de acuerdo a los soportes el cumplimiento de las actividades de acuerdo a las especificaciones del anexo tecnico
2	Realizar 3 actividades de información, educación y capacitación - IEC en Infecciones de transmisión sexual – ITS en el entorno comunitario dirigido a la población general de la zona rural y urbana con un mínimo de 20 personas asistentes.	3	$ 3.317.857	$ 9.953.571	3	100%	$ 9.953.571	El equipo presenta soportes con las evidencias del cumplimiento de las actividades de acuerdo a lo estipulado en el contrato PIC Concurrencia
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 23.225.000**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACION SSDH	NORVA CRISTINA HINCAPIE DIAZ	FIRMA	N. Cristina Hincapié	TELEFONO Y/O CELULAR : 3138638393
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACION SSDH	KAREN JULIANA VIVAS HORTA	FIRMA		TELEFONO Y/O CELULAR : 3232243629
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	ESPERANZA GALINDO	FIRMA	Esperanza G	TELEFONO Y/O CELULAR :

PIC DE CONCURRENCIA

DEPARTAMENTO:	HUILA					
NUMERO DE CONTRATO:	CONTRATO_No_1697	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	Seguridad alimentaria y nutricional	**sábado, 21 de diciembre de 2024**		
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE			
		TIPO	TIPO_4			

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Realizar un evento denominado "lactatón" en articulación con la dirección local de salud/secretaría de salud, programas de ICBF y demás instituciones que atienden personas lactantes, con el objetivo de promover la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria a partir del sexto mes de vida.	1	$ 2.100.000	$ 2.100.000	1	100%	$ 2.100.000	Presentan plan de capacitación, acta de articulación y acta de realizacion de la lactatón realizada los días 6,7,8,112,13 y 14 de diciembre en el parque principal del municipio de Campoalegre, articulado con secretaral de salud municipal y ESE municipal con participación de 80 personas (Meta 80).
2	Stand informativo sobre etiquetado frontal de advertencia de los productos ultra procesados en las sedes educativas de la estrategia tienda escolar saludable. URBANO	5	$ 1.000.000	$ 5.000.000	5	100%	$ 5.000.000	El municipio de Campoalegre presenta 5 acta de la actividad del stand de ultraprocesados en el area URBANO estas fechas **1.** 9/12/2024 asisten 3 adulto (docentes) - **2**. 8/12/2024 asisten 10 estudiantes.**3**- 7/12/2024 asisten 10 estudiantes- **4**- 10/12/2024 asisten 10 estudiantes **5**- 8/12/2024 con certificados de 22 niños
3	Stand informativo sobre etiquetado frontal de advertencia de los productos ultra procesados en las sedes educativas de la estrategia tienda escolar saludable.RURAL	5	$ 1.000.000	$ 5.000.000	5	100%	$ 5.000.000	El municipio de Campoalegre presenta 5 acta de la actividad del stand de ultraprocesados en estas fechas :**1**. 13/12/2024 asisten 22 NIÑOS en vereda Otas - **2**. 13/12/2024 asisten 22 niños en Bajo Bejucal,**3**- 13/12/2024 asisten 22 nuños en Tinajitas- **4**- 12/12/2024 asisten 10 niñosen Rural Piravante- **5**.12/12/2024 en piravante con 3 Docentes Deportivos

