



**CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO**

1397

**INFORMACIÓN CONTRACTUAL**

Nombre del (la) Contratista: YENNY ELENA PALACIOS PINILLA

Tipo de Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS

Contrato N°: 068 DE 2025

Documento de Identidad: CC N° 54 259 857

Nombre de Supervisor(a) o Interventor(a): LUZCELY CORDOBA CHAVERRA

Cargo Supervisor(a) o Interventor(a): SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDO

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LAS ACCIONES DE FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDO

**MANIFESTACIÓN DE INTENCIÓN**

Se revisada la documentación enviada por el señor YENNY ELENA PALACIOS PINILLA en su calidad de contratista/convenido del Municipio de Quibdó de acuerdo con el contrato (conveni 068 en cumplimiento de la cláusula 7 del convenio/contrato en mención, solicito respetuosamente realizar el tramite de pago (o desembolso), con base en la siguiente información y anexos de cumplimiento que se relacionan

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Número cuenta del (a) Contratista: 53655348120 Banco: Bancolombia Tipo cuenta: Ahorro

Fecha de inicio (Según Acta): 27-feb.-2025 Plazo de Ejecución: 10 meses, y 10 días

Fecha de terminación (Incluye prórrogas): 31-dic.-2025

VALOR INICIAL	\$	52.700.000,00
Adición 1		-
Adición 2		-
Adición 3		-
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>52.700.000,00</b>

Prórrogas	Días
Prórroga 1	
Prórroga 2	
Prórroga 3	

**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**

No. Certificado Disponibilidad Presupuestal	No. Registro Presupuestal	Fecha Registro Presupuestal	Código Rubro Presupuestal	Valor a pagar por Rubro Presupuestal en el presente pago
144	952	25/02/2025	2.3.2.02.02.009.19.05.07	680.000

**INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

Salud	250.000	EPS	NUEVA EPS	Número de planilla	9481677615
Pension	320.000	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9481677615
A.R.P.	10.500	A.R.P.	POSITIVA	Número de planilla	9481677615

\*\*\*Nota: El pago del Fondo de Solidaridad Pensional - FSP, aplica únicamente cuando la base de cotización es mayor a 4 SMMLV

**INFORMACIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN DEL PAGO**

No. PAGO	PERIODO DE PAGO		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR SIN IVA	IVA	VALOR TOTAL A PAGAR	SALDO POR PAGAR
	DESDE	HASTA						
1	27-feb-25	28-feb-25	1,29%		680.000	-	680.000	52.020.000

**CERTIFICACIÓN**

El/ la suscrito (a) supervisor (a) / interventor (a) certifica, Que, YENNY ELENA PALACIOS PINILLA, identificado(a) con CC N° 54 259 857 cumplió a satisfacción con el objeto del (la) PRESTACION DE SERVICIOS N° 068 de 2025, de acuerdo con el informe presentado.

Que se verificaron los pagos efectuados por el (la) contratista al Sistema General de Seguridad Social y/o aportes parafiscales, correspondiente al presente periodo de pago, los cuales se efectuaron de

Que, con base en lo anterior se avala el pago por un valor de \$ 680.000 incluido IVA.

Fecha de expedición:

28 de febrero de 2025  
Supervisor  
 Año

Ed



MUNICIPIO DE QUIBDÓ  
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA  
GESTIÓN FINANCIERA

Aplica para personas naturales no comerciantes  
NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

FECHA DE EXPEDICIÓN

28/02/2025

CONSECUTIVO NRO. 1

ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE QUIBDÓ  
NIT. 891.680.011-0

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE	YENNY ELENA PALACIOS PINILLA	NIT. Ó C.C	54.259.857
NRO. DE CUENTA	53655348120	TIPO DE CUENTA	AHORRO
BANCO	BANCOLOMBIA	CIUDAD	QUIBDO
DIRECCIÓN	CALLE 27 E # 27-161	TELÉFONO	3233972874

CONCEPTO

PRESTACION DE SERVICIOS

NRO.

068

Cuyo objeto es

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LAS ACCIONES DE FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDÓ. CORRESPONDE AL PERIODO DEL 27 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO DE 2025

VALOR EN NÚMEROS \$680.000

SUBTOTAL

680.000

IVA ASUMIDO

TOTAL

680.000

VALOR EN LETRAS:

SEIS CIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE

ENDOSO 1:

Beneficiario del endoso:

NIT/CC

Cuenta

Banco

Tipo

Concepto

Valor

\$ 0

ENDOSO 2:

Beneficiario del endoso:

NIT/CC

Cuenta

Banco

Tipo

Concepto

Valor

\$ 0

FIRMA

DIRECCIÓN

TELÉFONO

*Yenny Elena Palacios Pinilla*  
CALLE 27E#24-161  
3233972874

Quibdó, 28 de febrero de 2025 ✓

Señores  
ALCALDIA MUNICIPAL DE QUIBDO

REF: CERTIFICACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016- RENTAS DE TRABAJO.

### CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, **YENNY ELENA PALACIOS PINILLA**, identificada con cedula de ciudadanía No 54259857 expedida en Quibdó con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo 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 honorarios y por compensación por servicios personales. (Parágrafo 2 ART 383 E.T).

SI ( )

NO ( X )

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,

  
YENNY ELENA PALACIOS PINILLA

C.C.54259857 de QUIBDO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 54259857		PALACIOS PINILLA YENNY ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 N 19 51	QUIBDO-CHOCO	6717262	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	16180069	9481677615	I	2025/03/14	2025/02/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$580,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
1	CC 54259857	PALACIOS YENNY	25-14	30	\$2,000,000	\$320,000	EPS037	30	\$2,000,000	\$250,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,000,000	\$10,500	0	\$0	\$0	
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$0	\$0	\$320,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$320,000	\$0	\$0	\$320,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$0	\$0	\$250,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$250,000	\$0	\$0	\$250,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$580,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$580,500</b>	



<b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b>	
FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025	

5 DATOS DEL INFORME					
Mensual X			Final		
Informe mensual de actividades Nro. <b>1</b>					
Fecha de Presentación:	28 de febrero de 2025	Período del informe:	DESDE: 27 de febrero de 2025 HASTA: 28 de febrero de 2025		
Nombre del Contratista:	<b>YENNY ELENA PALACIOS PINILLA</b>		Nro. de documento de identidad:	<b>54259857</b>	
Correo Electrónico:	yelenapalacios@gmail.com		Nro. de teléfono:	3233972874	
Nombre Interventor(a) o Supervisor(a):	<b>LUZCELY CORDOBA CHAVERRA</b>		Nro. de documento de identidad:	<b>35895926</b>	
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	N/A		Nro. de documento de identidad:	N/A	
Valor del Contrato:	\$52.700.000		Valor de Adición:	\$ N/A	
DATOS DEL CONTRATO					
Contrato Nro.	<b>068</b>				
Objeto:	<b>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LAS ACCIONES DE FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS DE LA OFICINA DE VIGILANCIAS EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDÓ.</b>				
CDP Nro.	144	CRP Nro.	952		
Póliza Nro.	No aplica	Fecha Acta de Aprobación Póliza:		No aplica	
Plazo:	DOS (10) MESES Y DIEZ (10) DIAS	Fecha de Iniciación:	27 de febrero de 2025	Fecha de Terminación:	31 de diciembre de 2025
Modificaciones al Contrato:	<i>(Relacione aquí todo lo correspondiente a una prórroga, adición y/o suspensión, si es el caso)</i>				
EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO					
Obligaciones Contractuales		Actividades realizadas y/o productos entregados		Soportes	



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025

<p>1. Apoyar la ejecución del Plan de vigilancia y demás acciones que programe en el área, para ello deberá organizar un plan operativo de las actividades conformes a los productos asignados de manera periódica, haciendo el debido seguimiento y ajuste respectivo.</p>	<p>Durante el desarrollo de esta actividad se participa se participa en la socialización, e identificación de los riesgos, evaluar los factores de riesgo, y establecer medidas de control durante las acciones realizadas. Realización de boletines, comité de vigilancia epidemiológica, informes de eventos de interés en salud pública, asistencias técnicas y comités de estadísticas vitales.</p>	<p>Registro fotográfico Pantallazos Actas de los comités Registro de asistencias</p>
<p>2. Apoyar como epidemióloga el análisis y monitoreo del comportamiento de los eventos responsables de referentes no especializados en epidemiología.</p>	<p>Apoyo a los diferentes referentes para el cumplimiento de las funciones establecidos en el Decreto 780 de 2016.</p> <p>Se hace seguimiento al número de casos probables o sospechosos de los diferentes eventos y establecer datos reales sobre la incidencia y prevalencia de los mismos en los territorios nacionales.</p> <p>Identificar sitios con alto número de casos sin ajustar y establecer medidas de mejoramiento.</p> <p>Ajustes de eventos y revisión de las bases de datos.</p>	<p>Registro fotográfico Pantallazos Registro de asistencia</p>
<p>3. Acompañar (por lo menos 1 vez al mes o cuando sea casos especiales) en terreno a las visitas de investigación epidemiológica de campo y las búsquedas activas comunitarias que realiza el personal técnico, haciendo la debida retroalimentación.</p>	<p>Durante el mes de febrero no se presentaron casos de los eventos asignados para realizar IEC y búsqueda activa institucional.</p>	<p>N/A</p>



