



201

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024


Nombre del Contratista: KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS Cedula: 1.140.887.695 DE BARRANQUILLA	Contrato N°: 214 FECHA DEL CONTRATO: 15/08/2024 Valor: \$33.333.333
Certificado de disponibilidad presupuestal No. 361	Certificado de registro presupuestal No.: 363
Forma de Pago. Valor del contrato en cinco (5) pagos parciales	Fecha Acta de inicio: 15/08/2024
Pago No. 03 Porcentaje ejecutado: 72% Mes de actividades: Octubre/ Noviembre pendiente de pago: 9.333.333	Planilla de seguridad social: Octubre: 1067050981 Noviembre: 1067746425 Valor pagado OCTUBRE: \$ 990.000 Valor pagado NOVIEMBRE: \$ 990.000
Objeto del Contrato: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E.	



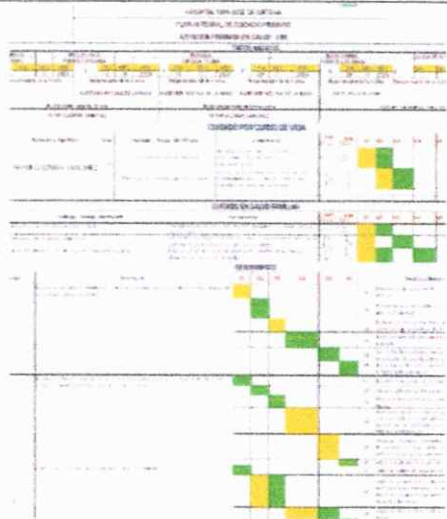
En virtud del objeto del contrato se desarrollaron las siguientes actividades; durante el periodo del 15 de octubre al 14 de noviembre de 2024.

ITEM DE ACTIVIDAD	OBLIGACIÓN ESPECIFICAS	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRAFICA
1.	Realizar reuniones con líderes, presidentes de junta para dar apertura a los territorios, seguimiento y cierre de la estrategia en todos los territorios y Micro territorios asignados	Participo en la apertura del programa A.P.S en distintas veredas como: PUEBLO NUEVO VERGEL Y PORVENIR en las cuales nos reunimos con los lideres sociales y presidentes de junta de cada una de ellas con el fin de informarles sobre el funcionamiento del programa y su objetivo. Aperturas en las cuales logramos buena acogida por parte de cada una de las comunidades, evidenciándose gran interés y apoyo al programa.	


Elaboro: Angela Milena Ramirez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
---	--	---

202

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

2.	<p>Desarrollo de capacidades al Talento Humano en Salud – THS mínimo 2 veces al mes, conforme a las necesidades evidenciadas</p>	<p>Desarrolle reuniones con el personal a mi cargo en donde explique temas a tratar en el proceso de caracterización debido a ciertas falencias encontradas, esto con el fin de fortalecer dicho proceso de diligenciamiento de los formatos que se manejan en el programa.</p>	
3.	<p>Coordinación y monitoreo del Equipo Básico en Salud asignado</p>	<p>Realice constantemente diferentes reuniones con el equipo de trabajo EBS, con el fin de organizar y reiterar cada una de las funciones según el perfil de los miembros de este, esto con el fin de lograr un mayor fortalecimiento del equipo y de esta forma se logren los resultados esperados.</p>	
4.	<p>Realizar el 100% de los Planes Integrales de Cuidado Primario - PICIP dirigido a la persona, familia y comunidad de los territorios asignados en lo concerniente a la profesión de enfermería, guardando relación con las metas concertadas con el coordinador del programa.</p>	<p>Realice y organice las distintas atenciones a la población de las zonas visitadas, teniendo en cuenta el cronograma de actividades inicial con el fin de dar cumplimiento a las metas trazadas en el tiempo estipulado.</p>	

Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
--	---	--



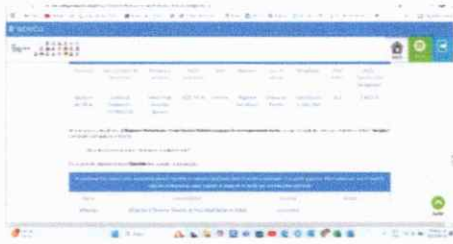

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

5.	<p>Coordinar con los integrantes de los EBS el diligenciamiento, evaluación y seguimiento de los PICP.</p>	<p>Oriente al personal a mi cargo sobre el debido proceso para el diligenciamiento, evaluación y seguimiento de los distintos formatos implementados en la estrategia A.P.S.</p>	
6.	<p>Realizar acciones domiciliarias casa a casa de valoración integral y seguimiento por curso de vida según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal en el individuo, familia y comunidad en lo concerniente a la profesión de toda la población caracterizada en territorio y el PICP.</p>	<p>Brinde atenciones en salud a los distintos pacientes encontrados en las diferentes viviendas del territorio, estas, de acuerdo con el curso de vida, realizando trazabilidad, canalización y/o la remisión correspondiente, con el fin de brindar una atención integral a la población visitada.</p>	
7.	<p>Verificación y cruce de información con el sistema hospitalario de todos los pacientes para verificar el cumplimiento de las atenciones acorde a la norma vigente</p>	<p>Implemente diferentes estrategias para el cruce de información en el sistema hospitalario con el fin de verificar cada uno de los pacientes de la zona asignada, garantizando así el cumplimiento de las distintas atenciones teniendo en cuenta la norma vigente.</p>	
8.	<p>Realizar seguimiento al 100% de los eventos de interés en salud pública en el territorio</p>	<p>Lidere los diferentes eventos y brigadas desarrolladas en las zonas correspondientes, articulando dicho proceso con los profesionales de distintas áreas y las distintas entidades en salud.</p>	

<p>Elaboro: Angela Milena Ramirez Preciado Administradora</p>	<p>Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad</p>	<p>Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente</p>
---	--	---

204

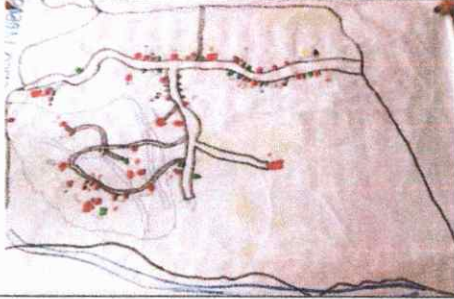



	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

9.	<p>Diligenciamiento de todos los documentos necesarios establecidos para visibilizar el impacto de las atenciones en territorio realizados definidos por el coordinador del programa de APS</p>	<p>Diligencie, y supervise correctamente los distintos formatos establecidos en la estrategia, garantizando así el debido registro de la información en las atenciones brindadas a la comunidad.</p>	
10.	<p>Realizar acciones de Información, educación y comunicación en salud conforme a las necesidades en salud establecidas y a las programadas por cada uno de los EBS de manera individual, familiar y comunitaria, guardando relación con las metas concertadas con el coordinador del programa.</p>	<p>Se han realizado distintas actividades educativas en las diferentes zonas visitadas, teniendo en cuenta las necesidades y afectaciones que se evidencian en cada una de ellas.</p>	
11.	<p>Coordinar la gestión con los servicios sociales ubicados en el territorio, la asistencia social de las personas, familias o comunidades, que por su situación lo requieran según el perfil designado en el EBS.</p>	<p>Gestione junto con la profesional en trabajadora social la afiliación a servicios de salud a las personas que no se encontraron durante la caracterización sin el servicio de salud activo</p>	
12.	<p>Conformación y fortalecimiento de mínimo dos redes comunitarias establecidas en los territorios asignados, según la meta establecida por el EBS y coordinador del programa.</p>	<p>Gestione reuniones con el fin de crear y conformar redes comunitarias en el territorio, las cuáles se encuentran en proceso de socialización y formalización.</p>	

<p>Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora</p>	<p>Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad</p>	<p>Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente</p>
---	--	---


205


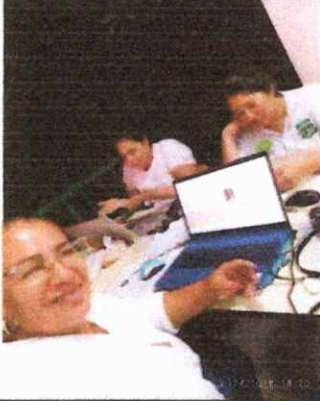

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

13.	Diligenciamiento de la cartografía social en salud, de acuerdo con su perfil profesional.	Direccione junto con el líder comunitario y los líderes sociales de las zonas visitadas, los distintos mapeos y cartografías con el fin de organizar y representar gráficamente las zonas asignadas para el inicio del proceso de caracterización.	
14.	Garantiza el cumplimiento de las atenciones en salud a más del 80% de la población que demanda o requiere atención integral conforme a las Rutas Integrales de Atención en Salud Materno Perinatal y de Promoción y Mantenimiento de la Salud	Durante el proceso de caracterización me he asegurado de garantizar el cumplimiento de las atenciones de la población a cargo, teniendo en cuenta las distintas rutas de atención en salud, de acuerdo al curso de vida de cada paciente atendido.	
15.	Acompañamiento en territorio al 100% de los procesos de caracterización y seguimiento realizados por los EBS y en el marco de la meta establecida con el coordinador del programa.	He realizado acompañamiento al 100% a los integrantes del EBS, en las diferentes veredas de la zona correspondiente, con el fin de vigilar dichos procesos y dar cumplimiento a las metas estipuladas.	
16.	Activar los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad en la atención por Microteritorio asignado.	Supervisé y activé los procesos de referencia y contra referencia, garantizando así la calidad, accesibilidad, continuidad e integralidad de los servicios en salud hacia la población atendida.	

Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
--	---	--


206

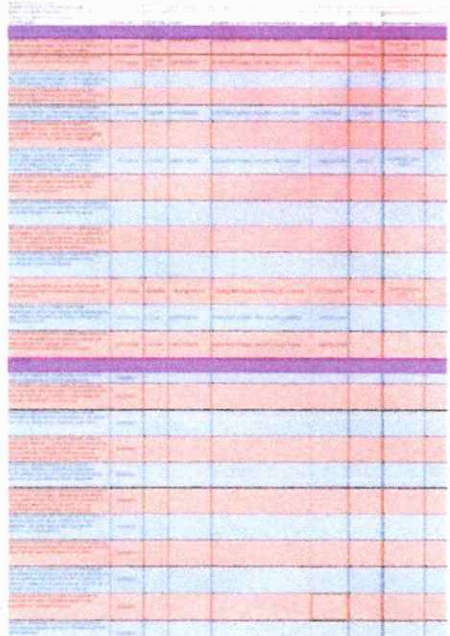

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

17.	<p>Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud por Microteritorio asignado.</p>	<p>Realice traslado de paciente que se encontraba en institución educativa el vergel con síndrome febril no especificado</p>	
18.	<p>Realizar reuniones al interior del equipo para seguimiento, capacitación, cuidado al cuidador, asesoría y supervisión al trabajo colaborativo, así como el análisis de casos y definición de la conducta de manejo, por Microteritorio asignado.</p>	<p>En diferentes oportunidades he organizado reuniones con el fin de capacitar, retroalimentar y fortalecer los diferentes temas a desarrollar en las actividades con las comunidades de las distintas zonas asignadas. Esto con el fin de despejar dudas y reforzar los conocimientos en cada uno de los perfiles del equipo de trabajo.</p>	
19.	<p>Registrar las historias clínicas y planes de cuidados realizados a cada uno de los pacientes atendidos en el sistema SIHOS</p>	<p>Ingrese al SIHOS las diferentes atenciones brindadas a las personas intervenidas en las zonas visitadas, así mismo las de las atenciones realizadas en los turnos del hospital según cronograma mensual.</p>	

Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
---	--	---

207

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

<p>20.</p>	<p>Entrega de los soportes de ejecución de las actividades según cronograma semanal, así: Soportes en físico de los formatos de recolección de la información, los cuales deberán cumplir con el correcto diligenciamiento en todas sus variables sin tachones y enmendaduras, debidamente foliados y archivados según ley de archivo. Así mismo una copia con los soportes en CD, de las evidencias fotográficas por cada una de las actividades y los formatos de recolección de información, por Microteritorio asignado.</p>	<p>Entregué los diferentes soportes y formatos en forma física y digital, los cuales fueron diligenciados debidamente con la información registrada en el proceso de caracterización realizado en las diferentes zonas asignadas. Lo anterior cumpliendo con la ley de archivo, evidencias fotográficas, formatos establecidos, recomendaciones y sugerencias brindadas por el coordinador del programa.</p>	
<p>21.</p>	<p>Realizar informes mensuales según los lineamientos técnicos definidos por el coordinador en el marco del programa de APS</p>	<p>Realicé y entregué los distintos informes, los cuales fueron solicitados por el coordinador, dentro del marco del tiempo establecido.</p>	

<p>Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora</p>	<p>Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad</p>	<p>Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente</p>
---	--	---

208

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

22.	<p>Apoyar las actividades de la ESA necesaria para la implementación de la Atención Primaria en Salud conforme a los procesos de canalización y Resolutividad de las acciones a salud a desarrollar en la institución o extramuralmente</p>	<p>Según el cronograma mensual organizado por el coordinador, brinde apoyo en distintas oportunidades atendiendo a la población de zona rural y urbana que ingresó al Hospital San José de Ortega, brindando así activaciones de ruta y remisiones correspondientes.</p>	
23	<p>Mantener el inventario de bienes, equipos y elementos a su cargo, haciéndose responsable del estado, aseo y buen funcionamiento de estos.</p>	<p>He sido responsable de las distintas herramientas de trabajo a mi cargo, así mismo he concienciado a mi equipo de trabajo sobre el buen uso y mantenimiento de estos.</p>	

CORDIALMENTE,



KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

1.140.887.695 DE BARRANQUILLA

Elabora: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
--	---	--



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3

209

FECHA:08/11/2024

ACTA

ACTIVIDAD PROGRAMADA

#5

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Desarrollo de entornos educativos que promuevan estilos de vida saludable y protejan la salud.