4	Realizar seguimientos con visita extramural a los casos con desnutrición aguda moderada y severa y riesgo de desnutrición, notificados en Sivigila y Sisvan presentes en cada municipio del mes anterior al inicio de este contrato. Se debe tener en cuenta bases de datos del CRIHU (para los municipios que aplique base de datos CRIHU).	5	$ 1.265.000	$ 6.325.000	5	100%	$ 6.325.000	Presentan los seguimientos de menores con desnutrición de los 10 notificados a sivigila en el evento 113 ultimos cinco periodos epidemiologicos. Tienen seguimientos de menores con riesgo de desnutrición de los 36 menores en base sisvan del mes de octubre. Cuentan con listado de asistencia y evidencia fotografica. Cuentan con acta donde consolidan hallazgos de los seguimeintos realizados con observaciones y evidencias fotograficas de los 9 menores a los cuales no se les logro realizar seguimeinto debido a no localizarlos o no encontrarlos en las direcciones relacionadas en las bases de datos
5	Fortalecer la vigilancia basada en comunidad a través de la ejecución un taller teórico- práctico a la red comunitaria (líderes comunitarios, madres comunitarias, agentes educativos) extramural de cada municipio en la identificación de signos y síntomas de la desnutrición aguda modera y severa y capacitar en el reporte oportuno de la ficha individual y/o colectiva para activar el sistema de alerta temprana.	1	$ 2.400.000	$ 2.400.000	1	100%	$ 2.400.000	se evidencia la realizacion del taller teorico-practico de VBC con los requerimientos, insumos y entregagles solicitados, se realizo el taller el 14/12/2024 en la zona rural Via el Pablo con red extramural RURAL asistieron 27 personas
6	Fortalecer la vigilancia basada en comunidad a través de la ejecución un taller teórico- práctico a la red comunitaria IAMII extramural de cada municipio en la identificación de signos y síntomas de la desnutrición aguda modera y severa; capacitar en el reporte oportuno de la ficha individual y/o colectiva para activar el sistema de alerta temprana.	1	$ 2.400.000	$ 2.400.000	1	100%	$ 2.400.000	se evidencia la realizacion del taller teorico-practico de VBC con los requerimientos, insumos y entregagles solicitados EL 14/12/2024 EN EL Barrio Panama caseta comunal red extramural URBANO con asistencia de 27 personas para un total de 54 personas asistentes
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						100%	$ 23.225.000	
NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:		DEYSI MARIA VILLALBA VERGARA		FIRMA				TELEFONO Y/O CELULAR : 318 5821727
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH		CHYSTIAM JOSE FERNANDEZ ANGIE VANESSA VANEGAS VANEGAS		FIRMA				TELEFONO Y/O CELULAR : 316 4679691 - 3003768191
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC		MARIA VICTORIA ARIAS SILVA		FIRMA				TELEFONO Y/O CELULAR : 3192927430

PIC DE CONCURRENCIA								
DEPARTAMENTO:	HUILA							
NUMERO DE CONTRATO:	CONTRATO_No_1697	SUPERVISOR	GILDARDO_BERMEO_YOSA	FECHA DE EVALUACIÓN			INFORME:	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	PROGRAMA	CANCER- Vida Saludable y Condiciones No trasmisibles	jueves, 19 de diciembre de 2024				
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	MUNICIPIO	CAMPOALEGRE					
		TIPO	TIPO_4					

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	URBANO - Realizar Jornadas de demanda inducida al prestador primario de Salud, (área urbana y rural) de los entornos comunitario y hogar, por cada una de las pruebas de detección temprana del componente de cáncer, y teniendo en cuenta los grupos etarios y el esquema que aplica para las mismas, relacionadas a continuación: - Citología cérvico uterina (CCU), mujeres entre 25 y 30 años. - Prueba de ADN VPH, mujeres entre 30 y 65 años. - Mamografía bilateral, mujeres entre 50 y 69 años. - Examen Clínico de la mama (ECM), mujeres a partir de los 40 hasta los 69 años. - Sangre oculta en heces por inmunoquímica (SOH), mujeres y hombres entre 50 y 75 años. - Antígeno prostático (PSA), hombres entre 50 y 75 años.	5	$ 580.625	$ 2.903.125	5	100%	$ 2.903.125	Se evidencia la canalización de usuari@s para las pruebas de detección temprana, de los cánceres priorizados por la Resolución 3280/2018, distribuidas de la siguiente manera, en el area urbana: 37mamografías, 56 ECM, 41CCU, 62Pruebas de ADN VPH, 45SOH y 86PSA, sin embargo y porque en otras canalizaciones sobrepasan la meta, y al llamar a confirmar la información, los teléfonos corresponden a los usuarios y se evidencia que están enterados del motivo de canalización, entonces, se valida la totalidad de las jornadas.
2	RURAL- Realizar Jornadas de demanda inducida al prestador primario de Salud, (área urbana y rural) de los entornos comunitario y hogar, por cada una de las pruebas de detección temprana del componente de cáncer, y teniendo en cuenta los grupos etarios y el esquema que aplica para las mismas, relacionadas a continuación: - Citología cérvico uterina (CCU), mujeres entre 25 y 30 años. - Prueba de ADN VPH, mujeres entre 30 y 65 años. - Mamografía bilateral, mujeres entre 50 y 69 años. - Examen Clínico de la mama (ECM), mujeres a partir de los 40 hasta los 69 años. - Sangre oculta en heces por inmunoquímica (SOH), mujeres y hombres entre 50 y 75 años. - Antígeno prostático (PSA), hombres entre 50 y 75 años.	5	$ 580.625	$ 2.903.125	5	100%	$ 2.903.125	Se evidencia la canalización de usuari@s para las pruebas de detección temprana, de los cánceres priorizados por la Resolución 3280/2018, distribuidas de la siguiente manera, en el área rural: 19mamografías, 18ECM, 18CCU, 17Pruebas de ADN VPH, 19SOH y 38PSA, sin embargo y porque en otras canalizaciones sobrepasan la meta, y al llamar a confirmar la información, los teléfonos corresponden a los usuarios y se evidencia que están enterados del motivo de canalización, entonces, se valida la totalidad de las jornadas.
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						100%	$ 5.806.250	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	DIANA ALEXANDRA FACUNDO ORTEGA	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR: 314 3937043
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	IVONNE TATIANA CORAL CUELLAR	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR: 3185580145
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	MARIA VICTORIA ARIAS SILVA	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR: 3192927430