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025

<p>4. Realizar análisis de casos para el desarrollo de las unidades de los eventos que los requieran conjuntamente con el resto del equipo involucrado.</p>	<p>Durante el mes de febrero no se presentaron casos de los eventos asignados, para realizar unidades de los eventos con el equipo involucrado.</p>	<p>N/A</p>
<p>5. Socializar y presentar trimestralmente un informe técnico, operativo y de gestión de los avances de acuerdo con los eventos asignados.</p>	<p>Se hace seguimiento a los informes de vigilancia en salud pública agrupan las acciones necesarias para gestionar los eventos y situaciones de interés en salud pública, integrando los procesos y procedimientos que complementan los protocolos de vigilancia.</p> <p>Realización de boletines</p>	<p>Registro fotográfico Boletín del mes de febrero</p>
<p>6. Generar alertas tempranas, sugerir y participar en la atención de planes de respuesta a brotes o emergencias en salud cuando se presenten.</p>	<p>Durante el mes de febrero no se presentaron casos de los eventos asignados, para dar respuestas a brotes o emergencias en salud</p>	<p>N/A</p>
<p>7. Realizar las debidas orientaciones técnicas o asesorías semanales y educación continua al personal técnico asignado, de acuerdo a las necesidades evidenciadas durante el desarrollo operativo de sus tareas.</p>	<p>Se realiza orientaciones técnicas a los referentes y auxiliares, con el objetivo de alinear las funciones a ejecutar.</p>	<p>Registro fotográfico Pantallazos</p>



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025

<p>8. Realizar jornada de correlación entre programa y SIVIGILA (semanalmente) en conjunto con sistemas de información, de acuerdo con el o los eventos asignados, realizando los ajustes requeridos, la georreferenciación de los casos y mantenerlos actualizados,</p>	<p>Se desarrolló jornada semanal en el Hospital Ismael Roldan Valencia, con el objetivo de realizar los diferentes ajustes de los casos requeridos y la georreferenciación.</p> <p>Apoyo en la suministración de Bases de datos de los eventos de interés en salud pública a los referentes asignados, para la construcción de Boletín epidemiológico con corte a periodo 2 del 2025.</p>	<p>Registro fotográfico</p> <p>Boletines</p> <p>Actas</p> <p>pantallazos</p>
<p>9. Apoyar la elaboración y presentación de informes mensuales internos y externos según los eventos asignados.</p>	<p>Apoyo y revisión de informes de los eventos de interés en salud pública de Sífilis gestacional y congénita, IAAS, desnutrición, tuberculosis, Ca de mama y cuello uterino y Ca en menores de 18 años, a los referentes y remisión a la coordinadora de VSP para su V.B.</p>	<p>Registro fotográfico</p> <p>Pantallazos</p> <p>Boletines</p> <p>Registro de asistencia</p>



<b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b>	
FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025	

<p>10. Las demás actividades que le sean asignadas por su supervisor y que estén acordes con la naturaleza del cargo y la dependencia.</p>	<p>Asistencia a la reunión de la mesa de adulto mayor. Participación del comité de estadísticas vitales.</p> <p>Garantizar que la información generada en la certificación de los hechos vitales - nacimientos y defunciones consolidada por la IPS FUNVIDA, sea registrada de manera oportuna a través de la herramienta RUAF ND, cumpliendo con los atributos de calidad (completitud, coherencia, consistencia y veracidad).</p>	<p>Registro de asistencia Registro fotográfico Actas</p>
--	---	--

**OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

**SUSCRIPCIÓN DEL INFORME**

*El supervisor con la firma del presente documento certifica que verificó el cumplimiento de las obligaciones contractuales para el periodo de presentación de este informe, como el pago de los aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social, por concepto de salud, pensiones y ARL, por tal razón, se autoriza el pago al Contratista de la suma de SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$680.000)*

<p><i>Yenny Elena Palacios</i></p> <p>Firma del contratista</p>	<p><i>LUZCELY CORDOBA CHAVERRA</i></p> <p>Firma Supervisor</p>
<p>Nombre de la Contratista: YENNY ELENA PALACIOS PINILLA</p>	<p>(Nombre de la supervisora: LUZCELY CORDOBA CHAVERRA</p>



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025

**Registro fotográfico**

**LISTADO DE  
ASISTENCIA  
COMITÉ DE EEVV-  
FEBRERO-2025**

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Does this form look suspicious? [Informe](#)

**Google Formularios**

**Asistencia a la mesa departamental de adulto mayor**







**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025

## Listado Asistencia Lineamientos Nacionales para la Vigilancia en Salud Pública 2025

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó fuera de tu dominio. - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Does this form look suspicious? [Informe](#)

Google Formularios

## ASISTENCIA TECNICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD, REHABILITACION BASA EN LA COMUNIDAD Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS.

