INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICO – FINANCIERA DE LOS RECURSOS ASIGNADOS POR EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA – SECRETARIA DE SALUD PARA CONCURRIR, SUBSIDIAR Y COMPLEMENTAR EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DE LA CONTINGENCIA DE FIEBRE AMARILLA EL MUNICIPIO DE VILLARRICA

1. CONTEXTO TERRITORIAL Y POBLACIONAL

El municipio de Villarrica está localizado en el Oriente del Departamento del Tolima, su cabecera se encuentra a 115.6 kilómetros de Ibagué, capital del Departamento; en las coordenadas 3°56´11" Latitud Norte y 74°36´5" de Longitud al Oeste del meridiano de Greenwich, con una altura de 1.104 m.s.n.m., una temperatura media de 24 °C y una precipitación media anual de 1.848mm. El área urbana del municipio se encuentra conformada por 6 barrios y el área rural, incluyendo los sectores rurales dispersos conformados por 32 veredas y un centro poblado.

Límites geográficos

El municipio de Villarrica limita por el Norte con el municipio cunday, por el Sur con el municipio de Dolores, por el Occidente con el municipio de Cunday Y por el Oriente con los municipios de Cabrera y Dolores.

Tabla 1. Distribución del área del municipio, 2021

Concepto	Área (km²)	Porcentaje (%)
Total municipal	480.00	100%
Zona urbana	0.4176	0.087%
Zona rural	479.5824	99.913%

La extensión territorial urbana corresponde tan solo a 0,417 Km. (0,087%) del total de territorio que conforma el municipio.

El municipio de Villarrica, según las proyecciones poblacionales para el año 2025 basadas en el Censo del 2018 y proporcionadas por el DANE, se espera que albergue un total de 5.245 habitantes. Esta población se distribuye entre las zonas rurales y urbanas del municipio, reflejando una interesante dinámica demográfica. De este total, el 62,32%, que equivale a aproximadamente 3.129 personas, reside en el área rural, lo que destaca la importancia de la agricultura, la ganadería y otras actividades económicas ligadas al campo para la vida de Villarrica. Por otro lado, el área urbana alberga al 37,68% de la población, unos 1892 habitantes, evidenciando una distribución concentrada en el área rural.

Tabla 2. Distribución de población según municipio, 2018

Municipio	Total de población		Población urbana		Población rural	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Villarrica	5.021	100 %	1.892	37,6%	3.129	62,3 %

Fuente: TerriData

Grado de urbanización

En el municipio de Villarrica para el año 2018, el grado de urbanización es del 37,6%; por lo que se puede estimar que 37 de cada 100 habitantes residen en la cabecera municipal (área urbana) del municipio.

Número de Viviendas

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV 2018 (DANE 2018), en el Municipio de Villarrica existe un total de 2571 unidades de vivienda, de las cuales no hay viviendas con personas ausentes, 226 corresponden a viviendas de uso temporal, 459 son viviendas desocupadas y 1886 representan las viviendas con personas presentes (ocupación).

Número de hogares

El número de hogares en el Municipio de Villarrica reportado por el Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV 2018 (DANE 2018) es de 1.886 de los cuales 741 se encuentran en la cabecera municipal y 1.145 en el área rural y rural disperso. En relación Hogares / Unidades de vivienda, se estima que por cada unidad de vivienda en el Municipio de Villarrica existen 2,7 hogares.

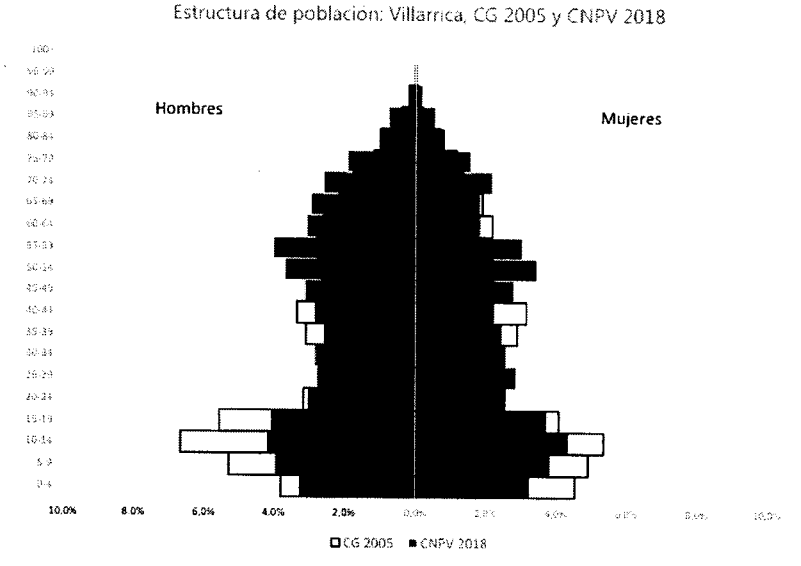
Tabla 3. Distribución de Hogares Según Ubicación

Municipio	Total, de hogares	Hogares cabecera municipal	Hogares centros poblados y rural disperso
Villarrica	**1.886**	**741**	**1.145**

Fuente: DANE 2018

La distribución por sexo muestra que el 53,1% de la población del Municipio de Villarrica pertenece al sexo femenino y el 46,9% al sexo masculino. La mayor proporción de población 55,2% se ubica en el grupo etario de población entre 15 y 59 años. La distribución por sexo y grupo etario se observa en la grafico.

Tabla 4. Distribución de la estructura de la población del municipio por grupo etario y sexo, 2018



Fuente: DANE 2018

2. TERRITORIO - MICROTERRITORIO

Tabla 5. Distribución de microterritorios, barrios y hogares de intervención

TERRITORIO	AREA	Nº	MICROTERRITORIO	Nº DE VIVIENDAS
T° 1	RURAL DISPERSION MEDIA-BAJA	Mº 1	COLONIA	48
		Mº 2	GUANACAS	55
		Mº 3	CASTILLO	29
		Mº 4	SAN JOAQUIN	27
		Mº 5	MANZANITA	52
		Mº 6	ALTO BELGICA	53

		Mº 7	BAJO BELGICA	81
		Mº 8	CUINDE BLANCO	61
		TOTAL		**406**
TERRITORIO	AREA	Nº	MICROTERRITORIO	Nº DE VIVIENDAS
Tº 2	RURAL DISPERSION MEDIA	Mº 9	GALILEA	0
		Mº 10	ALTO PUERTO LLERAS	26
		Mº 11	PUERTO LLERAS	43
		Mº 12	CUATRO MIL	25
		Mº 13	RIO LINDO	36
		Mº 14	EL PARAISO	18
		Mº 15	BERLIN	65
		Mº 16	EL CRUCERO	42
		Mº 17	LA BOLSA	7
		Mº 18	MERCADILLA	64
		Mº 19	EL RECUERDO	39
		TOTAL		**365**
TERRITORIO	AREA	Nº	MICROTERRITORIO	Nº DE VIVIENDAS
Tº 3	RURAL DISPERSION MEDIA-BAJA	Mº 20	ARCADIA	26
		Mº 21	LA SAMARIA	42
		Mº 22	LOS ALPES	203
		Mº 23	EL HOYO	66
		Mº 24	LA ESPERANZA	31
		Mº 25	EL DARIEN	26
		Mº 26	CAMPO SOLO	41

		TOTAL		**435**
TERRITORIO	AREA	Nº	MICROTERRITORIO	Nº DE VIVIENDAS
Tº 4	RURAL DISPERSION MEDIA-BAJA	Mº 27	MARAYAL	60
		Mº 28	BAJO ROBLE	52
		Mº 29	ALTO ROBLE	28
		Mº 30	ALTO MOSCU	36
		Mº 31	LA ISLA	105
		Mº 32	EL DIVISO	86
		TOTAL		**367**
TERRITORIO	AREA	Nº	MICROTERRITORIO	Nº DE VIVIENDAS
Tº5	URBANA CONCENTRACION	Mº 33	OBRERO	69
		Mº 34	CENTRO	182
		Mº 35	PATIÑO	116
		Mº 36	TRUJILLO	28
		Mº 37	MIRAFLORES	281
		Mº 38	GAITAN	107
		Mº 39	ANDALUCIA	88
		TOTAL		**871**

3. COMPORTAMIENTO INDICADORES TRAZADORES DE SALUD

Análisis de la Mortalidad

La principal causa de mortalidad en el municipio de Villarrica evidenciada en el periodo comprendido entre 2005 - 2020, fueron las relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio, dentro de las que se destacaron las enfermedades isquémicas del corazón, y cerebro vasculares e hipertensivas ;

seguidamente de las demás causas que presentaron sus mayores tasas relacionadas a Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, Diabetes mellitus, Enfermedades del sistema urinario; Estas patologías están estrechamente relacionadas con el incremento poblacional de las personas mayores (longevidad), su proceso fisiológico de desacondicionamiento físico y así mismo las diversas patologías que se van adquiriendo dentro del proceso de envejecimiento.

El origen de las enfermedades del sistema circulatorio en el Municipio de Villarrica, pueden ser atribuidas a diferentes factores y determinantes, entre ellos por el proceso propio del envejecimiento de la población y el aumento en estos grupos poblacionales, que trae consigo deterioro y cambios fisiológicos que afectan el adecuado funcionamiento del sistema circulatorio, además los malos hábitos y condiciones de vida dentro de los que se destacan la inactividad física, la alimentación inadecuada y el abuso de sustancias como el alcohol y el cigarrillo Es preciso plantear estrategias de intervención dirigidas a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, promocionar la actividad física, la alimentación saludable y la eliminación del consumo de sustancias nicotínicas u alcohólicas, del mismo modo asistencias a los servicios de consulta a controles médicos para diagnóstico y tratamiento oportuno.

Dentro de las causas extremas se puede evidenciar Agresiones (homicidios), Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y Accidentes de Transporte terrestres; Para disminuir la incidencia de estos casos es fundamental implementar estrategias en las que se realice un trabajo multisectorial para involucrar a la sociedad y a las partes interesadas, como familia, comunidad e instituciones, para así mismo crear vínculos sociales de apoyo, en los que se pueda brindar apoyo a las personas en riesgo de depresión como a las personas que son víctimas de amenazas que ponen en riesgo su vida.
Las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez se relacionaron con ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y Malformaciones congénitas.

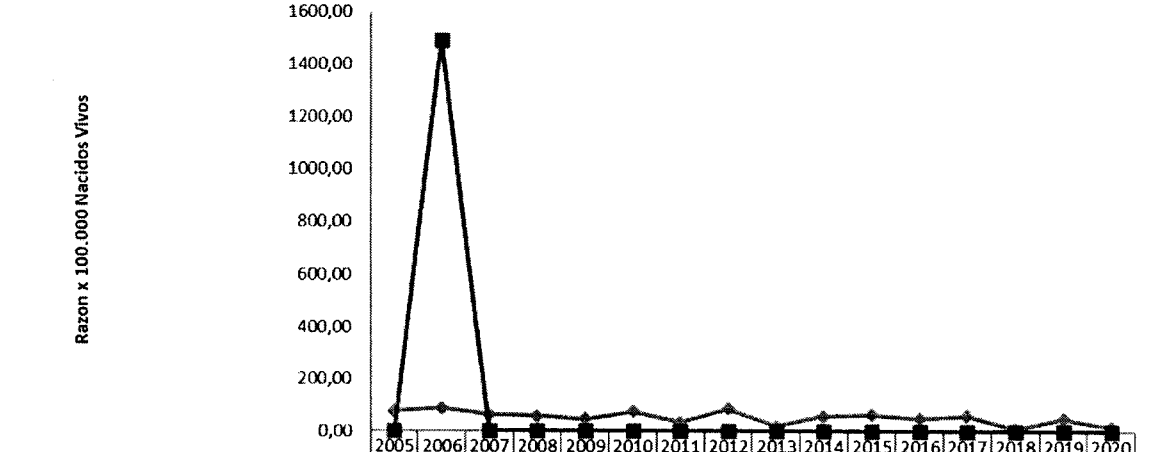
Tabla 6.. Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas 2020

Causa de muerte	Tolima	Villarrica	Comportamiento 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,67	0,00						-	-	-	-	-			-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,21	0,00	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,78	0,00	↗	↘		↗	↘		↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	10,86	0,00	↗	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	1078,00	7,19	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,38	22,67	↘		↗	↘	↘	↘							↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente	7,94	[redacted]	↗	↘					-	-	-	-	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	2,25	0,00	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	-	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	16,49	9,29													-	-	
Tasa de mortalidad especifica por edad por malaria	0,00	0,00	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	29,11	34,93															
Tasa de mortalidad especifica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,52	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE_SISPRO_MSPS.