FORMATO DE EVALUACIÓN - PIC DE CONCURRENCIA 2024

DEPARTAMENTO:	**HUILA**						
NUMERO DE CONTRATO:	**CONTRATO_No_1697**	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**		**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	SALUD_AMBIENTAL	**martes, 17 de diciembre de 2024**			
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE				
		TIPO	**TIPO_4**				

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Realizar una jornada participativa para realizar el abordaje y seguimiento de las problemáticas identificadas y priorizadas en el marco de la estrategia CERSS."	1	$ 3.000.000	$ 3.000.000	1	100%	$ 3.000.000	El municipio de CAMPOALEGRE realizo la intervencion de la fuente hidrica LA QUEBRADA DEL DIVINO NIÑO Y EN RIO FRIO , el dia 13 de Diciembre de 2024,con el acompañamiento de Direccion local de salud, bomberos, jovenes semillas como arroz, pic municipal, pic departamental, comunidad en general , se inicia con la toma de la tension e indice de masa corporal con acompañamiento de la ESE, se da charla a los participantes en los habitos saludables con la realizacion de la elaboración del stand para la capacitación en consumo de alimentos ultra procesados y limpeza de la fuente hidrica.se realiza reforestacion con la siembra de 60 arboles, se observa durante la jornada contaminación de la fuente hidrica con plásticos , desechables y basura en general al adjuntar el material a desechar se recogeron 25 kilos . Entregan acta con lista de asistencia y video de la jornada.
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 3.000.000**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE	FIRMA	**TELEFONO Y/O CELULAR : 3143339658**
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	HERNAN CHAVARRO BARRETO, NATALIA OCAMPO BAQUERO	FIRMA	**TELEFONO Y/O CELULAR : 3124324564**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	ESPERANZA GALINDO YUSTRE	FIRMA	**TELEFONO Y/O CELULAR : 3178934401**

14

PIC DE CONCURRENCIA

DEPARTAMENTO:	HUILA					
NUMERO DE CONTRATO:	CONTRATO_No_1697	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	PARTICIPACION_SOCIAL	jueves, 19 de diciembre de 2024		
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE			
		TIPO	TIPO_4			