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó fuera de tu dominio. - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Does this form look suspicious? [Informe](#)

Google Formularios

Tel: (4) 6712175

[www.quibdo-choco.gov.co](http://www.quibdo-choco.gov.co)

[contacto@quibdo-choco.gov.co](mailto:contacto@quibdo-choco.gov.co)

Carrera 2 #24a-32 / Quibdó-Chocó - código postal 270001



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025



Gobernación  
del **Chocó**

Secretaría  
de Salud

## COVE Departamental Eventos Inmunoprevenibles

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó fuera de tu dominio. - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Does this form look suspicious? [Informe](#)

Google Formularios

### Asistencia técnica Hospital Ismael Roldan Valencia



Tel: (4) 6712175

[www.quibdo-choco.gov.co](http://www.quibdo-choco.gov.co)

[contacto@quibdo-choco.gov.co](mailto:contacto@quibdo-choco.gov.co)

Carrera 2 #24a-32 / Quibdó-Chocó - código postal 270001



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025

ALCALDÍA DE QUIBDÓ SECRETARÍA DE SALUD  
NIT. 891680011-0

ACTIVIDAD: *Asistencia técnica de malaria - Hospital Ismael Roldan Velencia*

FECHA: *24/02/25* Hora: *2:30pm*

REGISTRO DE ASISTENCIA						
1	NOMBRE	DOCUMENTO	CELULAR	INSTITUCION	CORREO	FIRMA
2	<i>Rhany Eleuterio Delgado</i>	<i>91259887</i>	<i>3233972874</i>	<i>SSDQ</i>	<i>rhanydelgado@gmail.com</i>	<i>[Signature]</i>
3	<i>Denny Vargas</i>	<i>1077431107</i>	<i>3104722320</i>	<i>HLRV</i>	<i>myillhaharguez@gmail.com</i>	<i>[Signature]</i>
4	<i>Amilcar Fajardo</i>	<i>1077421629</i>	<i>310570732</i>	<i>SSM</i>	<i>amilcarfajardo@hospit.com</i>	<i>[Signature]</i>
5	<i>Wilson Quiroz</i>	<i>1077411341</i>	<i>310490886</i>	<i>HLRUL</i>	<i>wilsonquiroz@gmail.com</i>	<i>[Signature]</i>
6	<i>Carlos Andrés Kerdá-H.</i>	<i>8.356.737.</i>	<i>3105364919</i>	<i>HLRV</i>	<i>Carlos.p316@gmail.com</i>	<i>[Signature]</i>
7	<i>Jhon Francis Moreno R.</i>	<i>1077472794</i>	<i>3117865454</i>	<i>HLRV</i>	<i>leysesmoreno@hotmail.com</i>	<i>[Signature]</i>
8	<i>Kevin Elyzer Casas Dominguez</i>	<i>1077463626</i>	<i>310527063</i>	<i>HLRV</i>	<i>Kevinstiwacasas@hotmail.com</i>	<i>[Signature]</i>
9	<i>Francisco Javier Changos</i>	<i>1077457173</i>	<i>3104434380</i>	<i>SSPD</i>	<i>franciscobp@gmail.com</i>	<i>[Signature]</i>
10						
11						
12						
13						
13						

Responsable: *Coordinación de Vigilancia en Salud Pública* Area: \_\_\_\_\_

**Mesa departamental de evento malaria**





**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

FECHA DE APLICACIÓN: DE FEBRERO DE 2025

## Listado de Asistencia sobre Protocolos de Notificación para Eventos de Interés en Salud Pública

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Does this form look suspicious? [Informe](#)

Google Formularios

The screenshot shows a Google Forms interface. On the left is a green vertical bar. The main content area has the following text: "Gobernación del Chocó" with a logo, "Secretaría de Salud", "GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO CHOCÓ SECRETARIA DE SALUD", and "PROTOCOLOS DE NOTIFICACIÓN PARA EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA". On the right side, there is a grid of user avatars, with one highlighted in blue. Below the grid is a navigation bar with a back arrow, "1/4", and a forward arrow. At the bottom left, there is a small notification: "VIGILA - Secretaría de Salud (No comprobado)".