2. OBJETIVO GENERAL:

- Promover estilos de vida saludable orientados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a los estudiantes de la institución educativa el vergel

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar a los estudiantes de la institución educativa en los diferentes hábitos de vida saludable que pueden aplicar a su vida cotidiana y que permiten mejorar su salud.
- Realizar actividades de recreación y deporte que permitan la prevención de enfermedades
- Promover las pausas activas en las jornadas escolar.

1. POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN: Estudiantes de la institución educativa el vergel

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

INTRODUCCION:

Los estilos de vida saludable promueven el desarrollo de habilidades y actitudes en niños para que puedan tomar decisiones adecuadas sobre su salud, crecimiento y futuro, contribuyendo así a su bienestar individual y colectivo. En cuanto a la alimentación saludable, implica entender la importancia de una dieta equilibrada, consumiendo una amplia variedad de alimentos nutritivos que favorezcan la salud y el bienestar.

Las actividades para un estilo de vida saludable pueden ser:

- Realizar actividad física de forma regular
- Consumir una dieta equilibrada y saludable





COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



210
ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3

- Practicar una higiene personal adecuada
- Dormir bien y tener un patrón de sueño óptimo
- Evitar el consumo de tabaco, drogas y alcohol en exceso
- Utilizar los medicamentos recomendados por un profesional de la salud
- Mantener una actitud positiva
- Evitar el estrés innecesario

Algunos hábitos saludables que se pueden practicar con niños son: Ejercitarse juntos, Jugar juegos de mesa, Comidas en familia, Practicar alguna disciplina, Investigar juntos.

En el aula, se pueden promover los estilos de vida saludables a través de:

- Incorporar la actividad física en la rutina diaria
- Fomentar el consumo de frutas y verduras
- Impulsar la dieta
- Hábitos de vida

Llamamos hábitos saludables a todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana.

Actividad Física y Estilo de Vida Saludable





COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3


211

DESARROLLO: Esta tarea se llevó a cabo junto al personal docente, quienes desempeñaron un papel crucial en su realización, planificando con antelación la programación. En el entorno escolar, se inicia proporcionando educación sobre la relevancia de los hábitos de vida saludable durante la adolescencia, una etapa en la que los jóvenes reciben influencias de diversas fuentes. En este contexto, la escuela tiene un papel clave al guiar a los alumnos en sus procesos de aprendizaje, concienciación y cambio de conducta. El propósito de esta actividad escolar es detectar discursos y prácticas vinculados con la promoción de hábitos saludables entre los miembros de las comunidades educativas, con el objetivo de identificar aspectos relevantes, desafíos y tensiones presentes. Se buscan también similitudes y diferencias en discursos y prácticas que contribuyen o dificultan la adquisición de hábitos alimenticios, actividad física y autocuidado, fomentando así la idea de que hacer ejercicio va más allá de simplemente caminar, destacando la importancia de mantenerse hidratado y realizar cualquier actividad física para ejercitar el cuerpo, al tiempo que se brindan herramientas y directrices para promover un estilo de vida saludable entre los estudiantes.

- 07/11/2024: educación
- 08/11/2024 actividad lúdica recreativa promoviendo hábitos

3. RESPONSABLE: KAREYMIS MOLINA DE LA RANS

4. EVALUACIÓN: Esta actividad tuvo como propósito concienciar a los estudiantes de la institución educativa el vergel, sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludables, lo cual despertó un gran interés gracias a la participación en diversas actividades lúdico-recreativas que facilitaron una mayor comprensión del tema y su puesta en práctica.

<p>Responsable: kareymis molina enfermera jefe</p>	 <p>firma</p>	<p>Fecha: 08/11/20224</p>
---	--	----------------------------------

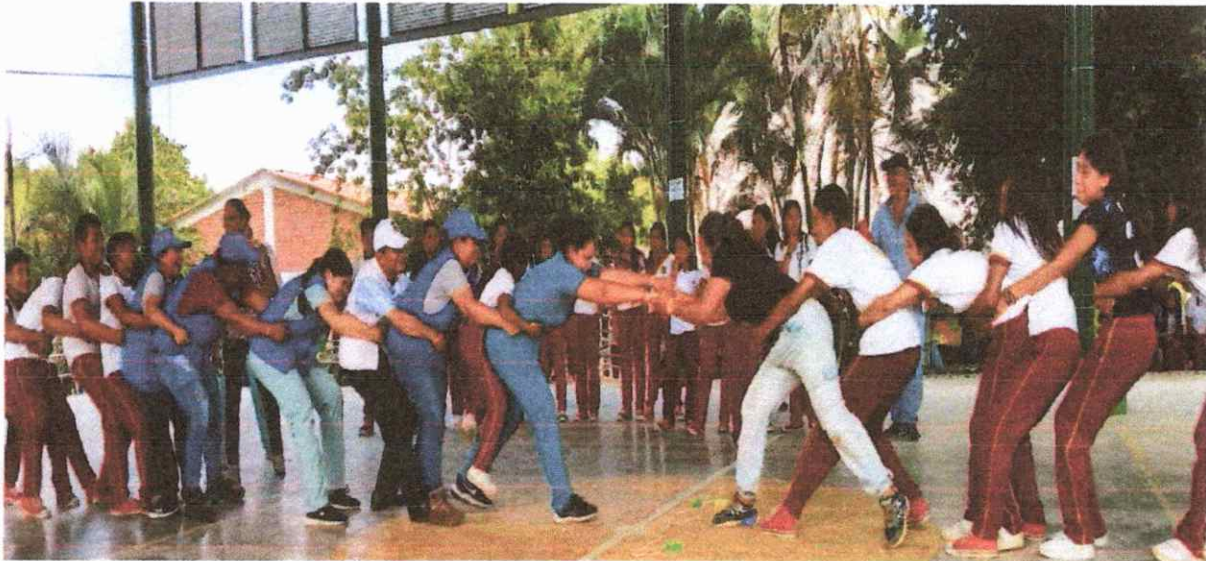


COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



**ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3**

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



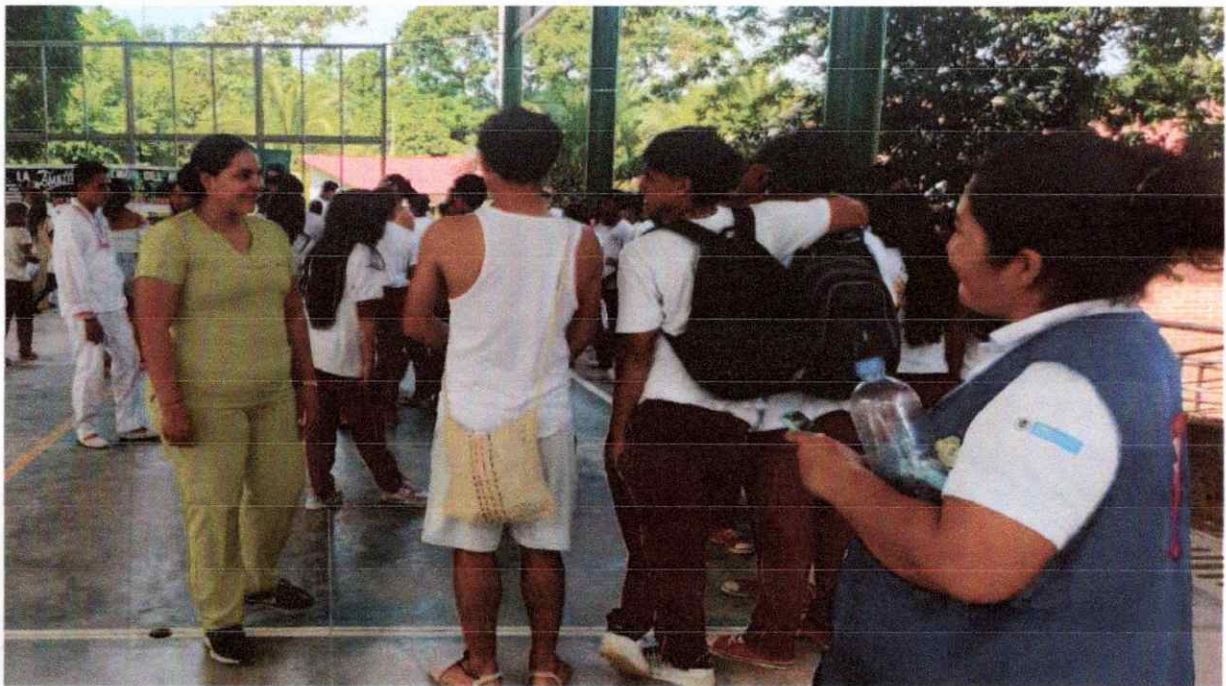


COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



**ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3**

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
HOSPITAL SAN JOSE E.S.E.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL

DEPARTAMENTO		Tolima				MUNICIPIO	Ortega				HORA INICIO	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN	10:00				
FECHA		08/11/2024				OBJETIVO	Desarrollo de entornos saludables a nivel educativo y vida saludable y condiciones no transmisibles				COMPONENTE	Promover desarrollo y habilidades		TEMA	vida saludable			
LUGAR		Colegio Vergel				DIMENSIÓN					OCUPACION			FIRMA				
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victimas del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCION	OCUPACION	TELEFONO / EXTENCIÓN - CELULAR	FIRMA
1	CC	10302017	Dayxon	Alexander	Garcia	Moreno	M	17	X						V. vergel	Estudiante	3203056310	Dayxon Garcia
2	CC	11126485	Marqi	Lisbeth	Moreno	Moreno	F	16	X						V. vergel	Estudiante	313843577	Marqi Moreno
3	CC	111263277	Janner	Yonel	Moreno	Montaña	M	17	X						V. vergel	Estudiante	3203983350	Janner Moreno
4	CC	11004176	Johes	Reynhan	Noriega	lozano	M	17	X						V. vergel	estudiante	310282716	Johes Noriega
5	CC	110975145	Andres	Felipe	Bez	Baranero	M	17							V. vergel	estudiante	313225713	Andres Bez
6	CC	1111263331	Oscar		Oyola	Perdomo	M	18							V. vergel	Estudiante	—	Daniela Brúel
7	CC	1111263924	Karen	Camela	Quezada	Aragon	F	17							V. vergel	Estudiante	—	Karen Yuliceth
8	CC	111264398	Valentin	Maria	Pinos	Barra	M	16							V. vergel	Estudiante	3105882299	Valentin Pinos
9	CC	1110.135503	Jorge	Eduardo	Fojos	Moreno	M	17							V. vergel	Estudiante	—	Esmeralda
10	CC	111017227	Diana	Carolina	Imole	Uaque	F	17							V. vergel	Estudiante	3134480816	Diana Jimenez

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL



DEPARTAMENTO		Tolima				MUNICIPIO	Ortega				HORA INICIO	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN	10:00				
FECHA						OBJETIVO	Desarrollo de entornos saludables a nivel educativo											
LUGAR		IE Vergel sede 02				DIMENSIÓN	Vida saludable y condiciones no transmisibles				COMPONENTE	Promover desarrollo y habilidades		TEMA	vida saludable			
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCIÓN	OCUPACIÓN	TELEFONO / EXTENSIÓN - CELULAR	FIRMA
1		1110180509	Wago	Randal	Moreno	Moreno	M	6							Primavera	estudiante	—	Thiago Randall Moreno
2		1059944168	Alix	Sofia	Alvarez	Aranda	F	6							Vergel	estudiante	—	Alix Sofia Alvarez
3		1204713200	Linsay	Duliana	Capera	Ducara	F	7							Vergel	estudiante	—	Linsay
4		1204713288	Juan	Estevan	Ramos Guzetta	Cuellar	M	5							Vergel	estudiante	—	Juan
5		105247333	Angie	Leonela	Viuche	Bekandia	F	6							Vergel	estudiante	—	Angie Leonela
6		1110180112	Kimberly		Tellez	Totena	F	7							Calarma	estudiante	—	Kimberly Tellez Totena
7																		
8																		
9																		
10																		

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL



2/6

prescolar.