En lo concerniente a los doce indicadores trazadores del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP para el municipio de Villarrica para el año 2020, se evidencia que en el municipio se tiene una tasa por encima del departamental en relación mortalidad ajustada por edad por lesiones autoinfligidas intencionalmente con tendencia al alza durante los últimos tres años, mostrando un incremento significativo en el 2020 con una tasa de 73,47 a comparación del año anterior con una tasa de 22,6.

Tabla 7. Razón de mortalidad materna 2020

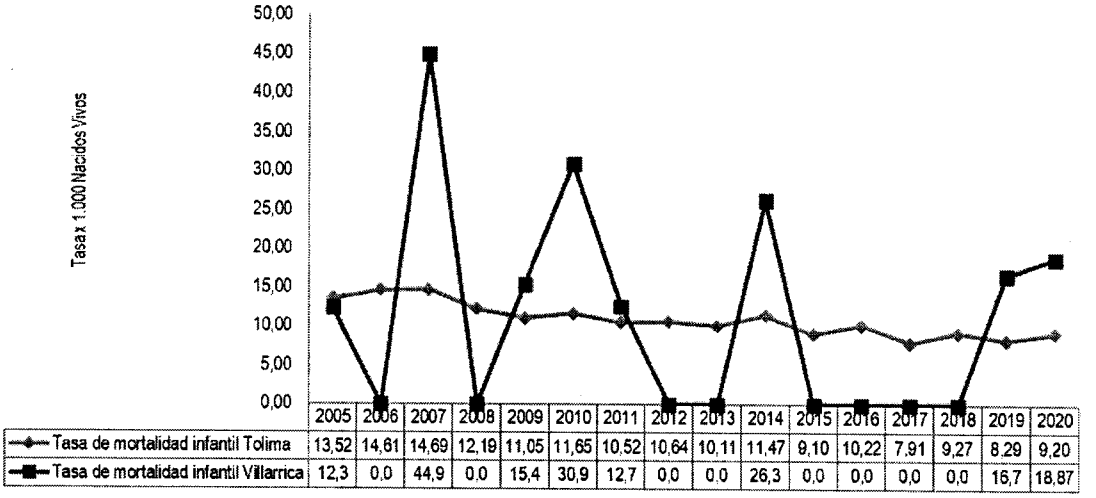


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad materna Tolima	77,27	87,74	63,65	60,04	48,27	76,66	35,56	87,00	21,29	60,08	65,77	51,12	62,15	11,67	50,22	18,77
Razón de mortalidad materna Villarrica	0,0	1492,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0

Fuente: DANE_SISPRO_MSPS.

Para el municipio de Villarrica en el periodo comprendido entre el 2005 al 2020, en los últimos diez años no se han presentado casos de mortalidad materna

Tabla 8. Tasa de mortalidad infantil 2020

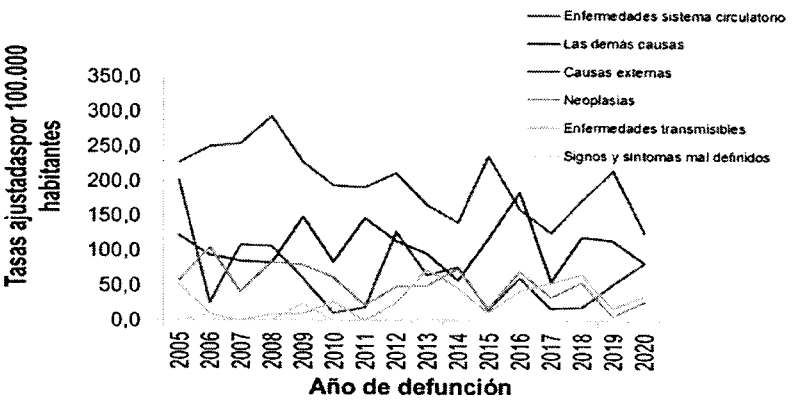


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa de mortalidad infantil Tolima	13,52	14,61	14,69	12,19	11,05	11,65	10,52	10,64	10,11	11,47	9,10	10,22	7,91	9,27	8,29	9,20
Tasa de mortalidad infantil Villarrica	12,3	0,0	44,9	0,0	15,4	30,9	12,7	0,0	0,0	26,3	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	18,87

Fuente: DANE_SISPRO_MSPS.

Dentro del periodo comprendido entre 2005 y 2020 se evidencian para el municipio de Villarrica se presentaron casos de mortalidad infantil en los años 2005 con una tasa de 12,3 en el año 2007 una tasa de 44,9 en el año 2009 (15,4) en el año 2010 (30,9), en 2011 (12,7), 2014 (23,3) en 2019 (16,7) y en el 2020 una tasa de 18,87 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, en la gran mayoría de casos presentados en los diferentes años los registros del municipio sobrepasan los indicadores de mortalidad para el departamento.

Tabla 9. Mortalidad por grandes causas, 2020



Fuente: DANE_SISPRO_MSPS.

Entre 2005 y 2020, las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvieron como la principal causa de muerte en Villarrica, con una tendencia irregular pero con disminución notable hacia 2020. Ese año, la tasa ajustada fue de 127.5 por 100,000 habitantes, menos de la mitad del pico registrado en 2008 (290.0). Esta reducción podría reflejar mejoras en atención primaria, prevención de enfermedades cardiovasculares o cambios en los registros, aunque persiste como un problema crítico de salud pública.

Las "demás causas" ocuparon el segundo lugar, con un comportamiento fluctuante. En 2020 mostraron una disminución respecto a 2018 (120 vs. 184.7 en 2016), pero sin un patrón claro de reducción sostenida. Este grupo requiere desagregación para identificar causas específicas
Las causas externas (accidentes, violencia) fueron la tercera causa, con una tendencia general a la baja desde 2005 (201.8) hasta 2020, aunque con repuntes como en 2012 (127.0). La disminución en años recientes podría asociarse a políticas de seguridad vial o reducción de violencia, pero la falta de datos detallados limita el análisis.
Las enfermedades circulatorias dominaron la mortalidad durante los 15 años analizados, lo que sugiere una necesidad permanente de fortalecer programas de prevención y control de hipertensión, diabetes y cardiopatías.

4. COBERTURAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

En el municipio de Villarrica, Tolima, las coberturas de promoción y mantenimiento

de la salud enfrentan importantes desafíos derivados de las condiciones socioeconómicas y geográficas del territorio. El 11.7% de la población carece de afiliación al sistema de salud, situación que se agrava en las zonas rurales donde este indicador se combina con otras privaciones como la falta de acceso a agua potable (45.8%) y sistemas adecuados de saneamiento básico (30.4%).
Estas circunstancias limitan significativamente la implementación efectiva de programas preventivos y de promoción de la salud. Adicionalmente, la alta tasa de informalidad laboral (92.9%) y el bajo logro educativo (73.8%) actúan como barreras para la participación en actividades de prevención y el seguimiento de hábitos saludables. El 5.8% de la población reporta dificultades para acceder a los servicios de salud, lo que indica que incluso las personas aseguradas enfrentan obstáculos para beneficiarse plenamente de las estrategias de promoción y mantenimiento.
Para mejorar esta situación, se requieren intervenciones integrales que incluyan la expansión de brigadas móviles de salud en zonas rurales, la integración de programas de promoción de la salud con iniciativas de reducción de pobreza, y el fortalecimiento de la red primaria de atención con un enfoque comunitario. Estas acciones son esenciales para garantizar que las estrategias de salud pública trasciendan el enfoque asistencial y aborden de manera efectiva los determinantes sociales que afectan la salud de la población villarricense.

5. SITUACIÓN PROBLEMA

El municipio de Villarrica enfrenta una situación compleja en materia de salud pública, determinada por factores geográficos, sociales y epidemiológicos que aumentan la vulnerabilidad de su población. La ocurrencia del primer caso de fiebre amarilla en la región evidenció las debilidades del territorio frente a enfermedades transmitidas por vectores, lo que se suma a problemáticas históricas como la alta prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio —principal causa de mortalidad—, la persistencia de enfermedades transmisibles como dengue y leishmaniasis cutánea, y la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, entre ellos accidentes ofídicos y mortalidad materna extrema.

La configuración territorial de Villarrica, donde el 99,9% corresponde a zona rural, genera barreras significativas de acceso a los servicios de salud. Las 32 veredas presentan pendientes pronunciadas, vías en mal estado y afectaciones frecuentes por deslizamientos, lo que limita la movilidad y dificulta la llegada de las intervenciones en salud. A estas condiciones se suman problemáticas

sociales como el 18,7% de analfabetismo en áreas rurales y el 95,5% de informalidad laboral, factores que limitan el acceso equitativo a oportunidades de desarrollo y a servicios básicos de salud.

El registro de fiebre amarilla en el municipio puso de manifiesto las falencias en vigilancia epidemiológica y control de vectores, particularmente en sectores cercanos al río Prado, donde las condiciones ambientales favorecen la proliferación de mosquitos. Esta situación se ve agravada por las bajas coberturas de vacunación y por las dificultades logísticas para ejecutar acciones preventivas en zonas dispersas. Asimismo, la carencia de agua potable (que afecta al 45,8% de la población rural) y las deficientes condiciones de saneamiento básico incrementan el riesgo de brotes de enfermedades infecciosas y parasitarias.

Ante este panorama, la conformación de los Equipos Básicos en Salud (EBS) surge como una respuesta estratégica para reducir las brechas en acceso y atención. Sin embargo, su impacto requiere de un enfoque integral que articule acciones en salud con intervenciones sobre los determinantes sociales. Es prioritario fortalecer las brigadas móviles para ampliar coberturas de vacunación en veredas apartadas, consolidar procesos de educación comunitaria orientados a la prevención y el autocuidado, y promover la articulación intersectorial para abordar problemáticas estructurales como el acceso al agua y la formalización laboral.

La situación en Villarrica demanda, por tanto, una respuesta coordinada, territorializada y sostenible que reconozca las particularidades sociales, ambientales y culturales del municipio, y que permita reducir los riesgos en salud pública que hoy afectan a su población.

6. ANÁLISIS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN SALUD DEL MUNICIPIO

El municipio de Villarrica enfrenta un escenario crítico en salud pública, marcado por el aumento de enfermedades transmisibles, crónicas no transmisibles y problemas de salud mental. Esta situación se agrava por las condiciones de inequidad social y las limitaciones en el acceso a servicios de salud, especialmente en las zonas rurales, donde reside la mayoría de la población. La creación del Equipo Básico de Salud de Concurrencia (EBSC) representa un avance significativo para abordar estas problemáticas, con un enfoque especial en la prevención y control de brotes como la fiebre amarilla, enfermedad que tuvo su primer caso registrado recientemente en la región.

La presencia de fiebre amarilla en Villarrica evidencia las vulnerabilidades del territorio frente a enfermedades transmitidas por vectores, sumado a factores como la deforestación, la cercanía a fuentes hídricas como el río Prado y las bajas coberturas de vacunación. Estas condiciones exigen una respuesta inmediata desde el enfoque colectivo, donde el EBSC juega un papel clave mediante acciones como la caracterización de riesgos, la educación comunitaria y la implementación de estrategias de prevención en los entornos más afectados. Aunque el equipo ha logrado una cobertura inicial del 60% en los hogares del municipio, persisten desafíos importantes, como la falta de recursos humanos especializados y las dificultades geográficas para llegar a las 32 veredas, muchas de ellas en zonas de difícil acceso.