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
								Se presenta acta con fecha de 08 de Diciembre de 2024 donde se evidencia la conformación y caracterización de los partcipantes de la comunidad, donde se gestiona la conformación de la red de apoyo en vigilancia basada en comunidad, quienes son 04 VIGIAS y 04 GESTORES COMUNITARIOS y el desarrollo del taller número 1 donde se socializan los objetivos, alcance y las metas de la vigilancia basada en comunidad, impulsando la participación de la comunidad para la vigilancia epidemiologica, se anexa registro fotografico y listado de asistencia de la busqueda en articulación en la con la secretaria de salud. Asi mismo se presenta oficio con fecha 08 de dic del 2024, acta con fecha de 14 de Dic-2024, se evidencia el desarrollo de la actividad taller número 2, donde se realiza el taller de identificación de las situaciones de interés en salud pública que deben reconocer señales ya alertas para el reporte individual y colectivo, se anexan registros fotograficos y listado de asistencia y fichas de reporte individual y colectivo, se presenta el mapeo de los actores y el cargue en el formulario.
1	Gestionar la conformación de redes de apoyo en vigilancia basada en comunidad para la identificación, análisis y movilización social ante situaciones de interés en salud pública en los municipios.	1	$ 3.000.000	$ 3.000.000	1	100%	$ 3.000.000	
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 3.000.000**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	YINA MARCELA ORTEGA PEÑA	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3115132212
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	YEISON LEONARDO MORA COMBE	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3124491281
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	VICTORIA ARIAS SILVA	FIRMA	TELEFONO Y/O CELULAR : 3192927430

PIC DE CONCURRENCIA

DEPARTAMENTO:	**HUILA**					
NUMERO DE CONTRATO:	**CONTRATO_No_1697**	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	CARDIOVASCULAR - Vida Saludable y Condiciones No trasmisibles	**martes, 17 de diciembre de 2024**		
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE			
		TIPO	TIPO_4			

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Realizar taller educativo a familias y miembros de la comunidad sobre cómo identificar y estratificar los riesgos asociados a enfermedades cardiovasculares - metabólicas. - **URBANO**	1	$ 967.708	$ 967.708	1	100%	$ 967.708	Se evidencia cumplimiento al 100% de la actividad, donde desarrollaron el taller solicitado, en el barrio acropolis con una parcipacion de 20 personas.
2	Realizar taller educativo a familias y miembros de la comunidad sobre cómo identificar y estratificar los riesgos asociados a enfermedades cardiovasculares - metabólicas. - **RURAL**	1	$ 967.708	$ 967.708	1	100%	$ 967.708	Se evidencia cumplimiento al 100% de la actividad, donde desarrollaron el taller solicitado, en la vereda el visto con una parcipacion de 20 personas.
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 1.935.416**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	**DIANA ALEXANDRA FACUNADO ORTEGA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3143937043**
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	**EDNA MARGARITA RAMIREZ MOSQUERA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR :3125833421**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	**ESPERANZA GALINDO YUSTES**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3178934401**

FORMATO DE EVALUACIÓN - PIC DE CONCURRENCIA 2024

DEPARTAMENTO:	HUILA					
NUMERO DE CONTRATO:	**CONTRATO_No_1697**	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	EPOC - Vida Saludable y Condiciones No trasmisibles	**martes, 17 de diciembre de 2024**		
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE			
		TIPO	TIPO_4			

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Realizar taller educativo a familias y miembros de la comunidad sobre cómo identificar y estratificar los riesgos asociados a enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma). - **URBANO**	1	$ 967.708	$ 967.708	1	100%	$ 967.708	Se evidencia cumplimiento al 100% de la actividad, donde desarrollaron el taller solicitado, en el barrio panama con una parcipacion de 20 personas.
1	Realizar taller educativo a familias y miembros de la comunidad sobre cómo identificar y estratificar los riesgos asociados a enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma). -**RURAL**	1	$ 967.708	$ 967.708	1	100%	$ 967.708	Se evidencia cumplimiento al 100% de la actividad, donde desarrollaron el taller solicitado, en la vereda la candelario con una parcipacion de 20 personas.
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 1.935.416**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	**DIANA ALEXANDRA FACUNDO ORTEGA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3143937043**
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	**EDNA MARGARITA RAMIREZ MOSQUERA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3125833421**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	**ESPERANZA GALINDO YUSTES**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3178934401**

PIC DE CONCURRENCIA

DEPARTAMENTO:	HUILA					
NUMERO DE CONTRATO:	**CONTRATO_No_1697**	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**	**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	ENFERMEDADES HUERFANAS- Vida Saludable y Condiciones	**martes, 17 de diciembre de 2024**		
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE			
		TIPO	TIPO_4			