DEPARTAMENTO		Tolima				MUNICIPIO	Ortega				HORA INICIO	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN	10:00				
FECHA		01/11/2024				OBJETIVO	Desarrollo de entornos saludables a nivel educativo											
LUGAR		IE El vergel sede 02				DIMENSIÓN	vida saludable y condiciones no transmisible				COMPONENTE	Promover desarrollo y habilidades		TEMA	vida saludable			
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCIÓN	OCUPACIÓN	TELEFONO / EXTENSIÓN - CELULAR	FIRMA
1		1014673931	Emily	Sofia	Rodriguez	Caro									Vereda pilu	estudiante	—	
2		1110180821	Kevin	Josee	Ducua	moreno									Vereda vergel	estudiante.	—	
3		1204713356	Emily	astril	aragol	moreno									Vereda vergel	estudiante	—	
4		1084791585	Kiara	Nicol	Duran	jimenez									Vereda vergel	estudiante	—	
5		1204713346	Yesimar		cardoza	Bucuro									Vereda pilu	estudiante	—	
6		1204968962	Maria	Jose	Borero	Rico									Vereda vergel	estudiante	—	
7			Valara	1	Rodriguez	Reyes									Vereda anava	estudiante.	—	
8		1141365626	Marol	Lucia	Duque	Rivas									Vereda reforma	estudiante	—	
9		1204713336	Luciana	Alexandra	Omer	Ducua									Vereda porvenir	estudiante.	—	
10																		

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL



DEPARTAMENTO		Tolima				MUNICIPIO	Ortega				HORA INICIO	8.00am.		HORA DE FINALIZACIÓN	10:00			
FECHA		8 Nov 2024.				OBJETIVO	Desarrollo de entornos saludables a nivel educativo											
LUGAR		Colegio El Vergel				DIMENSIÓN	vida saludable y condiciones no transmisibles				COMPONENTE	Promover desarrollo y habilidades		TEMA	Vida Saludable.			
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN	TELEFONO / EXTENSIÓN - CELULAR	FIRMA
1		1111265039	Loren	Jofia	Rubio	moreno	F	15							Vergel	Estu	3209806436	Loren moreno
2		111076185	Yenny	Fernanda	Ducara	Bocaregia	F	15							Poxenia	Estu	3123076709	Yenny fernanda.
3		1121870888	Daniela		Moreno	Miranda	F	15							Vergel	Estu	3235180311	Daniela miranda
4		1111.245111	Tania	Fernanda	Tique	Ducara	F	15							Vergel	Estu	3210980031	Tania Tique
5		1111264473	Neyi	Lised	Ducara	Moreno	F	16							Vergel	Estu	3130602253	Neyi Lised Ducara
6		1110176698	Miriam		Brñez	Tique	F	14							Reforma	Estu	32776919	Miriam Brñez
7																		
8																		
9																		
10																		

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL



DEPARTAMENTO		Tolima				MUNICIPIO	Ortega				HORA INICIO	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN	10:00				
FECHA						OBJETIVO	Desarrollo de entornos saludables a nivel educativo vida saludable y condiciones no transmisibles											
LUGAR		IE El vergel sedeoz				DIMENSIÓN					COMPONENTE	promover desarrollo y habilidades		TEMA	vida saludable			
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN	TELEFONO / EXTENSIÓN - CELULAR	FIRMA
1		1110179766	Manolo		triana	Lozano	M	8							vergel	estudiante	—	Manolo Triana
2		1110178971	Anderson		Ducuary	Moreno	M	9							vergel	estudiante	—	Anderson Ducuara
3		1105475171	Samuel		Alvis	Leal	M	9							vergel	estudiante	—	Samuel Alvis Leal
4		1110179593	Jhordan	Julian	totena	timote	M	8							Calarma	estudiante	—	Jhordan Julian Totena Timote
5		1110179778	Zaira	Meliza	carrero	yate	F	9							Calarma	estudiante	—	Zaira meliza
6		1110179489	Karen	Daniela	totena	Bocanegra	F	8							Calarma	estudiante	—	Karen Daniela
7		1110178653	Alice	Juliet	Moreno	Chaguata	F	10							vergel	estudiante	—	Alice Julieth
8		1110179293	Zaira	Juliana	Ducuary	Moreno	F	9							vergel	estudiante	—	Zahira Juliana
9		1110179553	Mariana		Tique	Quezada	F	8							vergel	estudiante	—	Marianella Tique
10		110582140	Evelin	Juliana	totena	Cardozo	F	9							vergel	estudiante	—	Evelin Juliana Totena Co

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
 HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.
 ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
 REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL



DEPARTAMENTO		Tolima			MUNICIPIO	Ortega				HORA INICIO	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN	10:00					
FECHA		8-NOV/2024			OBJETIVO	Desarrollo de entornos saludables a nivel educativo vida saludable y condiciones no transmisibles												
LUGAR		colegio vergel			DIMENSIÓN	vida saludable y condiciones no transmisibles		COMPONENTE	promover desarrollo y habilidades		TEMA	vida saludable						
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCIÓN	OCUPACIÓN	TELEFONO / EXTENSIÓN - CELULAR	FIRMA
1		111266337	DAVID	ANDRES	GUESADA	BORANEGRA	M	11							VERGEL	Estudiante	—	David Andres
2		111017893	RIVALDO	MAURICIO	COCA	MADRICL	M	9							vergel	Estudiante	—	Rivaldo Mauricio
3		1110179476	ERICK	SANTIAGO	ARAGON	MORENO	M	9							vergel	Estudiante	—	Erick Santiago
4		1110178936	HEYLI	VIVIANA	SOYUMOSO	BRIÑEZ	F	9							Primavera	Estudiante	—	Heyli Viviana S.B.
5		1023405178	HELEN	GERALDINE	MORENO	ARAGON	F	9							vergel	Estudiante	—	Helen Geraldine M.A.
6		1028790844	DILAN	FERNANDO	CARO	RODRIGUEZ									PILU	Estudiante	—	Dilan Fernando Caro
7																		
8																		
9																		
10																		

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL



DEPARTAMENTO		Tolima				MUNICIPIO	Ortega				HORA INICIO	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN	17:00				
FECHA						OBJETIVO	Dar a conocer causas y consecuencias fiebre Amarilla vida saludable y condiciones no transmisibles				COMPONENTE	Promover bienestar y salud de las personas		TEMA	Fiebre Amarilla			
LUGAR		FE sede vergel sede 02				DIMENSIÓN					COMPONENTE			TEMA	Fiebre Amarilla			
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCIÓN	OCUPACIÓN	TELEFONO / EXTENSIÓN - CELULAR	FIRMA
1		1111266570	MICHEL	Alejandra	TIQUE	YATE	F	70							Vergel Pueblo nuevo	estudiante		Michel Alejandra Tique
2		1206221144	DANA	NIKOL	SAENZ	CHABO	F	8							Vergel	estudiante		Dana Nikol Saenz
3		1140928369	GABRIELA		MORENO	MORENO	F	9							Vergel	estudiante		GABRIELA MORENO MORENO
4		1111044991	Ingrit	Paola	Loaton	MORENO	F	8							Primavera	estudiante		INGRIT PAOLA M.
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

FECHA:05/11/2024

ACTA

ACTIVIDAD PROGRAMADA

#6

VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Capacitación sistema pai web y vacunas

2. OBJETIVO GENERAL:

Replicar información sobre las vacunas como medida preventiva de la fiebre amarilla en la población

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

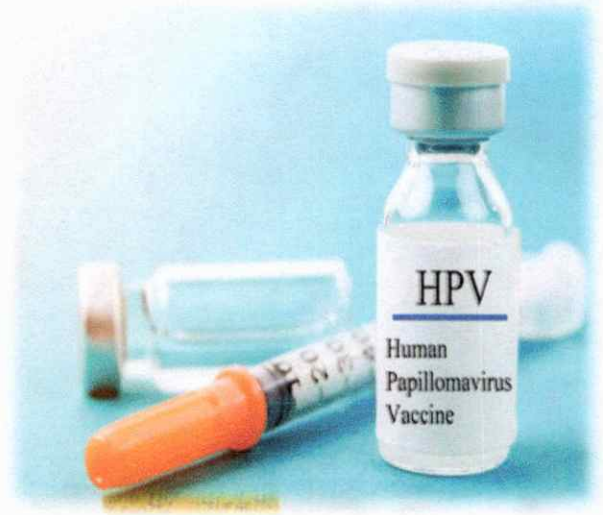
- Conocer barreras de la vacunación
- Verificación de pacientes en paiweb

1. POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN:

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

INTRODUCCION :

La vacuna contra el VPH ha mostrado ser altamente segura según lo confirman los datos globales de farmacovigilancia, y es considerada hoy como una de las estrategias más efectivas para prevenir la infección por VPH, así como los efectos graves, complicaciones y los cánceres a causa de esta, especialmente -pero no exclusivamente-, cuando se administra antes de iniciar la vida sexual; lo cual permite garantizar la protección antes del contacto con el virus a través de esta vía. Si se lleva una vida sexual activa, se debe realizar la



citología para detectar cáncer de cuello uterino ya que la vacuna protege solo contra los tipos de virus más comunes

La vacuna contra la fiebre amarilla es una medida de prevención segura y asequible que se recomienda para las personas que se desplazan a zonas con riesgo de transmisión del virus:

- Personas de 1 Año a 59 años que viajan o viven en zonas con riesgo de fiebre amarilla
- Personas que viajan a países que requieren la vacuna para entrar
- Personas que trabajan en laboratorios donde puedan estar expuestas al viru



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



**ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3**

222

FECHA:05/11/2024	ACTA	ACTIVIDAD PROGRAMADA #6
------------------	------	----------------------------

VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Capacitación sistema pai web y vacunas

2. OBJETIVO GENERAL:

Replicar información sobre las vacunas como medida preventiva de la fiebre amarilla en la población

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

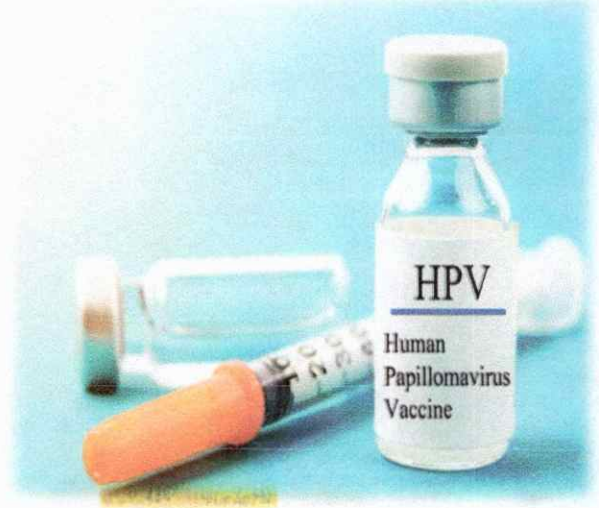
- Conocer barreras de la vacunación
- Verificación de pacientes en paiweb

1. POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN:

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

INTRODUCCION :

La vacuna contra el VPH ha mostrado ser altamente segura según lo confirman los datos globales de farmacovigilancia, y es considerada hoy como una de las estrategias más efectivas para prevenir la infección por VPH, así como los efectos graves, complicaciones y los cánceres a causa de esta, especialmente -pero no exclusivamente-, cuando se administra antes de iniciar la vida sexual; lo cual permite garantizar la protección antes del contacto con el virus a través de esta vía. Si se lleva una vida sexual activa, se debe realizar la



citología para detectar cáncer de cuello uterino ya que la vacuna protege solo contra los tipos de virus más comunes

La vacuna contra la fiebre amarilla es una medida de prevención segura y asequible que se recomienda para las personas que se desplazan a zonas con riesgo de transmisión del virus:

- Personas de 1 Año a 59 años que viajan o viven en zonas con riesgo de fiebre amarilla
- Personas que viajan a países que requieren la vacuna para entrar
- Personas que trabajan en laboratorios donde puedan estar expuestas al viru



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



**ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3**

223

DESARROLLO:

Esta actividad fue dirigida por la jefe Olga coordinadora pai del hospital san José de ortega en sala de gerencia, donde se inicia con el programa de pai web como medida de verificación de datos correctos dosis de inmunológicos aplicados por cada paciente , donde así mismo hace referencia que los usuarios verificados dentro de esa plataforma y que no se refleja la vacuna es indispensable aplicársela ya que esta vacuna previene la enfermedad.