El trabajo del EBSC debe priorizar la articulación con otros sectores, como ambiente y educación, para fortalecer la vigilancia epidemiológica y el control de vectores. Además, es fundamental ampliar las estrategias de vacunación contra la fiebre amarilla y otras enfermedades prevenibles, garantizando que las campañas lleguen a las comunidades más alejadas. La experiencia de Villarrica demuestra que, aunque la creación de este equipo es un paso importante, se requieren más recursos y una planificación territorial adaptada a las necesidades específicas de la población rural. Solo así se podrá reducir el impacto de las enfermedades transmisibles y mejorar las condiciones de salud en un municipio con altos índices de pobreza y exclusión social.

Este análisis refuerza la necesidad de mantener y expandir las intervenciones colectivas, con un enfoque integral que combine acciones en salud pública con políticas que aborden los determinantes sociales, como el acceso a agua potable y la formalización laboral. La fiebre amarilla es solo un ejemplo de las múltiples problemáticas que enfrenta Villarrica, pero su control puede servir como modelo para abordar otros desafíos en salud desde un enfoque comunitario y preventivo.

7. PLAN DE TRABAJO

Tabla 10. PLAN DE TRABAJO EBSC 2025

PLAN DE TRABAJO

PROCESO	ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4			
		SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4
PLANEACIÓN PROGRAMACIÓN Y OPERATIVA	Proceso contractual y de vinculación de equipos Básicos	X															
	Proceso de inducción: fortalecimiento de capacidades		X														
OPERACIÓN DE LA CONCURRENCIA Y FORTALECIMIENTO DEL PIC	Ejecución de Actividades			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SEGUIMIENTO Y MONITOREO	Reunión Mensual de Monitoreo y seguimiento con secretaria de salud Municipal				X				X				X				X
	Sistematización de la experiencia				X		X		X		X		X				X

7.1. ANÁLISIS DE ACTIVIDADES

En la fase inicial de ejecución, el equipo básico de salud en concurrencia concentró sus acciones en un total de 10 Microterritorios priorizados, de los cuales 7 pertenecen al Territorio 5 (área urbana del municipio de Villarrica) y 3 corresponden al Territorio 3 (zona rural).

La intervención en estos sectores se diseñó con el propósito de garantizar la cobertura vacunal contra la fiebre amarilla, identificar y superar barreras de

acceso a los servicios de salud y fortalecer la educación comunitaria en torno a la prevención de enfermedades transmisibles.

La priorización respondió a criterios de concentración poblacional, mayor número de rechazos y ausentes en el área urbana, así como a la necesidad de iniciar el despliegue en zonas rurales estratégicas, a pesar de las dificultades geográficas y de acceso. De esta manera, se estableció una base sólida para la expansión progresiva hacia el resto de los microterritorios del municipio, articulando acciones de promoción, prevención y vigilancia en salud pública.

TERRITORIO 5
MICROTERRITORIO 33 (Barrio Obrero)
MICROTERRITORIO 34 (Barrio Centro)
MICROTERRITORIO 35 (Barrio Patiño)
MICROTERRITORIO 36 (Barrio Trujillo)
MICROTERRITORIO 37 (Barrio Miraflores)
MICROTERRITORIO 38 (Barrio Gaitán)

En el Territorio 5, correspondiente al área urbana del municipio, se implementó una estrategia integral de intervención dirigida a los siete microterritorios que lo conforman, los cuales incluyen los barrios Obrero, Centro, Patiño, Trujillo, Miraflores y Gaitán. La ejecución de esta iniciativa se caracterizó por un enfoque territorializado y adaptado a las particularidades sociodemográficas de cada sector.

Las acciones se orientaron hacia la identificación y superación de barreras específicas que limitaban el acceso a la vacunación, tales como:

- Rechazos iniciales por desinformación o temor.
- Ausencia de población objetivo durante jornadas iniciales.
- Condiciones médicas temporales que postergaban la inmunización.

Mediante un trabajo de campo sistemático, que incluyó visitas casa a casa, seguimiento activo de casos y estrategias de educación individualizada, se logró revertir situaciones de no vacunación y fortalecer la confianza de la comunidad en el programa. Este acercamiento permitió no solo aclarar dudas, sino también adaptar las acciones a las necesidades específicas de cada

familia.

La alta concentración poblacional en esta zona urbana facilitó una optimización de recursos humanos y logísticos, permitiendo alcanzar coberturas de vacunación significativas en un período reducido. La articulación de un equipo en terreno comprometido y la aplicación de un modelo de microplanificación fueron clave para el éxito de la intervención.

Estos resultados no solo reflejan la efectividad de las estrategias implementadas, sino que constituyen además la base inicial para la sostenibilidad del plan de intervención y su posible réplica en otros contextos con características socioterritoriales similares.

TERRITORIO 3
MICROTERRITORIO 22 (Vereda los Alpes)
MICROTERRITORIO 24 (Vereda el Hoyo)
MICROTERRITORIO 26 (Vereda El Darién)

En el Territorio 3, conformado por veredas de topografía compleja y accesibilidad limitada —entre ellas, Los Alpes, El Hoyo y El Darren—, se implementó una estrategia diferenciada y adaptada a entornos rurales dispersos. La intervención enfrentó desafíos geográficos significativos, como vías secundarias, distancias extensas entre núcleos poblacionales y condiciones topográficas adversas, que históricamente han dificultado la prestación continua de servicios de salud.
A pesar de estas barreras, se logró revertir casos de no vacunación mediante un enfoque de persistencia programática que incluyó:

- Desplazamientos programados con equipos móviles de vacunación.
- Articulación con líderes comunitarios para la convocatoria y seguimiento.
- Adaptación de cadena de frío y recursos logísticos a condiciones de terreno irregular.

El avance en cobertura obtenido bajo estas condiciones no solo refleja un esfuerzo operativo y logístico considerable, sino también la capacidad de resiliencia del equipo territorial para garantizar el acceso a la vacunación en zonas de alta vulnerabilidad socio-territorial.
Este progreso inicial es estratégico para reducir brechas de equidad en salud y

constituye un avance fundamental en la mitigación de riesgos sanitarios en comunidades tradicionalmente postergadas. La intervención demostró que, incluso en escenarios de dispersión geográfica, es posible lograr avances significativos mediante una planificación contextualizada y un compromiso operativo sostenido.

De los 39 micro territorios que conforman el área de intervención, se ha logrado ejecutar la estrategia en 10 de ellos, lo que equivale a un 26% de avance en la cobertura territorial. Esta intervención inicial se ha distribuido entre 7 barrios del área urbana y 3 veredas de la zona rural, contextos en los cuales ya se han demostrado avances significativos mediante enfoques adaptados a cada realidad.

Los resultados obtenidos hasta el momento reflejan la efectividad de las estrategias implementadas, tanto en el entorno urbano con visitas casa a casa y educación personalizada, como en las veredas de difícil acceso, donde se ha superado la dispersión geográfica con un esfuerzo logístico considerable. Sin embargo, el 74% de micro territorios pendientes representa un desafío operativo de gran magnitud, especialmente ante la presencia de numerosas veredas dispersas que exigirán una mayor capacidad de desplazamiento, persistencia y adaptación de las estrategias.

Queda claro que, aunque se han sentado bases metodológicas sólidas y se han obtenido resultados alentadores en esta primera fase, el camino por recorrer demanda un esfuerzo continuo y ampliado. La experiencia ganada en estos primeros diez micro territorios servirá como hoja de ruta para avanzar en los restantes, siempre con el objetivo de reducir las brechas en el acceso a la vacunación y garantizar una cobertura equitativa en todo el territorio, sin dejar atrás a las comunidades más alejadas.

7.2. AVANCE GENERAL DE ACTIVIDADES CONTRATO CONCURRENCIA

El avance general refleja un 26% de microterritorios visitados (10 de 39), mientras que un 74% (29 de 39) permanece pendiente de intervención. Este resultado debe interpretarse como parte de una estrategia territorial planificada y escalonada. La priorización inicial de los microterritorios no fue aleatoria: se inició en el área urbana debido a la alta concentración de rechazos, ausentes y condiciones médicas temporales, y se proyecta avanzar progresivamente hacia la zona rural. El alto porcentaje de microterritorios aún pendientes corresponde, en su mayoría, a áreas de mayor dispersión geográfica, lo cual confirma que la estrategia se encuentra en fase de expansión activa, con la expectativa de incrementar sostenidamente la cobertura a medida que los equipos alcancen estas áreas.

Las intervenciones educativas se orientaron a la sensibilización frente a la fiebre amarilla, abordando de manera integral los mecanismos de transmisión, la identificación de sintomatología, las medidas de protección individual y colectiva, y la importancia de la vacunación como estrategia de protección

específica. Estas actividades fortalecieron el conocimiento comunitario y favorecieron la aceptación de la vacunación.
En paralelo, se implementó un sistema exhaustivo de búsqueda activa casa a casa, mediante barridos domiciliarios en los microterritorios priorizados. Este proceso incluyó la elaboración de carpetas numéricas por sector, el registro de población censada, la verificación de carnés de vacunación y la categorización de los motivos de no vacunación. Como resultado, se administraron 112 dosis de vacuna contra fiebre amarilla, de las cuales 62 correspondieron al punto fijo en la cabecera municipal y 50 se aplicaron en visitas comunitarias realizadas en veredas y barrios.

Se estableció un sistema de seguimiento activo para personas con contraindicaciones temporales, incluyendo la verificación de autorizaciones médicas para proceder con la inmunización una vez superada la condición. Se efectuaron visitas de reconvención a personas que inicialmente rechazaron la vacunación, aplicando estrategias de educación individualizada y resolviendo inquietudes específicas. Adicionalmente, se canalizaron hacia la red de servicios de salud aquellos casos con sintomatología compatible con fiebre amarilla u otras condiciones de interés en salud pública detectadas durante las visitas domiciliarias.

De manera complementaria, se realizaron 185 seguimientos específicos a adultos mayores, priorizando a esta población por su vulnerabilidad frente a enfermedades prevenibles. El despliegue de equipos móviles permitió garantizar la cobertura en veredas de difícil acceso, priorizando las de mayores brechas en servicios de salud y realizando visitas de recaptura en viviendas inicialmente cerradas, con el fin de asegurar el acceso universal a las acciones de promoción y prevención.

7.3. ANALISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS VACUNACIÓN Y COBERTURA

Tabla 11. Comparativo de resultados de vacunación y cobertura – Inicio vs. corte de ejecución.

FECHA	AUSENTES	RECHAZO	CONDICIONES MÉDICAS	PERSONAS VACUNADAS /CON ANTECEDENTE VACUNAL	%COBERTURA	POBLACIÓN TOTAL ENCONTRADA EN BARRIDO
14 de Julio	40	294	50	4214	94.15	4598
19 de Septiembre	10	193	36	4359	94.80	4598

El análisis comparativo de los resultados obtenidos entre el inicio del contrato y el corte más reciente evidencia un progreso sostenido en la cobertura vacunal y en la reducción de las principales barreras de acceso. En el momento inicial se registraban 40 personas ausentes, 294 rechazos y 50 casos con condiciones médicas que impedían la aplicación de la vacuna. En el corte actual estas cifras disminuyeron a 10 ausentes, 193 rechazos y 36 condiciones médicas, lo que refleja un avance importante en la localización de la población inicialmente no disponible, en la reconvención de usuarios que habían rechazado la vacuna y en el seguimiento a personas con contraindicaciones temporales que lograron posteriormente ser inmunizadas.