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Realizar taller educativo a familias y miembros de la comunidad sobre cómo identificar y estratificar los riesgos asociados a enfermedades huérfanas/raras, para intervenir de manera efectiva en la atención de salud -**URBANO**	1	$ 967.708	$ 967.708	1	100%	$ 967.708	Se evidencia cumplimiento al 100% de la actividad, donde desarrollaron el taller solicitado, en el barrio centro con una parcipoacion de 20 personas.
2	Realizar taller educativo a familias y miembros de la comunidad sobre cómo identificar y estratificar los riesgos asociados a enfermedades huérfanas/raras, para intervenir de manera efectiva en la atención de salud. **RURAL**	1	$ 967.708	$ 967.708	1	100%	$ 967.708	Se evidencia cumplimiento al 100% de la actividad, donde desarrollaron el taller solicitado, en el la vereda venecia c con una parcipoacion de 20 personas.
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 1.935.416**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	**DIANA ALEXANDRA FACUNDO ORTEGA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3143937043**
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	**EDNA MARGARITA RAMIREZ MOSQUERA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3125833421**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPC PIC	**ESPERANZA GALINDO YUSTES**	**FIRMA**	Esperanza G.	**TELEFONO Y/O CELULAR : 3178934401**

FORMATO DE EVALUACIÓN - PIC DE CONCURRENCIA 2024

DEPARTAMENTO:	**HUILA**						
NUMERO DE CONTRATO:	**CONTRATO_No_1697**	**SUPERVISOR**	GILDARDO_BERMEO_YOSSA	**FECHA DE EVALUACIÓN**		**INFORME:**	COBRO POR ACTIVIDAD
NOMBRE DE LA ESE	EMPRESA_SOCIAL_DEL_ESTADO_HOSPITAL_DEL_ROSARIO_DE_CAMPOALEGRE	**PROGRAMA**	MODOS- Vida Saludable y Condiciones No trasmisibles	**martes, 17 de diciembre de 2024**			
REPRESENTANTE LEGAL DEL OPERADOR:	JOSE_ALEXANDER_MORENO_CORDOBA	**MUNICIPIO**	CAMPOALEGRE				
		TIPO	TIPO_4				

El funcionario y/o funcionarios responsables por parte del departamento respectivo, deberan solicitar y verificar la información que les permita identificar con claridad:

Numeral	Medios de verificación	TIPO_4_NUMERO_DE_ACTIVIDADES_PROGRAMADAS	TIPO_4_VALOR_UNITARIO_DE_LA_ACTIVIDAD	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	Observación
1	Capacitar a la comunidad en alimentación saludable mediante la utilización de alimentos autóctonos de la región y reducir el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas. **RURAL**	2	$ 1.451.563	$ 2.903.125	2	100%	$ 2.903.125	El Municipio realizo 2 talleres en la zona rural, el día 09 de diciembre con 20 participantes en la vereda LA COLINA y un segundo taller EN VEREDA LA VEGA el día 12 de DICIEMBRE con 20 participantes, los talleres estuvieron encaminados a capacitar a la población sobre alimentación saludable y alimentos autóctonos de la región. Se evidencia registro fotográfico y listado de asistencia- el municipio cumplió con actividad 100%
2	Capacitar a la comunidad en alimentación saludable mediante la utilización de alimentos autóctonos de la región y reducir el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas. **URBANO**	2	$ 1.451.563	$ 2.903.125	2	100%	$ 2.903.125	El Municipio realizo 2 talleres en la zona urbana, 1 en EL BARRIO PANAMÁ, el día 05de DICIEMBRE con 20 participantes y un segundo taller en el HOGAR COMUNITAARIO MADRES DEL FUTIRO el día 02 de DICIEMBRE con 20 participantes, los talleres estuvieron encaminados a capacitar a la población sobre alimentación saludable y alimentos autóctonos de la región. Se evidencia registro fotogrrafico y de firmas- cumplió la actividad 100%
TOTAL A PAGAR POR PROGRAMA O SUBPROGRAMA						**100%**	**$ 5.806.250**	

NOMBRE REFERENTE DEL PROGRAMA RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN SSDH:	**DIANA ALEXANDRA FACUNDO**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3143937043**
NOMBRE PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZÓ EVALUACIÓN-SSDH	**ALVARO ALARCON AVILA**	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3107864832**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD Y/O COORDINADOR DEL EQUIPO PIC	ESPERANZA GALINDO	**FIRMA**		**TELEFONO Y/O CELULAR : 3178934401**