La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y la vacuna contra la fiebre amarilla tienen algunas diferencias en cuanto a contraindicaciones, efectos secundarios y quiénes pueden recibirlas:

Vacuna contra el VPH

No debe aplicar a personas que hayan tenido una reacción alérgica a una vacuna previa contra el VPH, o si tienen temperatura alta o malestar. Sin embargo, es segura para personas alérgicas al huevo, la levadura o las nueces. Después de la aplicación, puede causar dolor y enrojecimiento en el sitio de la inyección, pero no requiere tratamiento y desaparece en 2 o 3 días.

Vacuna contra la fiebre amarilla

No se debe aplicar a personas de 60 años o más. Entre los días 5 y 12 después de la vacunación, puede causar efectos secundarios leves como cefalea, mialgias, eritema, prurito, y fiebre. También puede presentarse alergia

3. RESPONSABLES:

4. EVALUACIÓN: Este encuentro fue de mucha importancia ya que despejamos dudas acerca el proceso de verificación y como equipos básicos llevamos la prevención a cada uno de los lugares mas dispersos la población proporcionándole la prevención de estas enfermedades

<p>Responsable: kareymis molina enfermera jefe</p>	 <p>firma</p>	<p>Fecha: 05/11/2024</p>
---	--	---------------------------------

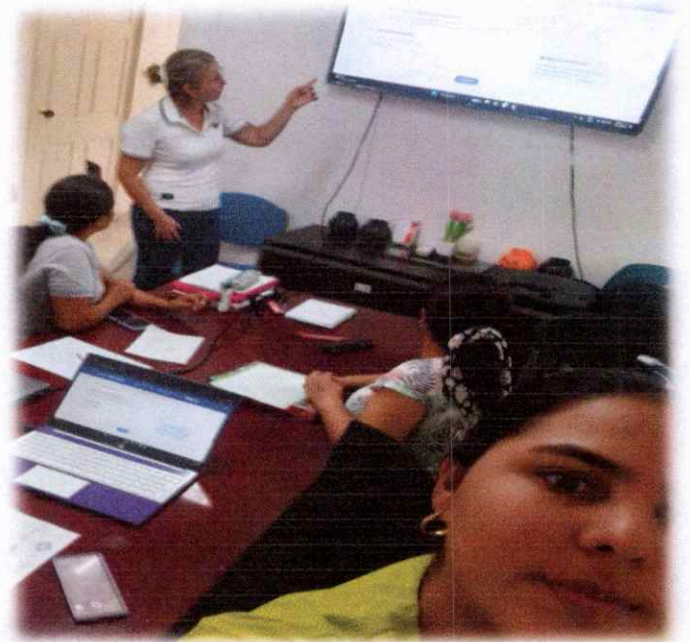


COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



224
**ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3**

Evidencias fotograficas





COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



**ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3**

225

FECHA:13/11/2024	ACTA	ACTIVIDAD PROGRAMADA #7
------------------	------	----------------------------

VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

- Prevención de la fiebre amarilla en la población en general del municipio de ortega Tolima y sus veredas.

2. OBJETIVO GENERAL:

- Dar a conocer las causas y consecuencias de la fiebre amarilla

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explicar cuáles son las partes del organismo afectada por la fiebre amarilla
- Conocer las medidas de prevención contra esta enfermedad

1. POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN: Comunidad en general

2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

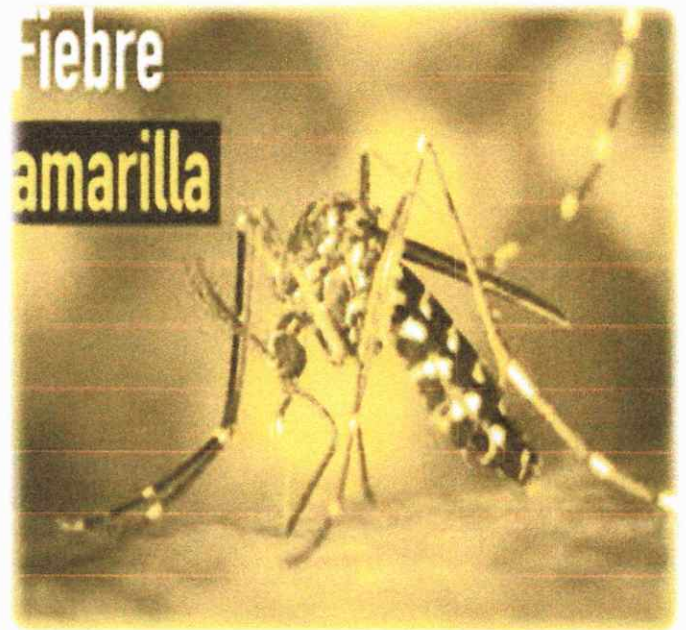
INTRODUCCION :

La fiebre amarilla es una enfermedad vírica aguda, producida por un arbovirus, de carácter hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados y puede ser prevenible por vacuna.

El término "amarilla" hace referencia a la ictericia que presentan algunos pacientes. Ha sido causa de una importante mortalidad y letalidad en vastas zonas de las regiones tropicales de África y las Américas.

La vacunación es la medida preventiva más importante, es segura, asequible y ofrece una inmunidad efectiva posterior a dos semanas posteriores a su aplicación, en el 95% de las personas vacunadas.

El virus de la fiebre amarilla tiene como vector principal los mosquitos, que transmiten el virus de un huésped a otro, principalmente entre los monos, pero también del mono al hombre y de una persona a otra. Hay varias especies diferentes de mosquitos Aedes y Haemogogus que transmiten el virus.





COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



**ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3**

226

DESARROLLO: Esta actividad se llevó a cabo de manera individual y en grupos pequeños de familia, con el objetivo de proporcionar información breve y precisa sobre la enfermedad como la fiebre amarilla, sus síntomas, complicaciones y su tratamiento a todos los hogares, proporcionándoles además un tratamiento adecuado para prevenir dicha enfermedad.

Incentiva la aplicación de la vacuna, pues es completamente gratuita.

3. RESPONSABLE: KAREYMS MOLINA DE LA RANS

4. EVALUACIÓN: En este proceso, los habitantes de la zona rural dispersa del municipio de ortega, la comunidad han mostrado interés en recibir la vacunación contra esta enfermedad que actualmente se está presentando en el departamento del Tolima, y como medida preventiva, aceptan la vacunación.

Responsable: kareymis molina
enfermera jefe

firma

Fecha: 13/11/2024



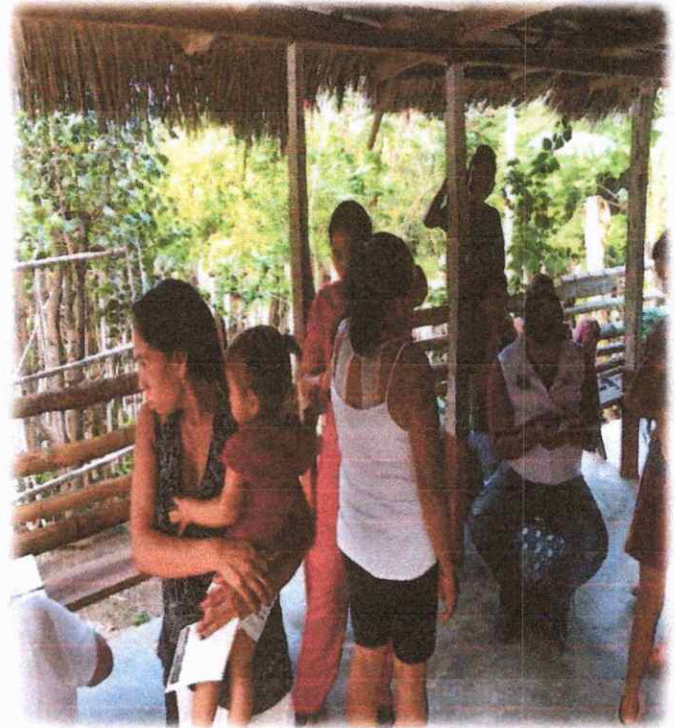
COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



ATENCION PRIMARIA EN
SALUD ORTEGA-TOLIMA
ZONA LOANY TOY
GRUPO 3

2027

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL



DEPARTAMENTO		Tolima				MUNICIPIO		Ortega				HORA INICIO	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN	17:00			
FECHA																		
LUGAR		Escuela IE El vergel sede 02				OBJETIVO		Dar a conocer causas y consecuencias de fiebre amarilla y vida saludable y condiciones no transmisibles				COMPONENTE	Promover bienestar y salud de las personas		TEMA	Vacunación		
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCIÓN	Ocupación	TELEFONO / EXTENSIÓN - CELULAR	FIRMA
1		1110178366	Brigitte	Katherine	MORENO	totena	F	70							calarma	estudiante	-	Brigitte Katherine Moreno T.
2		1204713069	Jhan	Samuel	JUCUARA	LUGO	M	70							vergel	estudiante	-	Johann Samuel Jucuará
3		111266409	ALITH	Xiomara	JUCUARA	OMES	F	71							Pueblo Nuevo "porvenir"	estudiante	-	Alith Xiomara D.O
4		111266533	HALINSSON	JURLEY	TIQUE	YATE	F	70							vergel	estudiante	-	Halinson Jurley T. Y
5		111266351	DEIVIS	YAMIR	FELLEZ	TOTENA	M	71							calarma	estudiante	-	Deivis Yamir T.T
6		1204713034	JOSE	WILINTON	QUEZADA	ARAGON	M	70							vergel	estudiante	-	Jose Wilinton A A
7		111266534	JAIBER	YAIR	LOZANO	CORO	M	70							calarma	estudiante	-	Jaiber Yair Lozano Coro
8																		
9																		
10																		

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



MUNICIPIO DE ORTEGA-TOLIMA
HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E.
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES CON ENFOQUE DIFERENCIAL



DEPARTAMENTO		Tolima				MUNICIPIO	Ortega				HORA INICIO	8:00	HORA DE FINALIZACIÓN	17:00				
FECHA		13-NOV-2024				OBJETIVO	Dar a conocer causas y consecuencias fiebre Amarilla											
LUGAR		I.E El vergel				DIMENSIÓN	vida saludable y condiciones no transmisibles				COMPONENTE	Promover bienestar y salud de las personas		TEMA	fiebre Amarilla			
Nº	Tipo de identificación	Numero de identificación	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Sexo	Edad en años	Etnia	En condición de discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBI	Madre Cabeza de Familia	Población migrante	DIRECCIÓN	OCCUPACIÓN	TELEFONO / EXTENSIÓN - CELULAR	FIRMA
1	TI	1111263572	Esmeralda	Alape	Giron		F	17							V. vergel	Estudiante	3104789200	Esmeralda Alape
2	CC	1074809710	Vanessa		Aya	Calera	F	19							V. vergel	Estudiante	3212846730	Vanessa Aya
3	TI	111075313	Daniela	Smith	Burcz	Tique	F	16	X						V. vergel	Estudiante	3112594469	Daniela Smith
4	TI	1023887103	David	Fernando	Camacho	Cardoso	M	17							V. vergel	Estudiante	—	David Fernando
5	TI	1110497514	Valeria	Carol	Cavrevo	Reyes	F	16							V. vergel	Estudiante	3214523861	Valeria
6	TI	1111264268	Diego	Alejandro	Ducvara	Ducvara	M	16							V. vergel	Estudiante	—	Diego Alejandro
7	CC	1111263466	Jamilton	Javier	Ducvara	Moreno	M	18	X						V. vergel	Estudiante	3208116250	Jamilton Ducvar
8	TI	1024501453	Angie	Stefania	Ducvaro	Vilo	F	16							V. vergel	Estudiante	3224771338	Angie A Ducvar
9	TI	1110174594	Leidy	Johana	Giron	Viuche	F	17							V. vergel	Estudiante	3208355705	Leidy Giron
10	TI	1111264012	Caren	Mulieth	Moreno	Ducvara	F	17	X						V. vergel	Estudiante	3203701476	Caren Moreno

NOTA: Las firmas y las fotografías tomadas durante esta sesión solo harán parte de evidencia para las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

30

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: NOV Año: 2024 Hora: 3:39

Estrato: Sanitas Sub. Con.