Este comportamiento demuestra la eficacia de las estrategias desplegadas, entre ellas las visitas casa a casa, la búsqueda activa, la educación individualizada y las acciones de sensibilización comunitaria, que permitieron resolver dudas, superar miedos y mejorar la adherencia al proceso de vacunación. El aumento en la cifra de personas vacunadas o con antecedente vacunal, que pasó de 4.214 a 4.359, corresponde tanto a la labor realizada por los equipos del Plan de Intervenciones Colectivas como a las acciones desarrolladas por los Equipos Básicos en Salud de Atención Primaria, quienes de manera complementaria han contribuido a ampliar la cobertura en los territorios priorizados.

En términos de impacto poblacional, la cobertura alcanzada pasó de 94,15% al inicio a 94,80% en el corte, con un incremento de 0,65 puntos porcentuales que, aunque aparentemente discreto, representa un avance sustancial considerando la magnitud de la población intervenida y la cercanía al umbral del 95% recomendado para garantizar la inmunidad comunitaria frente a la fiebre amarilla. Este resultado no solo refleja el compromiso operativo de los equipos en terreno, sino también la consolidación de una estrategia interinstitucional que articula la atención colectiva y la atención primaria en salud como mecanismos complementarios para el control epidemiológico.

La disminución progresiva de ausentes, rechazos y condiciones médicas pone de manifiesto que las intervenciones territoriales han sido efectivas para reducir brechas y avanzar hacia la meta de una protección universal. Sin embargo, la persistencia de un grupo de personas que aún mantiene rechazo o presenta limitaciones médicas subraya la necesidad de mantener el seguimiento, el acompañamiento familiar y la articulación con los servicios de salud, con el fin de garantizar que ningún individuo permanezca sin acceso a la inmunización. En conclusión, el avance registrado confirma que la estrategia implementada es pertinente, efectiva y sostenible, y constituye un paso decisivo para la consolidación de la cobertura vacunal en el municipio.

Para fortalecer la atención de casos sospechosos, se implementaron protocolos de derivación urgente hacia la ESE Hospital La Milagrosa y la red departamental de servicios de salud. Se estableció un sistema de verificación de la atención de los casos remitidos, en coordinación con los profesionales de medicina y enfermería, lo cual aseguró la continuidad y oportunidad en el proceso de atención.

Asimismo, se conformaron y capacitaron promotores de salud voluntarios en veredas priorizadas, con formación en vigilancia comunitaria, prevención de enfermedades transmitidas por vectores y promoción de prácticas de autocuidado. Se creó un sistema de reporte comunitario para la detección temprana de casos febriles, garantizando la sostenibilidad de las acciones. Además, se diseñaron materiales educativos adaptados al contexto cultural y lingüístico de la población rural, lo cual fortaleció la apropiación comunitaria de las medidas preventivas.

En el ámbito administrativo, se implementó el registro sistemático de todas las acciones en la plataforma SISPRO, conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Se elaboraron informes técnicos de avance que

consolidaron la evidencia de coberturas alcanzadas, riesgos identificados y acciones ejecutadas. Finalmente, se desarrollaron espacios de veeduría ciudadana y rendición de cuentas, garantizando la transparencia en el uso de los recursos y la socialización de resultados ante la comunidad.

8. Determinar la operación y conformación del equipo básico en salud de concurrencia teniendo en cuenta la identificación de las prioridades en salud, para lo cual deberá realizar la planeación técnica y financiera para la operación del Equipo Básico en Salud.

Se define de acuerdo a los lineamientos de la secretaría departamental para apoyo durante contingencia de fiebre amarilla en el municipio de Villarrica.

Tabla 11. Talento Humano Asignado Contrato 1467 - 2025

PROPUESTA DE VALOR DE UN EQUIPO BÁSICO POR MES				
RUBRO	**CANTIDAD DE PERSONAS**	**VALOR UNITARIO POR PERFIL EBS-C**	**VALOR (1) EBS-C POR MES**	**VALOR TOTAL (1) EBS /4 MESES**
Auxiliares enfermería	2	$ 3.000.000	$ 6.000.000	$ 24.000.000
Gestor	2	$ 1.800.000	$ 3.600.000	$ 14.400.000
Jefe de enfermería	1	$ 6.000.000	$ 6.000.000	$ 24.000.000
Conductor	1	$ 7.400.000	$ 7.400.000	$29.600.000
TALENTO HUMANO		**$18.200.000**	**$ 23.000.000**	**$92.000.000**

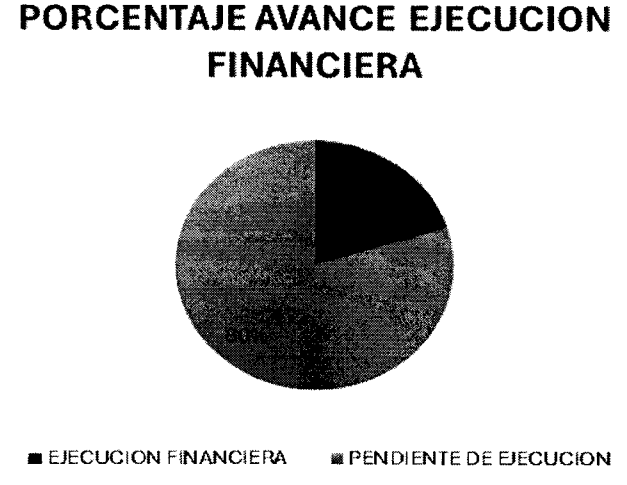
A partir de julio de 2025, se vincularon los profesionales mediante la modalidad de prestación de servicios por un periodo de cuatro (4) meses. En este sentido, se relaciona a continuación uno a uno de los integrantes del equipo, detallando su contrato, nombre, documento, perfil, fecha de inicio y terminación de los contratos asignados en el marco de la operación de los Equipos Básicos de Salud para la contingencia de fiebre amarilla. Se adjunta contratos (Anexo 2)

Tabla 12. Relación talento humano en salud Contrato 1467 - 2025

NÚMERO DE CONTRATO	NOMBRE	DOCUMENTO	PERFIL	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
28-2025	EIDY JOHANNA PEREZ SUAREZ	070597297	UXILIAR EN NFERMERIA	4/07/2025	3/11/2025
29-2025	VAN ANDRES MENDEZ ONOSO	106898365	NFERMERO ROFESIONAL	4/07/2025	3/11/2025
30-2025	IONICA ESPERANZA GODOY UNOZ	8995749	ESTORA	5/07/2025	4/11/2025
31-2025	ATIANA RODRIGUEZ MUÑOZ	106895716	ESTORA	5/07/2025	4/11/2025
32-2025	ANCY GODOY CORTES	8995748	UXILIAR EN NFERMERIA	5/07/2025	4/11/2025
33-2025	ORTON FERNANDO ARENAS HAVARRO	005690980	RANSPORTE	5/07/2025	4/11/2025

Al corte de la fecha, la ejecución financiera alcanza el 20% del presupuesto asignado, reflejando el cumplimiento progresivo de los compromisos establecidos y garantizando el uso eficiente de los recursos. Este avance evidencia una adecuada planeación y permite proyectar el desarrollo de las actividades restantes conforme a lo estipulado en el cronograma y las metas definidas en el plan de trabajo.

Grafica 12. Porcentaje avance Ejecución Financiera



3.2 Ejecución Técnica

Al corte del 19 de septiembre de 2025, se evidencia una ejecución técnica que refleja un avance significativo en el desarrollo de las actividades programadas en el marco del Contrato Interadministrativo No. 1467 de 2025. Entre las actividades ejecutadas se destacan las siguientes:

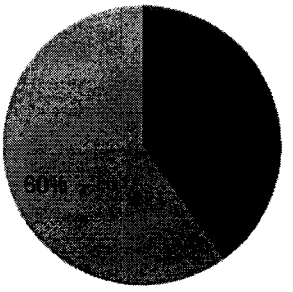
- Conformación y puesta en marcha del Equipo Básico de Salud (EBS) para la contingencia por fiebre amarilla, integrado por 1 profesional de enfermería, 2 auxiliares de enfermería, 2 gestores comunitarios y 1 conductor, superando la estructura mínima requerida.
- Caracterización de la población y base de datos por vereda y barrio, que permitió identificar personas susceptibles, contraindicadas y casos de desistimiento, facilitando la organización y orientación del plan de trabajo.
- Diseño e implementación de un plan de intensificación de la vacunación y acciones educativas comunitarias, con cronograma definido de actividades, responsables y recursos.
- Ejecución de visitas casa a casa y jornadas comunitarias para sensibilizar a la población sobre factores protectores, identificación de riesgos en salud, prácticas de autocuidado y promoción de la vacunación, con enfoque en grupos vulnerables (adultos mayores, niños, gestantes).
- Elaboración y presentación del informe técnico-financiero de ejecución a la Secretaría de Salud Departamental, consolidando los indicadores de desempeño y resultados definidos en el lineamiento técnico-operativo de los EBS.
- Articulación con juntas de acción comunal, líderes veredales y organizaciones sociales para la ejecución de intervenciones colectivas, incluyendo puestos móviles de vacunación y campañas educativas.
- Cumplimiento de las obligaciones generales del contrato, tales como la disposición de áreas de trabajo adecuadas, participación en espacios de socialización y seguimiento de lineamientos técnicos establecidos.

Todas las actividades se han ejecutado conforme a lo establecido en el anexo técnico, los lineamientos de la Resolución 295 de 2023 y la política pública de participación social en salud, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia de las intervenciones.

Grafica 13. Porcentaje avance Ejecución Técnica

HOSPITAL LA MILAGROSA HLM E.S.E. VILLARRICA – TOLIMA Calidad Con Responsabilidad Social	**HOSPITAL LA MILAGROSA** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VILLARRICA TOLIMA NIT – 890.702.476-4
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO Nº 1467 DEL 29 DE MARZO DEL 2025

PORCENTAJE AVANCE EJECUCION TECNICA



En conclusión, al corte actual se evidencia una ejecución financiera del 20% y una ejecución técnica del 40%. Esta diferencia refleja que el avance en la implementación de las actividades en territorio es significativamente mayor al desembolso financiero realizado hasta el momento.

El hecho de que la ejecución técnica duplique el porcentaje financiero demuestra un elevado compromiso y capacidad operativa del equipo, que ha logrado desarrollar una proporción considerable de las actividades programadas con un menor nivel de desembolso. Esto no solo consolida una base sólida para la continuidad del plan, sino que también refleja una gestión eficiente de los recursos, optimizando el uso de estos para alcanzar las metas establecidas en el marco del contrato.

Cordialmente,

LAURA DANIELA MURCIA RINCON
Gerente

HOSPITAL LA MILAGROSA HLM E.S.E. VILLARRICA – TOLIMA Calidad Con Responsabilidad Social	**HOSPITAL LA MILAGROSA** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VILLARRICA TOLIMA NIT – 890.702.476-4
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO Nº 1467 DEL 29 DE MARZO DEL 2025

RELACION DE ANEXOS INFORME TÉCNICO – FINANCIERO

<table>
<tr><th>NÚMERO</th><th>NOMBRE</th><th>ANEXOS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Plan de trabajo – Cronograma mensual</td><td>4 folios</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Contratos de EBS de concurrencia 2025
<table>
<tr><th>NÚMERO DE CONTRATO</th><th>NOMBRE</th></tr>
<tr><td>128</td><td>Leidy Johanna Perez Suarez</td></tr>
<tr><td>129</td><td>Ivan Andres Mendez Donoso</td></tr>
<tr><td>130</td><td>Monica Esperanza Godoy Muñoz</td></tr>
<tr><td>131</td><td>Tatiana Rodriguez Muñoz</td></tr>
<tr><td>132</td><td>Nancy Godoy Cortes</td></tr>
<tr><td>133</td><td>Norton Fernando Arenas</td></tr>
</table></td><td>6 carpetas</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Informe de Estrategia de Movilización FA EBS concurrencia</td><td>8 folios</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Informe 2 Técnico y Financiero</td><td>24 folios</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Macrometa Concurrencia</td><td>1 folio</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Aportes al sistema integral de seguridad social</td><td>1 carpeta</td></tr>
</table>

NOTA: El Hospital se compromete al cargue del informe con todos sus anexos al SECOPII y EN LAS PLATAFORMAS SEGÚN CORRESPONDA
MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Listados de asistencia, consentimientos, fotos georreferenciadas, actas, formatos de visita domiciliaria.