Entidad: Sanitas Sub. Con. - General, HS

DATOS DEL AFILIADO

Identificación	<u>1006149562</u>										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU				
Primer Nombre	<u>Juan</u>					Segundo Nombre	<u>Sebastian</u>					Primer Apellido	<u>Giron</u>					Segundo Apellido	<u>Trave</u>				
TIPO DE USUARIO	1	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO		2	<input type="checkbox"/> SUBSIDIADO		3	<input type="checkbox"/> VINCULADO		4	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		5	<input type="checkbox"/> OTRO									
TIPO DE AFILIACIÓN	1	<input type="checkbox"/> COTIZANTE		2	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO		3	<input type="checkbox"/> ADICIONAL		4	<input type="checkbox"/> OCUPACIÓN												
GRUPO ATENCIÓN	1	<input type="checkbox"/> INDIGENA		2	<input type="checkbox"/> NEGRO		3	<input type="checkbox"/> DESPLAZADO		4	<input type="checkbox"/> OTRO												
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	<u>21</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Femenino														
Dirección Residencia:	<u>17-12-2003</u>										Teléfono	<u>370577953</u>		Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>							
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703		No. Sede	00															

Verceda Vergel.

DATOS DE CONSULTA

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerperio)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica				
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual					
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional					
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofídico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General			
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinfringida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.			
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrónico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras			
Diagnóstico Principal					Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1	<u>Aler - NO</u>							
Diagnóstico Relacionado 2	<u>Inf - NO</u>							
Diagnóstico Relacionado 3	<u>Des - NO</u>							

PROCEDIMIENTOS

No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
		<u>Vacunas fiebre amarilla</u>	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		<u>Clasis unica</u>													
DX Principal															
DX Relacionado	<u>Mama - Nubia Esperanza Higuera Giron</u>														
Complicación	<u>Papa - Carlos Efren Giron Trave</u>														
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal															
DX Relacionado	<u>Vent. Paroquial Tolima</u>														
Complicación	<u>apl. ment.</u>														



231

DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: NOV Año: 2014 Hora: 3:47
 Estrato: _____
 Entidad: Hedkosatrol Extramural Hst

DATOS DEL AFILIADO

Identificación	<u>65751084</u>										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU				
Primer Nombre	<u>Nubia</u>					Segundo Nombre	<u>Esperanta</u>					Primer Apellido	<u>tiague</u>					Segundo Apellido	<u>Giron</u>				
TIPO DE USUARIO	1	CONTRIBUTIVO	2	SUBSIDIADO	3	VINCULADO	4	PARTICULAR	5	OTRO													
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE	2	BENEFICIARIO	3	ADICIONAL	4	OCUPACIÓN															
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA	2	NEGRO	3	DESPLAZADO	4	OTRO															
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	<u>53</u>	Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>	Femenino															
Dirección Residencia:	<u>29-06-1971</u>										Teléfono	<u>3102003754</u>					Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>				
Departamento	<u>73</u>	Municipio	<u>504</u>	Consecutivo	<u>00703</u>	No. Sede	<u>00</u>																

Vereda Uersal

DATOS DE CONSULTA

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerpario)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica				
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual					
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional					
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofidico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General			
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinfringida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.			
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrónico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras			
Diagnóstico Principal					Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1	<u>Alet = NO</u>							
Diagnóstico Relacionado 2	<u>Grif - NO</u>							
Diagnóstico Relacionado 3								

Indi - Si
dis - NO
DES - NO

PROCEDIMIENTOS

No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
		<u>Nacera. ficha amarilla</u>	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		<u>obst orina</u>													
DX Principal															
DX Relacionado		<u>Esposa = carlos fren. tiague Giron</u>													
Complicación															
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal															
DX Relacionado		<u>Unión</u>													
Complicación		<u>Paro</u>													

Unión
Paro

APP
Carminis
Regina

232



DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: 11 Año: 24 Hora: 03:40 pm
 Estrato: _____
 Entidad: Salud Total extramural H.S.J.

DATOS DEL AFILIADO																			
Identificación	<u>28868280</u>										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU
Primer Nombre			Segundo Nombre				Primer Apellido				Segundo Apellido								
<u>Luz</u>			<u>senith</u>				<u>Aragon</u>				<u>Tapiero</u>								
TIPO DE USUARIO	1	CONTRIBUTIVO	2	SUBSIDIADO	<input checked="" type="checkbox"/>	3	VINCULADO	4	PARTICULAR	5	OTRO								
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE	2	BENEFICIARIO	3	ADICIONAL	4	OCUPACIÓN	<u>Hogar</u>										
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA	2	NEGRO	3	DESPLAZADO	4	OTRO											
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	<u>47</u>		Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>	Femenino	<u>3124405493</u>									
Dirección Residencia:		<u>09-04-1977</u>					<u>vergel</u>			Teléfono			Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>				
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703		No. Sede	00											

finca los mangos

DATOS DE CONSULTA									
Finalidad	01 Atención de Parto (Puerperio)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/llo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica					
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual						
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional						
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofidico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General				
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinflingida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.				
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calastrófico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras				
Diagnóstico Principal	<u>Enfer: NO</u>				Tipo DX	I	N	R	
Diagnóstico Relacionado 1	<u>Delp: NO</u>								
Diagnóstico Relacionado 2	<u>Disc: NO</u>								
Diagnóstico Relacionado 3	<u>Indi: NO</u>								
	<u>Aler: NO</u>								

PROCEDIMIENTOS																		
No.	Código	Descripción	<u>Fiebre Amonilla</u>			Ámbito	Finalidad					Atiende						
			<u>Dosis única</u>			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal																		
DX Relacionado		<u>momó: maño Angélica Tapiero</u>																
Complicación		<u>popo Andres Aragon</u>																
No.	Código	Descripción				Ámbito	Finalidad					Atiende						
						1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal																		
DX Relacionado		<u>venificación Karelmys Molina</u>																
Complicación		<u>aplicó zulma Topa</u>																

233



DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: NOVIEMBRE Año: 2024 Hora: 2:38 Am
 Estrato: _____
 Entidad: emcosalud Hagistonia Ex. Amudal Hsj

DATOS DEL AFILIADO

Identificación	<u>7770485752</u>										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU				
Primer Nombre	<u>Lina</u>					Segundo Nombre	<u>Marcela</u>					Primer Apellido	<u>Gutierrez</u>							Segundo Apellido	<u>Oyola</u>		
TIPO DE USUARIO	1	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO		2	SUBSIDIADO		3	VINCULADO		4	PARTICULAR		5	OTRO									
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE		2	BENEFICIARIO		3	ADICIONAL		4	OCUPACIÓN		<u>MAESTRO</u>										
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA		2	NEGRO		3	DESPLAZADO		4	OTRO												
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad			Masculino		Femenino														
Dirección Residencia:	<u>07.06.1989</u>										Teléfono	<u>3143085287</u>			Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>						
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703		No. Sede		00														

DATOS DE CONSULTA

Ortega - Tolima

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerperio)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica										
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual											
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Delección de Enfermedad Profesional											
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofídico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General									
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinfringida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.									
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrónico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras									
Diagnóstico Principal	<u>Enfer. NO alerg! NO</u>										Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1	<u>desp! NO</u>													
Diagnóstico Relacionado 2	<u>disc! NO</u>													
Diagnóstico Relacionado 3	<u>Indi! NO</u>													

PROCEDIMIENTOS

No.	Código	Descripción	<u>FIA Dosis unica</u>			Ámbito	Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
DX Principal																
DX Relacionado		<u>Madre: Luz Dary Gutierrez.</u>														
Complicación																
No.	Código	Descripción				Ámbito	Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
DX Principal		<u>Verifica: Kaurimis</u> <u>Aplica Zolna Topa.</u>														
DX Relacionado																
Complicación																



234

DATOS DEL AFILIADO
E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 8 Mes: NOV Año: 2014 Hora: _____

Estrato: _____

Entidad: Dijao Salud Extramural HST

DATOS DEL AFILIADO

Identificación	<u>1110179259</u>										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU				
Primer Nombre	<u>Yeni</u>					Segundo Nombre	<u>Pach</u>					Primer Apellido	<u>Moreno</u>					Segundo Apellido	<u>Vega</u>				
TIPO DE USUARIO	1	CONTRIBUTIVO	2	SUBSIDIADO	3	VINCULADO	4	PARTICULAR	5	OTRO													
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE	2	BENEFICIARIO	3	ADICIONAL	4	OCUPACIÓN															
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA	2	NEGRO	3	DESPLAZADO	4	OTRO															
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	<u>27</u>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input checked="" type="checkbox"/>														
Dirección Residencia:	<u>27-04-1997</u>										Teléfono						Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>				
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703	No. Sede	00																

Vereda delicias - finca Santa Ana

DATOS DE CONSULTA

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerperio)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica				
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual					
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional					
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofidico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General			
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinringida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.			
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrónico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras			
Diagnóstico Principal	<u>aler - NO</u>				Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1	<u>anf - NO.</u>							
Diagnóstico Relacionado 2								
Diagnóstico Relacionado 3								

Indg - SI
DD - NO

PROCEDIMIENTOS

No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
		<u>vacunas febra amarilla</u>	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		<u>Dosis unica.</u>													
DX Principal		<u>Mama - lilia Vega</u>													
DX Relacionado		<u>Papa - Jesus Antonio Moreno</u>													
Complicación															
No.	Código	Descripción	Ambito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal															
DX Relacionado		<u>Ueli farzimis palma</u>													
Complicación															

API
INT



235
Extamural H5

DATOS DEL AFILIADO
E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 8 Mes: Nov Año: 2024 Hora: 11:00 AM

Estrato: _____

Entidad: G. Salud.

DATOS DEL AFILIADO

Identificación	<u>1110524147</u>										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU
Primer Nombre	<u>Manuel</u>					Segundo Nombre						Primer Apellido	<u>Mora</u>						
															Segundo Apellido	<u>Ortega</u>			
TIPO DE USUARIO	1	CONTRIBUTIVO	2	SUBSIDIADO	3	VINCULADO	4	PARTICULAR	5	OTRO									
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE	2	BENEFICIARIO	3	ADICIONAL	4	OCUPACIÓN	<u>Docente</u>										
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA	2	NEGRO	3	DESPLAZADO	4	OTRO											
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	<u>32</u>	Masculino	Femenino												
Dirección Residencia:	<u>1507-1992</u>										Teléfono	<u>3208762368</u>			Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>		
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703	No. Sede	00												

MZA Casa 18 como Gabón.

DATOS DE CONSULTA

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerperio)	04 Delec. Alter. Crec. y Des'ollo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica				
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual					
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional					
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Oídico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General			
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinflingida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.			
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrófico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras			
Diagnóstico Principal	<u>Infer - NO.</u>				Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1	<u>Alergico - NO</u>							
Diagnóstico Relacionado 2	<u>Indig - NO</u>							
Diagnóstico Relacionado 3	<u>Despl - NO</u>							
	<u>Disca - NO.</u>							

PROCEDIMIENTOS

No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende							
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
		<u>Vacuna fiebre</u>																
		<u>comenta dosis otra</u>	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
DX Principal																		
DX Relacionado																		
Complicación		<u>G. Fernanda Barnes</u>																
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende							
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
DX Principal																		
DX Relacionado																		
Complicación		<u>Verif. Gacemis Tolima.</u>																

apli. Gacemis Tolima



DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: NOU Año: 2024 Hora:
Estrato:
Entidad: Emcosalud Extracameral HST

DATOS DEL AFILIADO

Form with fields for Identification (1110524147), Type (X), CE, PA, RC, TI, AS, MS, NU, Names (Manuel, Mora, Orueña), User Type (Contributivo), Affiliation (Cotizante), Group (Indigena), Birth Date (05-06-1992), Address (Ortega Pl. - Barrio Galan), Phone (3208762368), Department (73), Municipality (504), Consecutive (00703), No. Sede (00).

DATOS DE CONSULTA

Form with tables for Finalidad (01-10), Causa Externa (01-15), and Diagnosis (Principal: Gaf NO, Related 1: ale. NO, Related 2: Dis - NO).

PROCEDIMIENTOS

Form with tables for procedures, including DX Principal (Mama - astid Orueña), DX Relacionado (Papa - Guillermo Mora), and Complicación (Vet. Carcinis Tolima).

237



DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Dia: 08 Mes: NOVIEMBRE Año: 2024 Hora: 72:09 pm
Estrato:
Entidad: Nueva eps Extramural Hsj

DATOS DEL AFILIADO

Form with fields for Identification (1070329039), Type (AS), First Name (Karen), Second Name (Sofia), First Surname (Coronel), Second Surname (Rico), and various contribution and affiliation details.

DATOS DE CONSULTA

Finca: las Mesetas

Form with tables for Finalidad, Causa Externa, and Diagnóstico Principal/Relacionado with handwritten entries like 'ENFER. NO desp. si'.

PROCEDIMIENTOS

Form with tables for No., Código, Descripción, and Finalidad, including handwritten entries like 'F.A. RISIS UNICA' and 'Hama! Luz Marina Rico'.



237

DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: 11 Año: 2024 Hora: 2:17 PM

Estrato: _____

Entidad: Pijos salud Exkamoral H.S.J

DATOS DEL AFILIADO

Identificación	<u>410272728</u>										Tipo	CC	<input checked="" type="checkbox"/>	PA	RC	TI	AS	MS	NU				
Primer Nombre	<u>alba</u>					Segundo Nombre	<u>Mery</u>					Primer Apellido	<u>Totena</u>					Segundo Apellido	<u>Huertas</u>				
TIPO DE USUARIO	1	CONTRIBUTIVO	2	SUBSIDIADO	3	VINCULADO	4	PARTICULAR	5	OTRO													
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE	2	BENEFICIARIO	3	ADICIONAL	4	OCUPACIÓN	<u>Hogar.</u>														
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA	2	NEGRO	3	DESPLAZADO	4	OTRO															
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	Masculino		<input checked="" type="checkbox"/>		Femenino														
Dirección Residencia:	<u>26-12-1976</u>					<u>48 AÑOS</u>					Teléfono	<u>3203158584</u>					Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>				
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703	No. Sede	00																

DATOS DE CONSULTA

Finca: El buccalito

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerperio)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/llo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica										
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual											
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional											
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofídico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual										
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinfringida	11 Sospecha de Violencia Sexual										
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrófico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional										
				13 Enfermedad General										
				14 Enfermedad Profes.										
				15 Otras										
Diagnóstico Principal	<u>ENF: NO aler: NO</u>										Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1	<u>Dis: NO</u>													
Diagnóstico Relacionado 2	<u>Incl: Si</u>													
Diagnóstico Relacionado 3	<u>Des: NO</u>													

PROCEDIMIENTOS

No.	Código	Descripción	<u>F.A. dosis única (si)</u>			Ámbito	Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
DX Principal																
DX Relacionado	<u>madre: Huan Huertas</u>															
Complicación																
No.	Código	Descripción				Ámbito	Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
DX Principal																
DX Relacionado	<u>Verifica: Kavelmis aplicaci: Tolima TOPCA</u>															
Complicación																



239

DATOS DEL AFILIADO
E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: Noviembre Año: 2024 Hora: 2:14 pm
 Estrato: _____
 Entidad: Salud total subs. Extramural HSJ,

DATOS DEL AFILIADO														
Identificación	<u>1111265238</u>					Tipo	CC	CE	PA	RC	<input checked="" type="checkbox"/>	AS	MS	NU
Primer Nombre	<u>Karen</u>			Segundo Nombre	<u>DARYANI</u>			Primer Apellido	<u>Santa</u>			Segundo Apellido <u>Quezada</u>		
TIPO DE USUARIO	1	CONTRIBUTIVO	2	<input checked="" type="checkbox"/> SUBSIDIADO	3	VINCULADO	4	PARTICULAR	5	OTRO				
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE	2	BENEFICIARIO	3	ADICIONAL	4	OCUPACIÓN	<u>estudiante 9°</u>					
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA	2	NEGRO	3	DESPLAZADO	4	OTRO						
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	Masculino		<input checked="" type="checkbox"/> Femenino							
Dirección Residencia:	<u>10/04/2010 24 años</u>					Teléfono	<u>3134968659</u>			Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>		
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703	No. Sede	00							

DATOS DE CONSULTA <u>finca: san juan</u>											
Finalidad	01 Atención de Parto (Puerpario)	04 Delec. Alter. Crec. y Des. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica							
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual								
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional								
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofídico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General						
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinfringida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.						
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrófico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras						
Diagnóstico Principal	<u>ENFE: NO alergia: NO</u>					Tipo DX	I	N	R		
Diagnóstico Relacionado 1	<u>DES: NO</u>										
Diagnóstico Relacionado 2	<u>DIS: NO</u>										
Diagnóstico Relacionado 3	<u>IND: NO</u>										

PROCEDIMIENTOS <u>F.A. dosis unica (SI)</u>															
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal		<u>Madre: Mayelly Quezada</u>													
DX Relacionado															
Complicación															
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal															
DX Relacionado		<u>Verifica: karcinosis aplica: 2lma tpa</u>													
Complicación															



240

DATOS DEL AFILIADO
E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGÁ - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: 11 Año: 2024 Hora: 02:00pm
 Estrato: _____
 Entidad: Smco Salud Extramural: S.J.S.J.

DATOS DEL AFILIADO

Identificación	<u>28866026</u>										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU
Primer Nombre	<u>Glodys</u>					Segundo Nombre						Primer Apellido	<u>Guzman</u>						
TIPO DE USUARIO	1	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO		2	<input type="checkbox"/> SUBSIDIADO		3	<input type="checkbox"/> VINCULADO		4	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		5	<input type="checkbox"/> OTRO					
TIPO DE AFILIACIÓN	1	<input type="checkbox"/> COTIZANTE		2	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO		3	<input type="checkbox"/> ADICIONAL		4	<input type="checkbox"/> OCUPACIÓN		<u>Docente</u>						
GRUPO ATENCIÓN	1	<input type="checkbox"/> INDIGENA		2	<input type="checkbox"/> NEGRO		3	<input type="checkbox"/> DESPLAZADO		4	<input type="checkbox"/> OTRO								
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	<u>56</u>		Masculino		<input checked="" type="checkbox"/> Femenino										
Dirección Residencia:	<u>27-12-1967</u>										Teléfono	<u>3112865921</u>		Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>			
Departamento	<u>73</u>	Municipio	<u>504</u>	Consecutivo	<u>00703</u>		No. Sede		<u>00</u>										

El vergel - pueblo nuevo

DATOS DE CONSULTA

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerpario)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual	
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional	
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofidico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinfringida	11 Sospecha de Violencia Sexual
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrófico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional
				13 Enfermedad General
				14 Enfermedad Profes.
				15 Otras

Diagnóstico Principal	<u>Enfe: NO</u>	Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1	<u>Alcr: NO</u>				
Diagnóstico Relacionado 2	<u>Dis: NO</u>				
Diagnóstico Relacionado 3	<u>Desp: NO</u>				

PROCEDIMIENTOS

No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
		<u>Fiebre Amarilla (SI)</u>	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		<u>Dosis única</u>													
DX Principal															
DX Relacionado		<u>Hija: Beatriz Geraldine Guzman yate</u>													
Complicación															
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal															
DX Relacionado															
Complicación		<u>Venpico: KOREIMYS M. Aplicó: Zulma Tapa</u>													

241



DATOS DEL AFILIADO
 E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS
 Ingreso: Día: 8 Mes: 11 Año: 2024 Hora: 1:10 p.m
 Estrato: _____
 Entidad: Nueva EPS

DATOS DEL AFILIADO Extramural

Identificación	<u>40414189</u>										Tipo	<u>90</u>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU				
Primer Nombre	<u>Marta</u>					Segundo Nombre	<u>Yanet</u>					Primer Apellido	<u>Moreno</u>					Segundo Apellido	<u>Rincon</u>				
TIPO DE USUARIO	1	CONTRIBUTIVO	2	SUBSIDIADO	3	VINCULADO	4	PARTICULAR	5	OTRO													
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE	2	BENEFICIARIO	3	ADICIONAL	4	OCUPACIÓN	<u>Ama de hogar</u>														
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA	2	NEGRO	3	DESPLAZADO	4	OTRO															
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	<u>55</u>	Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>														
Dirección Residencia:	<u>5703/1969</u>										Teléfono	<u>3203162416</u>					Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>				
Departamento	73	Municipio	<u>Ortega</u>		504	Consecutivo	00703		No. Sede	00													

DATOS DE CONSULTA Finca: Vereda el vergel enseguda (degrío)

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerpario)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica					
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual						
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional						
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofidico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General				
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinfringida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.				
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrófico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras				
Diagnóstico Principal	<u>Enfer; Tiroides</u>				IND: NO	Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1	<u>Alergico</u>				Despl: NO				
Diagnóstico Relacionado 2					Disca: NO				
Diagnóstico Relacionado 3									

PROCEDIMIENTOS Vacuna: Fiebre Amarilla

No.	Código	Descripción	<u>Dosis unica</u>			Ámbito	Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
DX Principal																
DX Relacionado		<u>Mama; Maria Del Carmen Rincon</u>														
Complicación																
No.	Código	Descripción				Ámbito	Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
DX Principal																
DX Relacionado																
Complicación		<u>Verifica; tereoms Aplica: 20lma</u>														



242

DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 8 Mes: 000 Año: 2024 Hora: _____

Estrato: _____

Entidad: Salud + tal. Extensión HST

DATOS DEL AFILIADO																			
Identificación	<u>1410176042</u>										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU
Primer Nombre	<u>Leon</u>				Segundo Nombre	<u>Marcela</u>				Primer Apellido	<u>Botano</u>			Segundo Apellido	<u>Lizcano</u>				
TIPO DE USUARIO	1	CONTRIBUTIVO	2	<u>SUBSIDIADO</u>	3	VINCULADO	4	PARTICULAR	5	OTRO									
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE	2	BENEFICIARIO	3	ADICIONAL	4	OCUPACIÓN	<u>Hogar.</u>										
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA	2	NEGRO	3	DESPLAZADO	4	OTRO											
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	<u>15.</u>	Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>	Femenino											
Dirección Residencia:	<u>25-01-2009</u>						Teléfono				Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>						
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703	No. Sede	00												

Vereda Urcel.

DATOS DE CONSULTA									
Finalidad	01 Atención de Parto (Puerperio)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica					
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual						
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional						
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofídico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual	13 Enfermedad General				
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinflingida	11 Sospecha de Violencia Sexual	14 Enfermedad Profes.				
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrófico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional	15 Otras				
Diagnóstico Principal	<u>Aler. - NO</u>				Tipo DX	I	N	R	
Diagnóstico Relacionado 1	<u>Gnf - NO</u>				<u>Dis - NO</u>				
Diagnóstico Relacionado 2					<u>Inda - SP Urcel.</u>				
Diagnóstico Relacionado 3					<u>DES - NO</u>				

PROCEDIMIENTOS															
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
		<u>Calquera fiebre amarilla</u>	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		<u> dosis unica</u>													
DX Principal															
DX Relacionado		<u>Mama - odnara Marcela Lizcano Madrigal.</u>													
Complicación		<u>Papa - NO.</u>													
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal															
DX Relacionado															
Complicación		<u>Verif. maternis</u> <u>materna</u>													

apl. 21mat.

243



DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: 11 Año: 2024 Hora: 02:10 pm

Estrato: _____

Entidad: 7 consultas ps Extramural: H.S.J.