Nota: Los anexos fueron cargados al DRIVE link: https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/seguimientosaps_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fseguimientosaps%5Fsaludtolima%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEBS%202025%2FVILLARRICA%2FEBS%20CONCURRENCIA%2FEVIDENCIAS%20EJECUSION%20CONTRATO%20EBS%20CONCURRENCIA%201467%2D2025%2FCUENTA%201&ga=1 asignado por el Grupo de Profesionales de Equipos Básicos en Salud de la Secretaría de Salud del Tolima y revisados por el profesional correspondiente, conforme al proceso de verificación establecido

HOSPITAL LA MILAGROSA HLM E.S.E. VILLARRICA – TOLIMA Calidad Con Responsabilidad Social	**HOSPITAL LA MILAGROSA** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VILLARRICA TOLIMA NIT – 890.702.476-4
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO Nº 1467 DEL 29 DE MARZO DEL 2025

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME No	2		
TIPO DE CONTRATO	Contrato Interadministrativo		
CONTRATO No.	1467	**FECHA:** (dd/mm/aa)	**29/03/2025**
OBJETO DEL CONTRATO:	CELEBRAR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON EL HOSPITAL LA MILAGROSA ESE DEL MUNICIPIO DE VILLARRICA-TOLIMA, CON EL FIN DE CONCURRIR SUBSIDIAR Y COMPLEMENTAR LAS ESTRUCTURAS FUNCIONALES Y ORGANIZATIVAS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD Y EL DESARROLLO DE CAPACIDADES, PARA LA EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, Y DE LA CONTINGENCIA FRENTE A LA EMERGENCIA POR FIEBRE AMARILLA, EN IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO "CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA"		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HOSPITAL LA MILAGROSA		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	NIT. 890702476-4		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	19-05-2025	**FECHA DE TERMINACIÓN:**	15-10-2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$100.000.000		
PLAZO INICIAL:	150 Días Calendario		
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Zulma Liliana Acosta Ortegón		
PERIODO DEL INFORME:	Del 19 de mayo del 2025 al 17 de Julio del 2025		
FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	19/09/2025	**VALOR DEL PRESENTE PAGO:**	$30.000.000

DESARROLLO DE ACTIVIDADES:

En cumplimiento del objeto del contrato **No. 1467 del 29 de marzo del 2025,** para este **Informe No. 2** se desarrollaron las siguientes actividades:

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS PRESENTADAS
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS			
1	Definir la conformación y operación de los EBS, teniendo en cuenta la identificación de las prioridades en salud, en el marco de la emergencia en salud pública por brote de fiebre amarilla en el departamento del Tolima. Se deberá realizar la planeación técnica y financiera para la operación de los equipos básicos en salud, contribuyendo al bienestar de la población mediante el desarrollo de actividades necesarias para reducir al mínimo la vulnerabilidad de la salud colectiva y gestionar adecuadamente las respuestas para la detección temprana del riesgo, El daño individual y colectivo, la reparación y recuperación de la salud. el equipo básico deberá estar conformado por 1 Enfermero, 2 Auxiliares de Enfermería, 2 Agente o gestor comunitario y el servicio de transporte para las actividades de la zona rural .	Se conformó y puso en marcha un Equipo Básico de Salud (EBS) para la atención de la contingencia por fiebre amarilla, integrado por un profesional de enfermería, dos auxiliares de enfermería, dos gestores comunitarios y un conductor, superando así la estructura mínima requerida. Se realizó la caracterización de la población frente a la enfermedad, identificando personas susceptibles, contraindicadas y casos de desistimiento. Adicionalmente, se elaboró una base de datos por vereda y barrio que consolidó los registros de rechazos, condiciones médicas y personas ausentes, lo que permitió organizar y orientar de manera más precisa la ejecución del plan de trabajo. Con esta información se diseñó un plan de intensificación de la vacunación y de acciones educativas comunitarias, acompañado de un cronograma de actividades con responsables, recursos y tiempos definidos, fortaleciendo de esta manera las estrategias de prevención y control del riesgo en el municipio.	Ver Anexo N°1 Ver Anexo N°2
2	A través de los Equipos Básicos en Salud que se		Ver Anexo N°3

	subsidien, complementen o concurran, la ESE deberá: fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de sí mismo del otro y del medio ambiente, La sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores; Haciendo énfasis en la educación e información de manera individual, familiar y colectiva acerca de factores protectores e identificación de riesgo en salud, Promoviendo la vacunación para minimizar los obstáculos al acceso y resolver las inequidades y barreras de acceso.	El EBS implementó una estrategia integral de educación y promoción de la salud mediante visitas casa a casa, sensibilizando a familias y comunidades sobre factores protectores, identificación de riesgos en salud (especialmente fiebre amarilla), prácticas de autocuidado y la importancia de la vacunación. Las intervenciones se enfocaron en grupos vulnerables (adultos mayores, niños, gestantes), logrando revertir rechazos y ausencias iniciales a la vacunación mediante diálogo individualizado y familiar, contribuyendo a minimizar barreras de acceso y inequidades.	
3	Presentar informe de ejecución de actividades, técnico y financiero a la Secretaría de Salud Departamental, el cual deberá contener los indicadores de desempeño y resultados establecidos en el lineamiento técnico-operativo de equipos básicos de salud, conformados y operando, tiempo promedio de operación de los EBS conformados y operando, Tiempo promedio de Operación de los EBS conformados , numero de territorios y micro territorios con operación de equipos básicos de salud, número de hogares atendidos por los	Se elaboró y presentó a la Secretaría de Salud Departamental el informe de ejecución de actividades, técnico y financiero correspondiente a la cuenta N° 2, en el cual se consolidaron los indicadores de desempeño y resultados definidos en el lineamiento técnico-operativo de los Equipos Básicos de Salud.	Ver Anexo N°4

	equipos básicos de salud, efectividad de las derivaciones al sistema de referencia y contrarreferencia, efectividad en la gestión del aseguramiento en salud.		
4	Brindar al Ministerio de Salud y Protección Social, a la secretaría de salud departamental y municipal, la información que se requiera, que dé cuenta de la ejecución técnica y financiera de los equipos básicos de salud operando.	Reporte Matriz de Macrometa Concurrencia mes de Agosto	Ver Anexo Nº 5
5	Realizar el reporte de actividades en el sistema de información PISIS-SISPRO, establecido por el ministerio de salud para los EBS.	En el presente periodo no se pudo realizar cargue de las actividades ejecutadas por el EBS al sistema de información PISIS-SISPRO, Ya que esta solo permite cargar información de la Ejecución de los EBS asignados por el ministerio de salud, de igual manera se anexa informe técnico-financiero en donde se evidencia la ejecución de las actividades realizadas por el EBS asignando por la Gobernación del Tolima.	Todos los Anexos.
OBLIGACIONES GENERALES			
1	Presentar a los diez (10) días calendario siguiente a la firma del acta de inicio del contrato un plan de trabajo y cronograma de actividades previamente concertado con el supervisor del contrato interadministrativo: en donde se defina los territorios y microterritorios en salud a	En el presente periodo no se requirió ejecutar la actividad.	N/A

	intervenir, priorizando los asentamientos indígenas en zonas rurales y periurbanas.		
2	Ejecutar y responder directamente por el desarrollo de las actividades contratadas, según lo establecido en el anexo técnico, así como las condiciones técnicas lineamientos y metas definidas por la entidad contratante.	Se ejecutaron las actividades establecidas en el anexo técnico, dando cumplimiento a las condiciones, lineamientos y metas definidas por la entidad contratante. El desarrollo de las acciones se realizó conforme a los parámetros técnicos exigidos, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia en la implementación, así como la entrega de resultados verificables que evidencian el avance y cumplimiento de los compromisos contractuales.	N/A
3	Ejecutar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con activa participación social, apoyándose y articulándose con grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias; organismos no gubernamentales o de base comunitaria con experiencia en temas de salud.	En el marco del PIC se ejecutaron acciones de vacunación contra la fiebre amarilla con participación activa de la comunidad, articulando esfuerzos con juntas de acción comunal, líderes veredales, organizaciones sociales y ONG; se realizaron jornadas comunitarias y puestos móviles en zonas rurales, acompañados de campañas educativas y perifoneo, logrando ampliar la cobertura, fortalecer la confianza en la vacunación y garantizar el seguimiento a desistimientos y contraindicados.	N/A
4	Ejecutar las intervenciones colectivas asegurando que el lugar donde se realicen cumpla con las condiciones óptimas de capacidad, accesibilidad, amplitud, comodidad, iluminación, limpieza y ventilación.	Se ejecutaron las intervenciones colectivas garantizando que los espacios seleccionados, ya fuera en las casas de las familias o en los puntos de vacunación, cumplieran con las condiciones óptimas de capacidad, accesibilidad, amplitud, comodidad, iluminación, limpieza y ventilación, asegurando así la participación comunitaria en ambientes seguros y adecuados para el desarrollo de las actividades.	N/A
5	Disponer de áreas de trabajo	Se dispusieron áreas de	N/A

	con las condiciones físicas y sanitarias necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalúe los resultados de éstas.	trabajo con condiciones físicas y sanitarias adecuadas, permitiendo que el talento humano encargado de las intervenciones colectivas pudiera planear, monitorear y evaluar los resultados de las actividades, garantizando un entorno seguro, ordenado y propicio para el cumplimiento de los objetivos del PIC.	
6	Elaborar e implementar un procedimiento para la documentación de las acciones a desarrollar en el marco del PIC.	En el presente periodo no se requirió ejecutar la actividad.	N/A
7	Presentar a la entidad territorial los informes y soportes sobre la ejecución técnica y financiera , con la periodicidad que se acuerde de manera conjunta entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera . Se deberán incluir los soportes de los costos directos e indirectos.	Se elaboró y presentó a la Secretaría de Salud Departamental el informe de ejecución de actividades, técnico y financiero, en el cual se consolidaron los indicadores de desempeño y resultados definidos en el lineamiento técnico-operativo de los Equipos Básicos de Salud.	N/A
8	Manejar los recursos destinados para el PIC en una cuenta bancaria exclusiva hasta la firma de la liquidación del convenio contrato. Los recursos allí depositados sólo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas.	En el presente periodo no se requirió ejecutar la actividad.	N/A
9	Garantizar el desarrollo de proceso de veeduría ciudadana en la ejecución de	En el presente periodo no se requirió ejecutar la actividad.	N/A

	las intervenciones colectivas y documentar e implementar un proceso ´para la rendición de cuentas.		
10	Participar en los espacios de análisis y de trabajo convocados por la entidad territorial contratante.	El 24 de Julio se participa en reunión de socialización de requisitos para entrega de informes técnicos y financieros de ejecución de concurrencia municipios EBS	N/A
11	Las actividades desarrolladas deben ser ejecutadas de conformidad con las características de calidad definidas en el artículo 10 de la resolución 295 de 2023.	En el presente periodo se ejecutó las actividades conforme al artículo 10 de la resolución 295 de 2023.	N/A
12	Las intervenciones colectivas se ejecutarán en el marco de la política pública de participación social en salud.	En el presente periodo se ejecutó las actividades conforme a la política pública de participación social en salud.	N/A
13	La entidad que ejecute las intervenciones colectivas, deberá disponer de manera permanente de los recursos de carácter técnico y tecnológico que se requiera para el desarrollo y cumplimiento de las acciones contratadas, tales como : áreas de trabajo, equipos de cómputo, impresoras, insumos para el trabajo comunitario, ayudas didácticas.	En el presente periodo se dispuso de los recursos de carácter técnico y tecnológico para el cumplimiento de las actividades del EBS	N/A
14	Elaborar e implementar un proceso para el monitoreo y evaluación de las acciones del PIC que se le van a contratar.	Se elaboró y presentó a la Secretaría de Salud Departamental el informe de ejecución de actividades, técnico y financiero, en el cual se consolidaron los indicadores de desempeño y resultados definidos en el lineamiento técnico-operativo de los Equipos Básicos de Salud.	Ver Anexo N°4