DATOS DEL AFILIADO																							
Identificación	1	0	3	1	1	5	7	9	7	5					Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU
Primer Nombre	Trades					Segundo Nombre						Primer Apellido	Cardoza			Segundo Apellido	malambo						
TIPO DE USUARIO	1	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO		2	SUBSIDIADO		3	VINCULADO		4	PARTICULAR		5	OTRO									
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE		2	BENEFICIARIO		3	ADICIONAL		4	OCUPACIÓN						hna de casa						
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA		2	NEGRO		3	DESPLAZADO		4	OTRO												
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad	30		Masculino		<input checked="" type="checkbox"/> Femenino														
Dirección Residencia:	30-10-1994							Teléfono		3209827699		Zona	U	<input checked="" type="checkbox"/>									
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703		No. Sede		00														
<u>Vereda - Delicias</u>																							

DATOS DE CONSULTA																				
Finalidad	01	Atención de Parto (Puerperio)			04	Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años			07	Detención de Alteraciones del Adulto			10	No Aplica						
	02	Atención de Recién Nacido			05	Detección de Alter. del Desarrollo del Joven			08	Detenc. de Alteración de Agudeza Visual										
	03	Atención de Planificación Familiar			06	Detección de Alteraciones del Embarazo			09	Detección de Enfermedad Profesional										
Causa Externa	01	Accidente de Trabajo			04	Accidente Ofidico			07	Lesión por Agresión			10	Sospecha de Abuso Sexual			13	Enfermedad General		
	02	Accidente de Tránsito			05	Otro Tipo de Accidente			08	Lesión Autoinfringida			11	Sospecha de Violencia Sexual			14	Enfermedad Profes.		
	03	Accidente Rábico			06	Evento Calatrófico			09	Sospecha de Maltrato Físico			12	Sospecha de Maltrato Emocional			15	Otras		
Diagnóstico Principal	Euphor: NO							Tipo DX		I	N	R								
Diagnóstico Relacionado 1	Aler: NO																			
Diagnóstico Relacionado 2	Dis: NO																			
Diagnóstico Relacionado 3	Des: NO																			
	Inv: NO																			

PROCEDIMIENTOS																		
No.	Código	Descripción	Fiebre Amarilla			Ámbito	Finalidad					Atiende						
			Dosis única			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal																		
DX Relacionado																		
Complicación																		
No.	Código	Descripción				Ámbito	Finalidad					Atiende						
						1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal		MADRID: Maria Fanny malambo																
DX Relacionado		POPA: Marcos Cardozo																
Complicación		MADRID: Karolays Malina aplicas:																



DATOS DEL AFILIADO

E.S.E NIVEL 1 NIT. 890.700.967-1 Calle 6 N° 3 - 25 • Tel.: (608) 225 8801 • Telefax: (608) 225 8120 • ORTEGA - TOLIMA

246

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD - RIPS

Ingreso: Día: 08 Mes: 11 Año: 2024 Hora: 5:38 pm

Estrato: _____

Entidad: Nueva eps Extramural Hsj

DATOS DEL AFILIADO

Identificación	93088623										Tipo	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	RC	TI	AS	MS	NU				
Primer Nombre	edwin					Segundo Nombre	Ricardo					Primer Apellido	Guzman					Segundo Apellido	Ospina				
TIPO DE USUARIO	1	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO		2	SUBSIDIADO		3	VINCLADO		4	PARTICULAR		5	OTRO									
TIPO DE AFILIACIÓN	1	COTIZANTE		2	BENEFICIARIO		3	ADICIONAL		4	OCUPACIÓN		tecnico										
GRUPO ATENCIÓN	1	INDIGENA		2	NEGRO		3	DESPLAZADO		4	OTRO												
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	Edad			<input checked="" type="checkbox"/> Masculino		Femenino														
Dirección Residencia:	09-12-1979					44 años					Teléfono	3223163400					Zona	<input checked="" type="checkbox"/>	R				
Departamento	73	Municipio	504	Consecutivo	00703		No. Sede	00															

DATOS DE CONSULTA Ortega - Dirección Barrio el eden

Finalidad	01 Atención de Parto (Puerperio)	04 Delec. Alter. Crec. y Des/lo. Menor de 10 Años	07 Detención de Alteraciones del Adulto	10 No Aplica				
	02 Atención de Recién Nacido	05 Detección de Alter. del Desarrollo del Joven	08 Detenc. de Alteración de Agudeza Visual					
	03 Atención de Planificación Familiar	06 Detección de Alteraciones del Embarazo	09 Detección de Enfermedad Profesional					
Causa Externa	01 Accidente de Trabajo	04 Accidente Ofídico	07 Lesión por Agresión	10 Sospecha de Abuso Sexual				
	02 Accidente de Tránsito	05 Otro Tipo de Accidente	08 Lesión Autoinflingida	11 Sospecha de Violencia Sexual				
	03 Accidente Rábico	06 Evento Calatrófico	09 Sospecha de Maltrato Físico	12 Sospecha de Maltrato Emocional				
				13 Enfermedad General				
				14 Enfermedad Profes.				
				15 Otras				
Diagnóstico Principal	ENF NO			aler: NO	Tipo DX	I	N	R
Diagnóstico Relacionado 1				DIS: NO				
Diagnóstico Relacionado 2				PS: NO				
Diagnóstico Relacionado 3				IND NO				

PROCEDIMIENTOS Fiebre Amarilla

Dosis única

No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal		esposa: jhoana Marcela Herran													
DX Relacionado															
Complicación															
No.	Código	Descripción	Ámbito			Finalidad					Atiende				
			1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DX Principal															
DX Relacionado		Verifica: kakimis			aplica: Zolnagtopa										
Complicación															



HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA

CODIGO: GC-FO-59

FECHA: 06/06/2024

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

VERSION: 01

247

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS EN EL RÉGIMEN SIMPLIFICADO)

FECHA DE ELABORACIÓN			NÚMERO	PERÍODO COBRADO					
DD	MM	AAAA		DEL	DD	AL	DD	MM	AAAA
20	11	2024	3	15-oct		14	11	2024	

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS		TIPO:		NÚMERO	DV
		<input checked="" type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> OTRO
DIRECCIÓN		CIUDAD	NÚMERO TELÉFONO		CORREO
MANZANA F CASA 47		ORTEGA	3007533456		KAREYMISMOLINA@GMAIL.COM

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		IDENTIFICACIÓN		
HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA		TIPO	NÚMERO	DV
		NIT	890.700.967	1

FECHA	CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
			VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
20/11/2024	1	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO PARA LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSE E.S.E DE ORTEGA	\$ 8.000.000,00	\$ 8.000.000,00

VENDEDOR

En cumplimiento de lo señalado en el literal j) Artículo 617 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad del juramento que he cumplido con la afiliación y el pago de los aportes a las Seguridad Social correspondientes a los ingresos objeto de esta factura bajo el número de planilla 1067050871 / 1067746425 y que estos aportes no han servido de base para disminuir la retención en la fuente en otros cobros. Declaro que soy del régimen simplificado y según el Artículo 511 del Estatuto Tributario no estoy obligado a expedir factura de venta

TOTAL	\$ 8.000.000,00
RTE FTE (%)	
RTE ICA (por mil)	
TOTAL A PAGAR	
BASE GRAVABLE	
IVA	
RTE IVA (%)	

ANEXOS (Marque con una "X")


Aportes ARL Aportes AFC o Pensiones Voluntarias

Aportes Salud Aportes Pensiones

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DEL COMPRADOR		
NÚMERO CONSECUTIVO		
FECHA DE RECIBO		
20	11	2024
DD	MM	AAAA

INFORMACIÓN PARA DISMINUCIONES DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE APORTA	BASE DE APORTE	VALOR APORTADO	FECHA PAGO APORTES		
				DD	MM	AAAA
Aportes Obligatorios a Salud	SALUD TOTAL	\$ 3.200.000,00	\$ 400.000,00	18	10	2024
		\$ 3.200.000,00	\$ 400.000,00	4	11	2024
Aportes Obligatorios a Pensión	COLPENSIONES	\$ 3.200.000,00	\$ 512.000,00	18	10	2024
		\$ 3.200.000,00	\$ 512.000,00	4	11	2024
Aportes ARP	COLMENA	\$ 3.200.000,00	\$ 78.000,00	18	10	2024
		\$ 3.200.000,00	\$ 78.000,00	4	11	2024
Aportes Voluntarios a Pensión						
Aportes Voluntarios AFC						

FIRMA DEL PROVEEDOR  **DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012, reglamentado por el Decreto 1950 de 2012

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-14, 05:59:46 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1067746425

Período Cotización:

noviembre de 2024

Período Servicio:

noviembre de 2024

PAGADO 04/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS		
Documento	CC1140887695	Dirección	CL 0 #0 - 0 MANZANA Q CAS 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	1
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	ORTEGA	Departamento	TOLIMA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales		Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAS	TAP	TAP	VST	CON	VST	SE	MAC	AVP	VCT	INP	Data AFP	Data EPS	Data ARP	Data CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1140887695	KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS	58	00															0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 3.200.000	\$ 512.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 3.200.000	\$ 400.000	2,436	\$ 3.200.000	\$ 78.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 990.000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 3.200.000	\$ 3.200.000	\$ 3.200.000	\$ 0	\$ 512.000	\$ 400.000	\$ 78.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 990.000	\$ 0	\$ 990.000



249

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2024

SIMPLE S.A OPERADOR DE INFORMACION

CERTIFICA QUE:

En la fecha 2024-11-04, el aportante KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS con documento de identificación CC 1140887695 canceló los aportes de seguridad social correspondientes a KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS con CC 1140887695, dirigido a las siguientes entidades:

Tipo administradora	Nit	Codigo	Nombre	Periodo	Numero de planilla
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES	202411	1067746425
ARP	N800226175	14-25	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES	202411	1067746425
CCF	N000000000	NIN-CC	NINGUNA CCF	202411	1067746425
EPS	N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	202411	1067746425

original
257

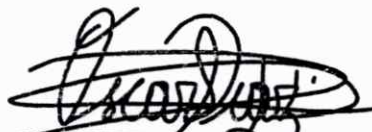
EL SUSCRITO COORDINADOR DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD APS

CERTIFICA QUE:

KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS, identificada con cedula de ciudadanía 1.140.887.695 DE BARRANQUILLA, ha cumplido totalmente con todas las obligaciones y actividades específicas pactadas en el contrato No. 214 DE 15 agosto 2024 en el periodo comprendido entre el **15 de octubre al 14 de noviembre 2024**, cuyo objeto es:

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E.

La presente certificación se expide el 20 de noviembre del 2024 con destino al área financiera, para efectos de tramitar **el tercer pago**, por valor mensual de: OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$8.000.000)


OSCAR EDUARDO DÍAZ LONDOÑO
C. .C 1.061.656.739 DE SAMANA

252

EL SUSCRITO ENCARGADO DEL CARGUE DE ACTIVIDADES Y CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS AL SISTEMA DE INFORMACION SIHOS DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD APS

CERTIFICA QUE:

KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS, identificada con cedula de ciudadanía 1.140.887.695 DE BARRANQUILLA, se encuentra al día con los pendientes de las actividades de ingreso cierre de historias clínicas al sistema de información SIHOS.

La presente certificación se expide el 15 de NOVIEMBRE del 2024 con destino al área financiera, para efectos de tramitar **el tercer pago**, por valor mensual de: OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$8.000.000.00)



JOSE DUFFAY CAMACHO GARCIA
C.C 93.022.283 DE ORTEGA TOLIMA

253

Etiquetas de fila

CITOLOGIA CERVICOUTERINA CANCER CUELLO UTERINO
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

35.600.00
36.400.00
37.300.00

CITOLOGIA CERVICOUTERINA PRECONCEPCIONAL
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

25.600.00

CONSEJERIA DE VIH DESARROLLO ADOLESCENTE
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

6.700.00
6.800.00

CONSEJERIA DE VIH DESARROLLO ADULTEZ
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

6.700.00
6.800.00

CONSEJERIA DE VIH DESARROLLO JUVENTUD
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

6.800.00

CONSEJERIA DE VIH DESARROLLO VEJEZ
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

6.700.00
6.800.00

CONSEJERIA DE VIH PRECONCEPCIONAL
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

6.600.00

CONSULTA DE CONTROL PLANIFICACION HOMBRES
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

25.600.00

CONSULTA DE CONTROL POR ENFERM PLANIF FAMIL MUJER
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

14.300.00

CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

13.800.00
22.100.00
22.500.00

CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA PLANIFICACION REF
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

14.300.00

CONSULTA DE PRIMERA VEZ PLANIFICACION HOMBRES
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

24.700.00
25.600.00

CONSULTA DE PRIMERA VEZ PLANIFICACION POR ENFERMERIA
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

13.800.00
14.300.00

CONSULTA POR ENFERMERIA ADOLESCENTES 12 a 17 años
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

10.080.00
13.800.00
14.300.00

CONSULTA POR ENFERMERIA INFANCIA 6 ANOS HASTA 11 ANOS
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

10.080.00
13.800.00

CONSULTA POR ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 7DIAS HASTA 5ANOS
KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

10.080.00
13.800.00

254

14.300.00

EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERIA

KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

35.000.00

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ASESORIA VIH ADOLESCENCIA, POR ENFERMERIA

KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

6.100.00

6.300.00

6.700.00

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERIA

KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

6.700.00

6.800.00

7.000.00

OTROS

KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

2049446

(en blanco)

(en blanco)

6.264.058.00

Total general

Ortega Tolima, NOVIEMBRE 20 del 2024

255

Señores
HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA
Ortega Tolima

REF: CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE
Rentas de trabajo diferentes a las provenientes de una relación laboral o legal y
Reglamentaria.