15	Cumplir con las obligaciones frente al sistema de Seguridad Social Integral y los aportes parafiscales . (Artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.	Para el cumplimiento de esta actividad se cotizo al sistema de seguridad social con Planilla de pago N° 34125081 correspondiente al mes de junio	Ver Anexo N° 6
16	Realizar aportes al Ministerio de Salud para las actividades que tengan establecido dicho trámite si a ello hubiere lugar, acorde al CUPS asignado por la Resolución número 2077 del 9 de diciembre de 2021 y en cumplimiento a la resolución 1036 del 15 de junio de 2022 en el artículo 6.	Durante el presente periodo se cumplió con la actividad.	N/A
17	Mantener continua comunicación con el programa de la Secretaría de salud Departamental y acatar directrices técnicas en materia de la ejecución de las actividades contratadas.	Durante el presente periodo se cumplió con la actividad.	N/A
18	Firmar el acta de iniciación, de común acuerdo con el supervisor una vez legalizado y perfeccionado el contrato de prestación de servicios técnicos.	El 14 de mayo del 2025 se suscribe acta de inicio del contrato 1464-2025	N/A
19	Guardar la suficiente reserva sobre la información que se obtenga el desarrollo de actividades realizadas.	Durante el presente periodo se cumplió con la actividad.	N/A
20	Constituir las pólizas Pactadas en el contrato y ampliarlas, prorrogarlas, modificarlas en caso que a ello hubiere lugar.	Durante el presente periodo se cumplió con la actividad.	N/A
21	Realizar la actualización en tiempo real de la Plataforma SECOP II, respecto al cargue de los informes con los anexos que soporten el debido	Durante el presente periodo se cumplió con la actividad.	N/A

	cumplimiento de las obligaciones contractuales		
22	En caso que se vuelva a presentar una emergencia adoptar los protocolos de bioseguridad establecido por el Gobierno Nacional y el Gobierno Departamental para efectos de mitigar u realizar el adecuado manejo de la pandemia del coronavirus.	Durante el presente periodo se cumplió con la actividad.	N/A
23	Responder por la calidad de los servicios prestados, sin perjuicio de la respectiva garantía.	Durante el presente periodo se cumplió con la actividad.	N/A

Representante legal

Laura Daniela Murcia Rincón
Gerente

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:
Listados de asistencia, consentimientos, fotos georreferenciadas, actas.
Se anexan a este informe los Documentos soporte de ejecución.

https://saludtolima-my.sharepoint.com/personal/seguimientosaps_saludtolima_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fseguimientosaps%5Fsaludtolima%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEBS%202025%2FVILLARRICA%2FEBS%20CONCURRENCIA%2FEVIDENCIAS%20EJECUSION%20CONTRATO%20EBS%20CONCURRENCIA%201467%2D2025%2FCUENTA%201&ga=1 asignado por el Grupo de Profesionales de Equipos Básicos en Salud de la Secretaría de Salud del Tolima y revisados por el profesional correspondiente, conforme al proceso de verificación establecido

RELACION DE ANEXOS INFORME TECNICO – FINANCIERO

<table>
<tr><th>NUMERO</th><th>NOMBRE</th><th>ANEXOS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Plan de trabajo – Cronograma mensual</td><td>4 folios</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Contratos de EBS de concurrencia 2025
<table><tr><th>NUMERO DE CONTRATO</th><th>NOMBRE</th></tr><tr><td>128</td><td>Leidy Johanna Perez Suarez</td></tr><tr><td>129</td><td>Ivan Andres Mendez Donoso</td></tr><tr><td>130</td><td>Monica Esperanza Godoy Muñoz</td></tr><tr><td>131</td><td>Tatiana Rodriguez Muñoz</td></tr><tr><td>132</td><td>Nancy Godoy Cortes</td></tr><tr><td>133</td><td>Norton Fernando Arenas</td></tr></table></td><td>6 carpetas</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Informe de Estrategia de Movilización FA EBS concurrencia</td><td>8 folios</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Informe 2 Técnico y Financiero</td><td>24 folios</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Macrometa Concurrencia</td><td>1 folio</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Aportes al sistema integral de seguridad social</td><td>1 carpeta</td></tr>
</table>

REVISION DE ANEXO 4

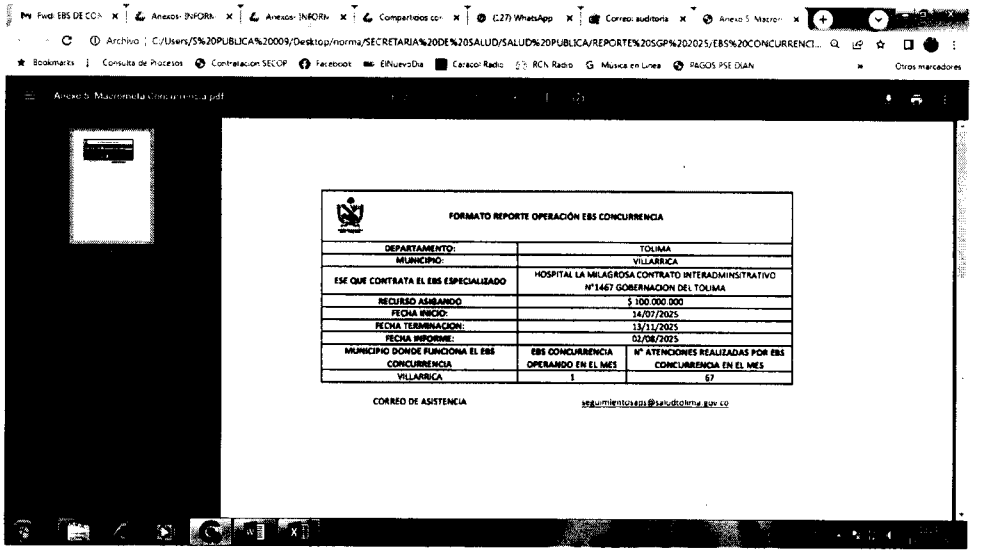
INFORME TECNICO Y FINAANCIERO

Se hizo revisión del informe, se le realizaron observaciones para ajustes, se informo a gerencia, los cuales fueron ajustados.

OK

REVISION ANEXO 5

Anexo 5. Macrometa Concurrencia



FORMATO REPORTE OPERACIÓN EBS CONCURRENCIA

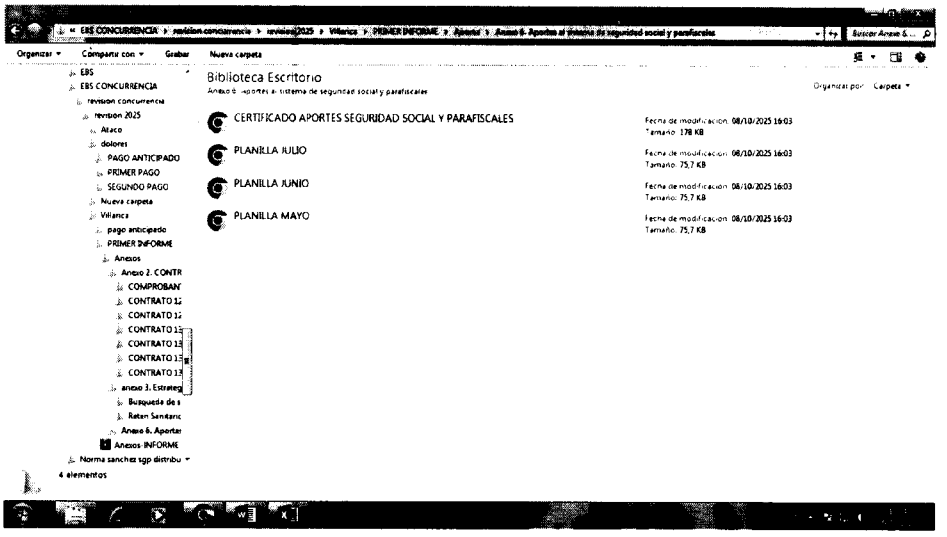
DEPARTAMENTO:	TOLIMA
MUNICIPIO:	VILLARRICA
ESE QUE CONTRATA EL EBS ESPECIALIZADO	HOSPITAL LA MILAGROSA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°1467 GOBERNACION DEL TOLIMA
RECURSO ASIGNADO	$ 100.000.000
FECHA INICIO:	14/07/2025
FECHA TERMINACION:	13/11/2025
FECHA INFORME:	02/08/2025

MUNICIPIO DONDE FUNCIONA EL EBS CONCURRENCIA	EBS CONCURRENCIA OPERANDO EN EL MES	N° ATENCIONES REALIZADAS POR EBS CONCURRENCIA EN EL MES
VILLARRICA	1	67