Certificación bajo gravedad de juramento

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, parágrafo 2 del artículo 383 del estatuto tributario, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que:

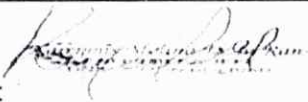
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por compensación por servicios personales, modificado por el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023,

- a. Tomaré costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo por los servicios prestados. SI NO
- b. Por el año gravable 2023 estoy obligado a presentar declaración anual del impuesto de Renta. SI NO
- c. Que califico en la categoría de empleado establecida en el art. 329 del E.T. (creado con el art. 10 de la Ley 1607 de diciembre 26 de 2012), pues actualmente soy residente en Colombia (art. 10 del E.T.), mis ingresos brutos sí provienen en un 80% o más de mis rentas por honorarios, sí realizo una actividad liberal, y no uso ni equipos, ni insumos, ni herramientas especializadas.
SI NO
- d. Tengo dependientes económicos SI NO
- e. Poseo prestamos de Vivienda SI NO

De la misma manera, en el momento en que está información cambie, me comprometo a informar.

Cordialmente,

Nombre: KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS



FIRMA:

C.C. 1.140.887.695 de BARRANQUILLA

256
Banco Davivienda S.A.



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**ORTEGA,
TOLIMA,
COLOMBIA,
A quién interese**

15/11/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS** con **Cédula de Ciudadanía número 1140887695**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **488446613934**
Fecha de apertura **26/07/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



HOSPITAL SAN JOSE ESE
ORTEGA TOLIMA
NIT. 890.700.967-1

Código: GC-FO-61

INFORME DE SUPERVISION

Versión: 01

Fecha: 06/06/2024

257

ACTA DE SUPERVISIÓN No. 03

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	No.214
CONTRATISTA	KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS
NUMERO DE CEDULA	1.140.887.695 DE BARRANQUILLA
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO	\$33.333.333
FECHA DE INICIO CONTRATO	15 DE AGOSTO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	19 DE DICIEMBRE DE 2024
SUPERVISOR DESIGNADO	ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
PERIODO SUPERVISADO	DEL 15 DE OCTUBRE AL 14 DE NOVIEMBRE DE 2024
TELEFONO CONTRATISTA	3007533456
EMAIL CONTRATISTA:	kareymismolina@gmail.com

1. INFORME FINANCIERO:

CDP No.	VALOR CDP	REGISTRO No.	VALOR REGISTRO
361	\$33.333.333	363	\$33.333.333

MES EJECUTADO	VALOR MENSUAL PARA PAGAR	SALDO DISPONIBLE
OCTUBRE-NOVIEMBRE	\$8.000.000	\$9.333.333
TOTAL	\$8.000.000	\$9.333.333

2. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES: El contratista KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS identificada con número de ciudadanía 1.140.887.695 DE BARRANQUILLA, cumplió a cabalidad durante los días del 15 OCTUBRE al 14 NOVIEMBRE del 2024 con las siguientes actividades:

CONCEPTO	SI	NO
Se mantuvo afiliado a seguridad social de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.	X	
Realizó pago de seguridad social teniendo en cuenta el 40% del valor devengado por honorarios durante el periodo supervisado.	X	
Ejecutó las actividades asignadas de acuerdo a los requerimientos del supervisor en términos de contenidos, oportunidad y calidad.	X	

Elaboro:
Angela Milena Ramirez Preciado
Administradora

Reviso:
Karina Sanchez Sanchez
Asesora de Calidad

Aprobó:
Diana Marcela Campos Barrios
Gerente

258

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-61
	INFORME DE SUPERVISION	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024


Ejecutó las actividades asignadas de acuerdo a los requerimientos del supervisor en términos de contenidos, oportunidad y calidad.	X	
Demostó competencia, conocimientos, habilidades y destrezas en la realización de las actividades y procedimientos delegados	X	

3. OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO:

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Realizar reuniones con líderes, presidentes de junta para dar apertura a los territorios, seguimiento y cierre de la estrategia en todos los territorios y Microterritorios asignados			X			-
2	Desarrollo de capacidades al Talento Humano en Salud – THS mínimo 2 veces al mes, conforme a las necesidades evidenciadas			X			
3	Coordinación y monitoreo del Equipo Básico en Salud asignado.			X			-
4	Realizar el 100% de los Planes Integrales de Cuidado Primario - PICP dirigido a la persona, familia y comunidad de los territorios asignados en lo concerniente a la profesión de enfermería, guardando relación con las metas concertadas con el coordinador del programa.			X			-
5	Coordinar con los integrantes de los EBS el diligenciamiento, evaluación y seguimiento de los PICP			X			-
6	Realizar acciones domiciliarias casa a casa de valoración integral y seguimiento por curso de vida según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal en el individuo, familia y comunidad en lo concerniente a la profesión de toda la población caracterizada en territorio y el PICP.			X			-
7	Verificación y cruce de información con el sistema hospitalario de todos los pacientes para verificar el cumplimiento de las atenciones acorde a la norma vigente			X			-
8	Realizar seguimiento al 100% de los eventos de interés en salud pública en el territorio			X			-
9	Diligenciamiento de todos los documentos necesarios establecidos para visibilizar el			X			-

Elabóro: Angela Milena Ramirez Preciado Administradora	Revisó: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
--	---	--

259

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-61
	INFORME DE SUPERVISION	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

	impacto de las atenciones en territorio realizados definidos por el coordinador del programa de APS					
10	Realizar acciones de Información, educación y comunicación en salud conforme a las necesidades en salud establecidas y a las programadas por cada uno de los EBS de manera individual, familiar y comunitaria, guardando relación con las metas concertadas con el coordinador del programa.			X		-
11	Coordinar la gestión con los servicios sociales ubicados en el territorio, la asistencia social de las personas, familias o comunidades, que por su situación lo requieran según el perfil designado en el EBS.			X		
12	Conformación y fortalecimiento de mínimo dos redes comunitarias establecidas en los territorios asignados, según la meta establecida por el EBS y coordinador del programa			X		-
13	Diligenciamiento de la cartografía social en salud, de acuerdo con su perfil profesional.			X		-
14	Garantiza el cumplimiento de las atenciones en salud a más del 80% de la población que demanda o requiere atención integral conforme a las Rutas Integrales de Atención en Salud Materno Perinatal y de Promoción y Mantenimiento de la Salud.			X		-
15	Acompañamiento en territorio al 100% de los procesos caracterización y seguimiento realizados por los EBS y en el marco de la meta establecida con el coordinador del programa.			X		-
16	Activar los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad en la atención por microterritorio asignado.			X		-
17	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud por microterritorio asignado.			X		
18.	Realizar reuniones al interior del equipo para seguimiento, capacitación, cuidado al cuidador, asesoría y supervisión al trabajo colaborativo, así como el análisis de casos y definición de la conducta de manejo, por microterritorio asignado.			X		
19.	Registrar las historias clínicas y planes de cuidados realizados a cada uno de los pacientes atendidos en el sistema SIHOS.			X		

Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
--	---	--



HOSPITAL SAN JOSE ESE
ORTEGA TOLIMA
NIT. 890.700.967-1

Código: GC-FO-61

INFORME DE SUPERVISION

Versión: 01

Fecha: 06/06/2024

260

	recolección de la información, los cuales deberán cumplir con el correcto diligenciamiento en todas sus variables sin tachones y enmendaduras, debidamente foliados y archivados según ley de archivo. Así mismo una copia con los soportes en CD, de las evidencias fotográficas por cada una de las actividades y los formatos de recolección de información, por micro territorio asignado.					
21.	Realizar informes mensuales según los lineamientos técnicos definidos por el coordinador en el marco del programa de APS.			X		
22.	Apoyar las actividades de las ESAS necesarias para la implementación de la Atención Primaria en Salud conforme a los procesos de canalización y Resolutivas de las acciones a salud a desarrollar en la institución o extramuralmente.			X		
23.	Mantener el inventario de bienes, equipos y elementos a su cargo, haciéndose responsable del estado, aseo y buen funcionamiento de estos.			X		
Concepto general del cumplimiento de las obligaciones				X		CUMPLIO CON SUS ACTIVIDADES EXITOSAMENTE

4. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA:


1. Se le recomienda que el informe de Actividades debe ser entregarse en la fecha estipulada del 25 al 5 de cada mes para poder realizar la supervisión del contrato.
2. Asistir a todas las capacitaciones citadas por el servicio de Administración, Gerencia
3. Realizar la segregación adecuada de los residuos hospitalarios.
4. Mantener en completo orden el sitio de trabajo.

5. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:

ITEM	PERIODO DE PAGO AÑO - MES	FECHA DE PAGO AÑO - MES - DÍA	VALOR	No DE LA PLANILLA
SALUD	OCTUBRE-2024 NOVIEMBRE-2024	2024/10/18	\$400.000	1067050981
		2024/11/04	\$400.000	1067746425
RIESGOS PROFESIONALES	OCTUBRE-2024 NOVIEMBRE-2024	2024/10/18	\$78.000	1067050981
		2024/11/04	\$78.000	1067746425
PENSION	OCTUBRE-2024 NOVIEMBRE-2024	2024/10/18	\$512.000	1067050981
		2024/11/04	\$512.000	1067746425

6. ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE- NOVIEMBRE

Elaboro: Angela Milena Ramírez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
--	---	--

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-61
	INFORME DE SUPERVISION	Versión: 01
		Fecha: 06/06/2024

261

6. ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE OCTUBRE- NOVIEMBRE

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
RELACIONAR SOPORTES DEL INFORME: INFORME DE ACTIVIDADES DE LOS DIAS 15 OCTUBRE AL 14 DE NOVIEMBRE DE 2024 Y SEGURIDAD SOCIAL DE MES DE OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE AÑO 2024			

7. PROCEDE PAGO EN ESTE PERIODO:

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
EN CASO DE PROCEDER PAGO SE ANEXA AL PRESENTE INFORME CERTIFICACIÓN PARA PAGO			

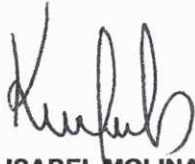
8. OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

Se constató oportunamente por parte en la oficina de contratación, el suministro completo de los documentos contractuales y legales exigidos como requisito previo para la ejecución del contrato.

Incapacidades: No presento ninguna incapacidad.

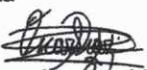
Este informe se genera para habilitar por parte de la entidad contratante, el pago de los honorarios de los días del **15 OCTUBRE AL 14 DE NOVIEMBRE** por la suma de **\$8.000.000**

Asistentes,



KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS

Contratista



VB.

Anexo: Pago de seguridad social
Informe de actividades
Evidencias fotográficas



ANGELA MILENA RAMIREZ PRECIADO
Supervisor

Elaboro: Angela Milena Ramirez Preciado Administradora	Reviso: Karina Sanchez Sanchez Asesora de Calidad	Aprobó: Diana Marcela Campos Barrios Gerente
---	--	---



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

22/11/2024 - 17:47

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST
Nombre Proceso	PAGO A PEROSNA DE APS
Cuenta Origen de los Fondos	OFICIAL - 550167400145089
Fecha del Pago	22/11/2024
Hora del Pago	17:45

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1140887695	Referencia	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	488446613934	Entidad destino	DAVIVIENDA
Valor	\$ 7.978.000,00	Estado	Pago Exitoso



HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA
CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151
Nit. 890700967-1

CUENTA POR PAGAR
No.10739
Fecha: 22/11/2024

Tercero

CC 1140887695 KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS
Dirección: CRA 18B 33 27 URB SAN JOSE ET 1 Teléfono: 3007533456
Documento Presupuestal: COM - 363 Documento Externo: 003 Fecha Documento Externo:

Descripción

CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO PARA LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E. SEGUN EL CONTRATO 214

Centro de Costos		Valor
000006	PROMOCION Y PREVENCION	\$8.000.000.00

Subtotal:	\$8.000.000.00
I.V.A:	\$0.00
Total:	\$8.000.000.00

Son

OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE


BENEFICIARIO


DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713



HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151

Nit. 890700967-1

COMPROBANTE EGRESO No.16761

Fecha: 22/11/2024

262

Tercero

CC 1140887695 KAREYMIS ISABEL MOLINA DE LA RANS
Dirección: CRA 18B 33 27 URB SAN JOSE ET 1 Teléfono: 3007533456

Datos del Pago

Forma de Pago : TRANSFERENCIA ELECTRONICA BANCO DAVIVIENDA Cuenta : 167400145089

Concepto

SE CANCELA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ENFERMERO PARA LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E. SEGUN EL CONTRATO 214

Documento	Numero	Factura			Valor
		Documento	Numero	Fecha	
CUENTA POR PAGAR	10739	FCP	003		\$8.000.000.00
Total : \$8.000.000.00					

Edición Contable			
Codigo	Cuenta	Deber	Haber
249055	Servicios	\$8.000.000.00	
243615	A EMPLEADOS ART 383 E.T		\$22.000.00
11100613	DAVIVIENDA 5089 EQUIP. BAS.		\$7.978.000.00
Total		\$8.000.000.00	\$8.000.000.00

SON

OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE


BENEFICIARIO


DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713