CORREO DE ASISTENCIA seguimientoseps@saludtolima.gov.co

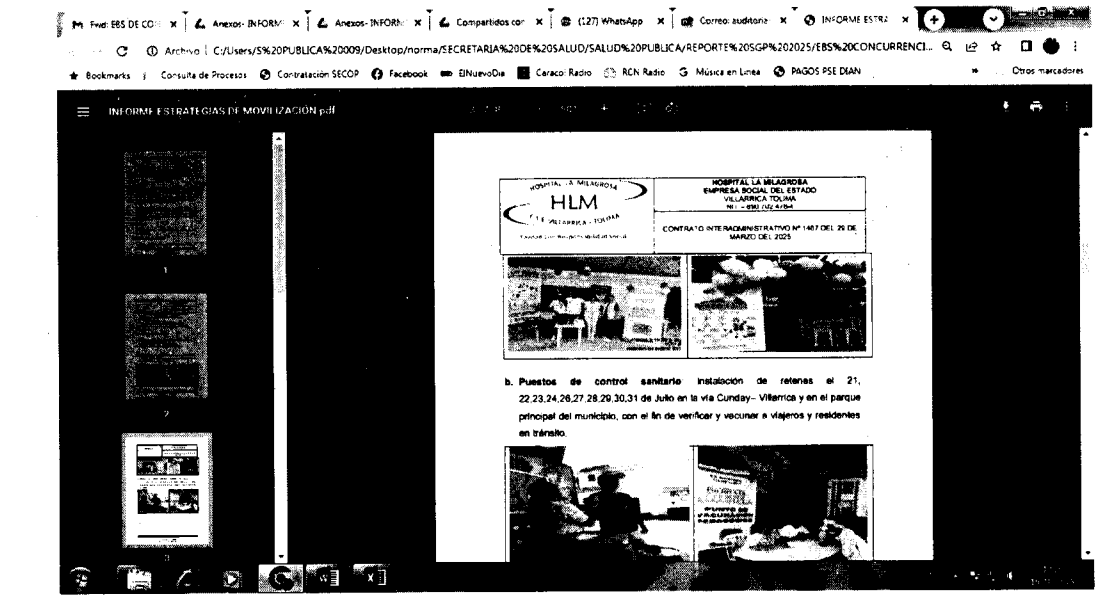
REVISION ANEXO 6

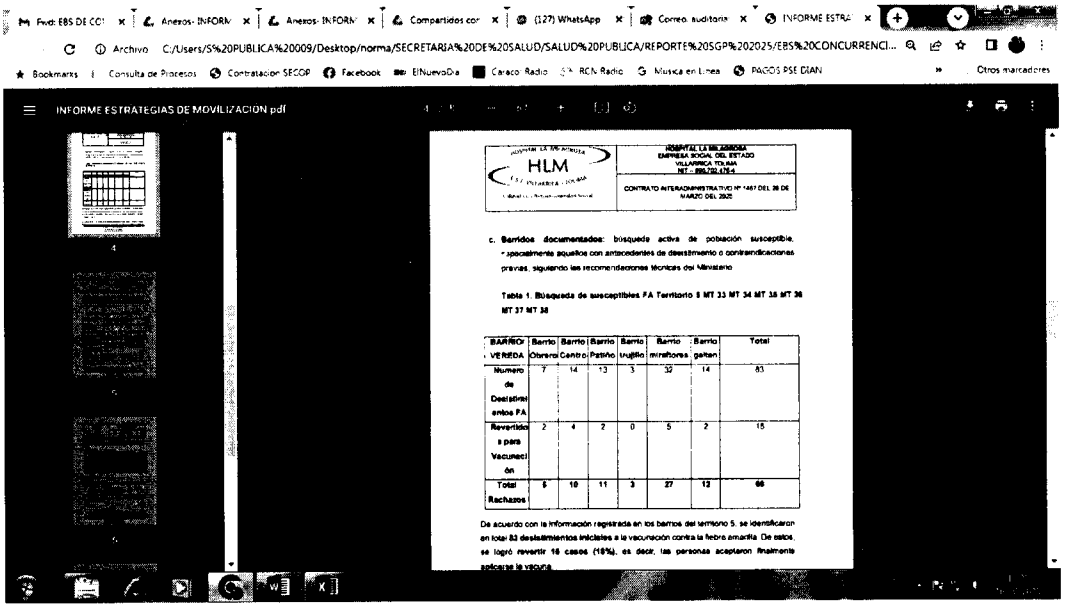
Anexo 6. Aportes al sistema de seguridad social y parafiscales

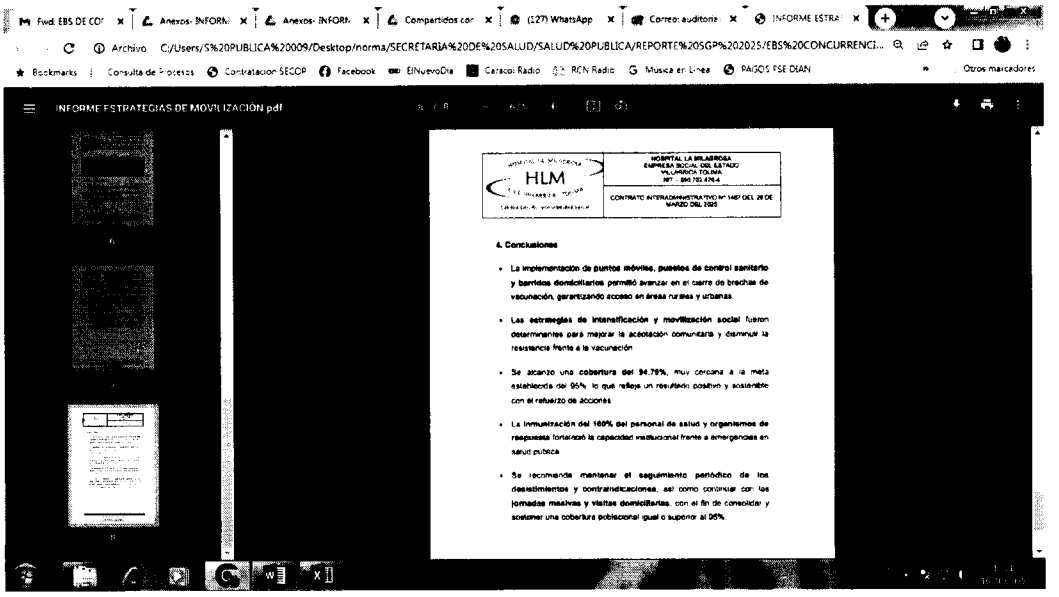


Vo Bueno final a los anexos presentados CUENTA 1 - OK

NORMA BEATRIZ SANCHEZ PEREZ
Profesional Especializado
Revisión contratos de concurrencia Salud Pública

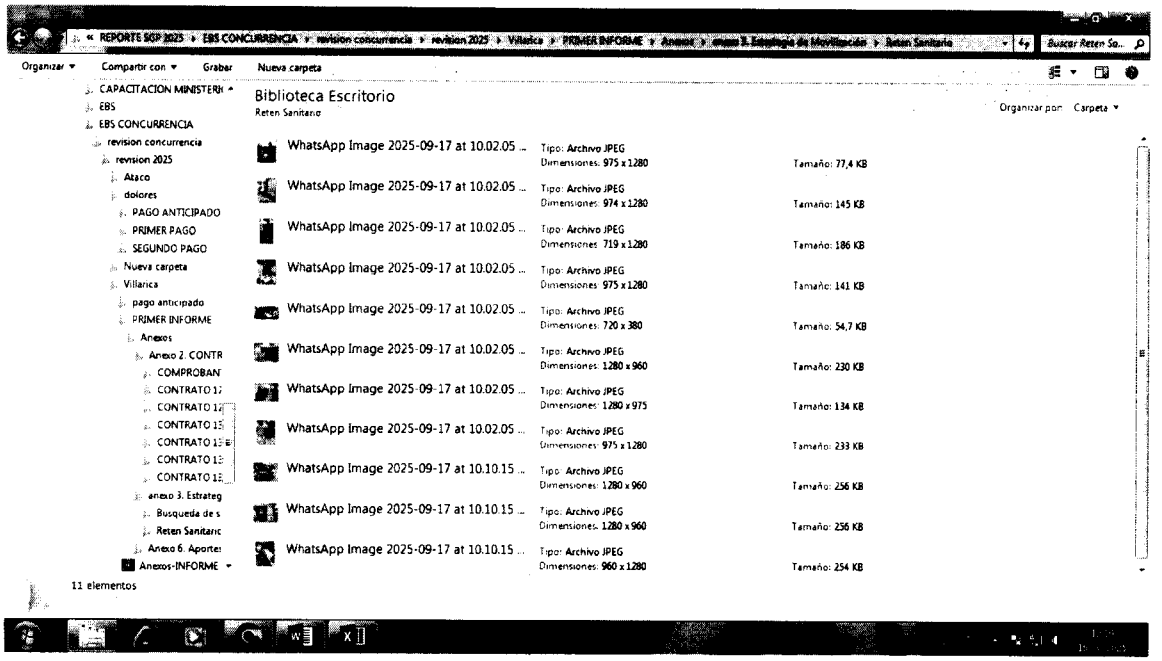




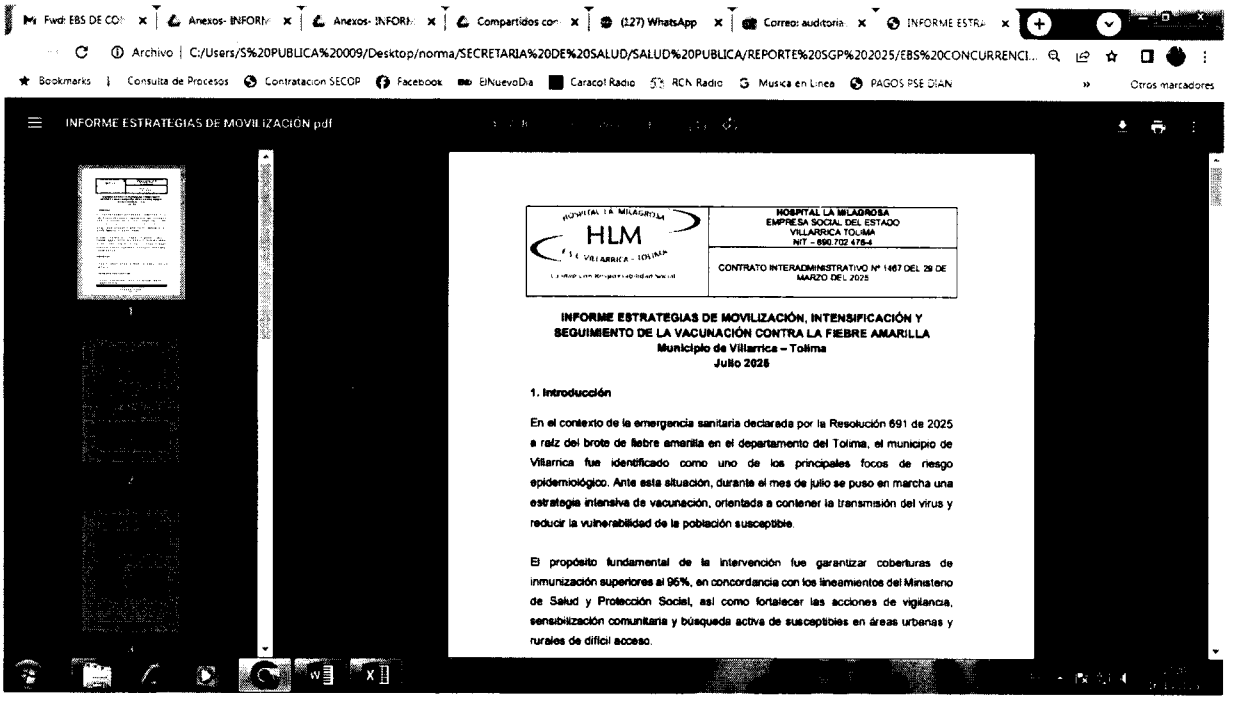


OK REVISION ANEXO 3

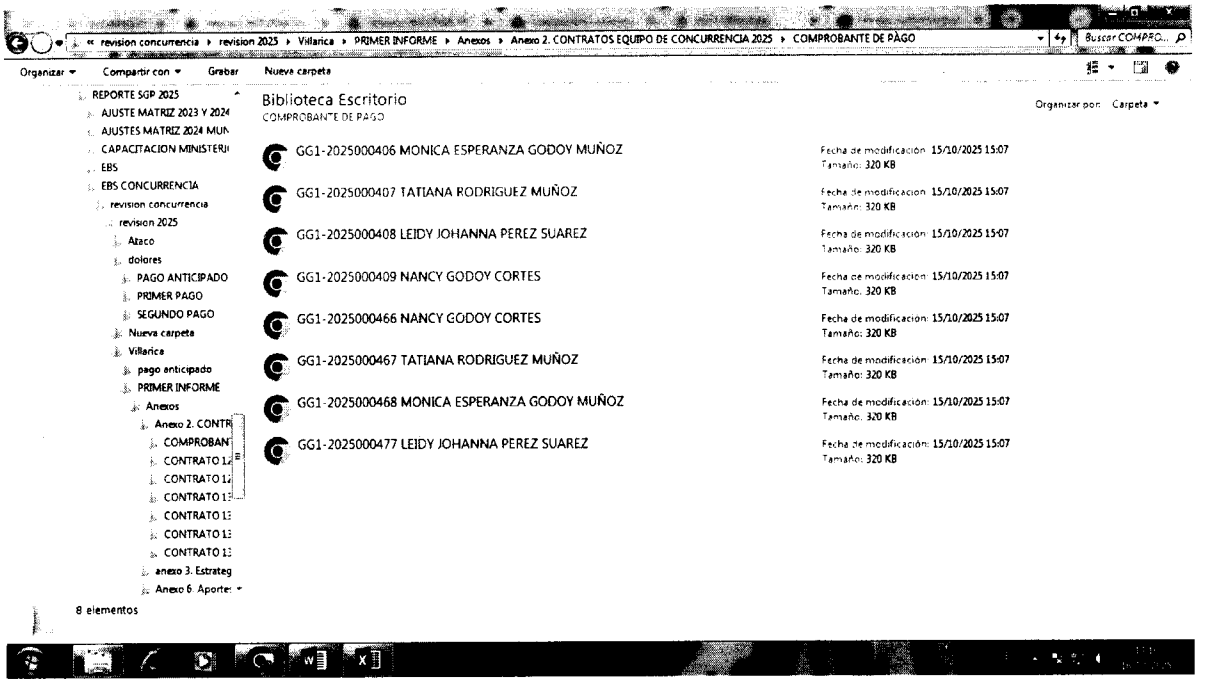
- Reten Sanitario



- INFORME ESTRATEGIAS DE MOVILIZACIÓN
  INFORME ESTRATEGIAS DE MOVILIZACIÓN, INTENSIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA Municipio de Villarrica – Tolima Julio 2025



ANEXO 2 – COMPROBANTES DE PAGO

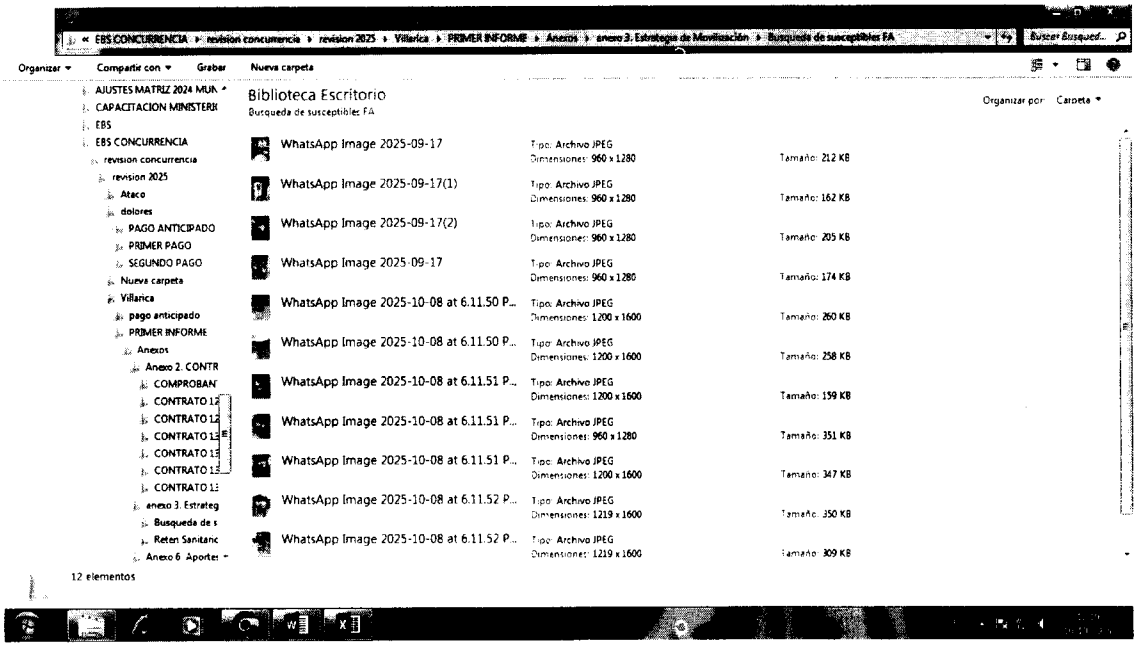


REVISOJN DE PAGOS A LOS CONTRATISTAS OK.

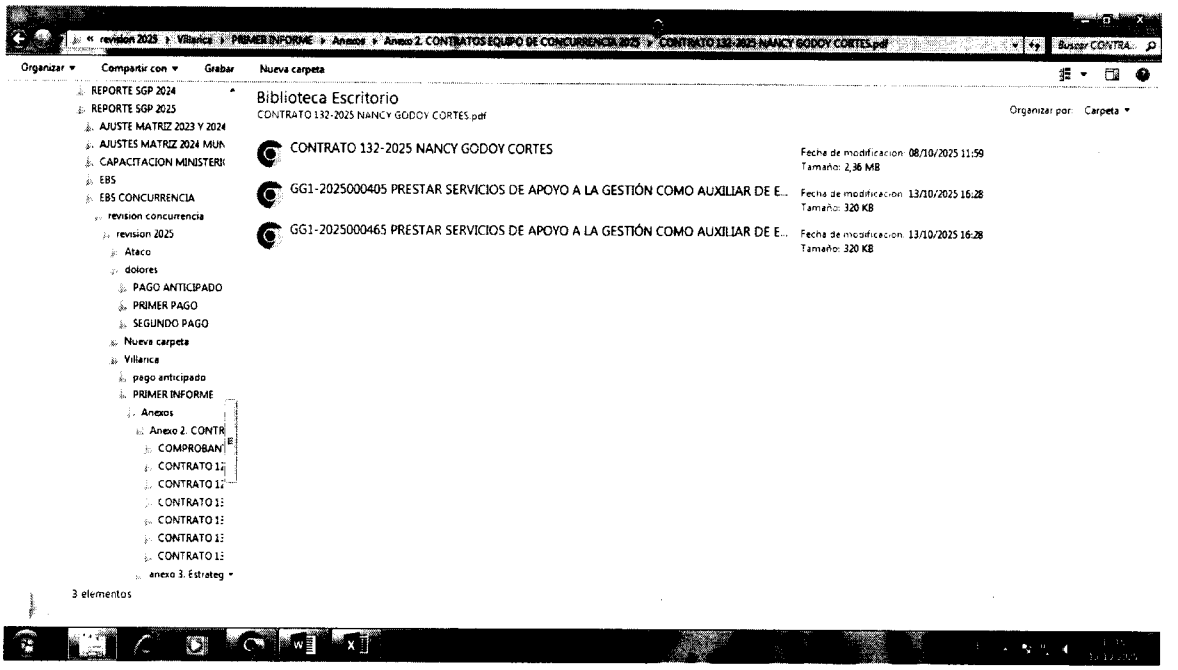
REVISION DE ANEXO 3

Estrategia de Movilización

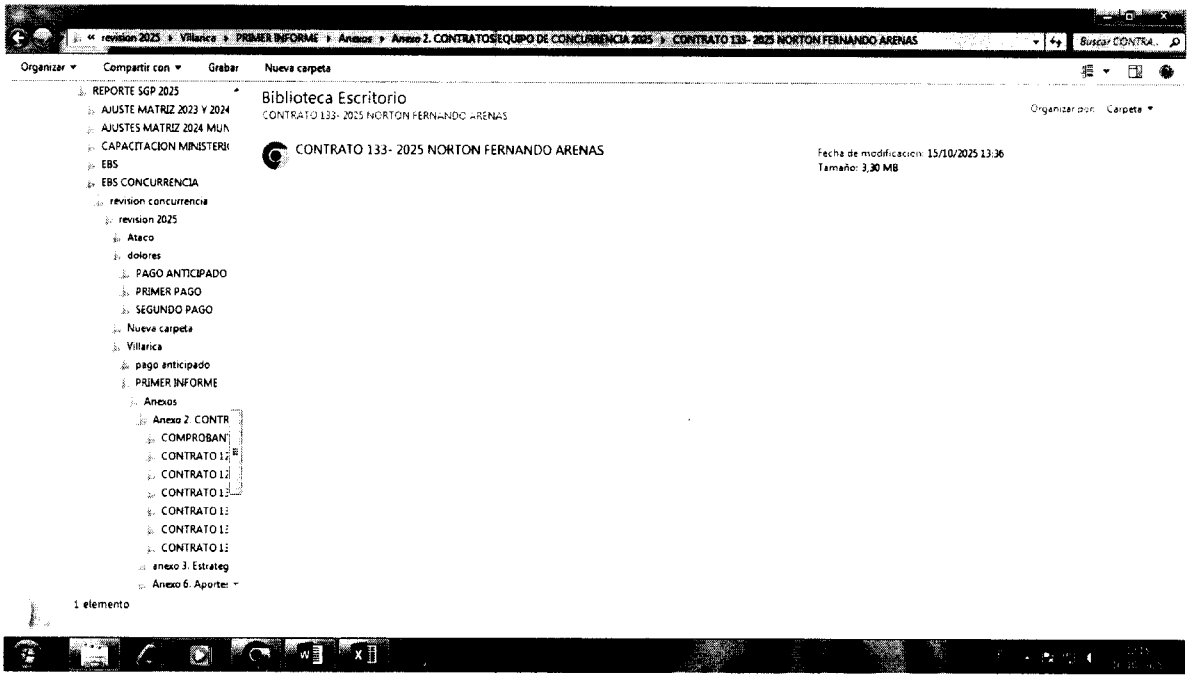
- Búsqueda de susceptibles FA



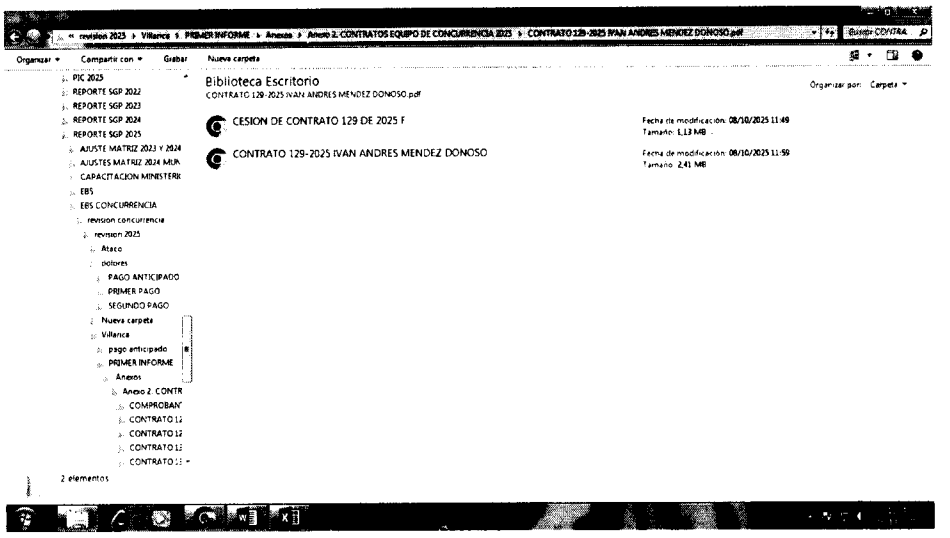
CONTRATO 132-2025 NANCY GODOY CORTES.pdf



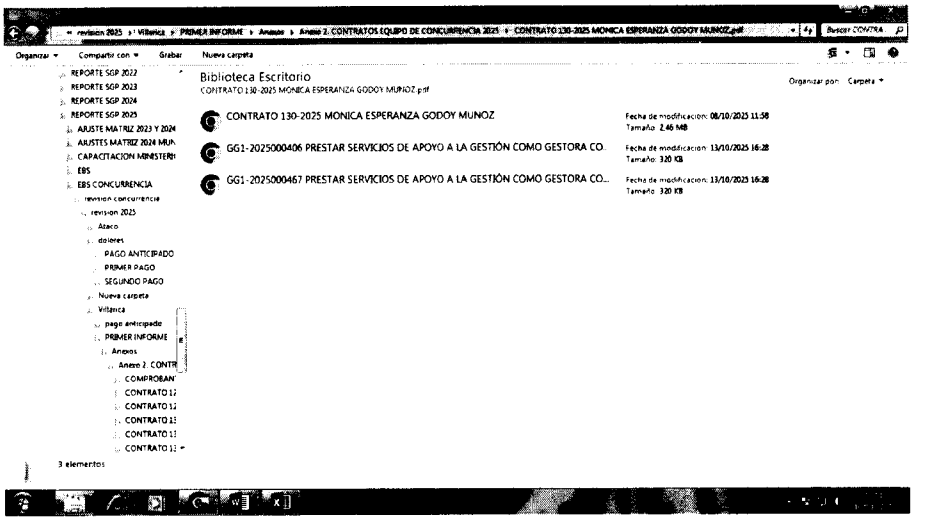
CONTRATO 133- 2025 NORTON FERNANDO ARENAS



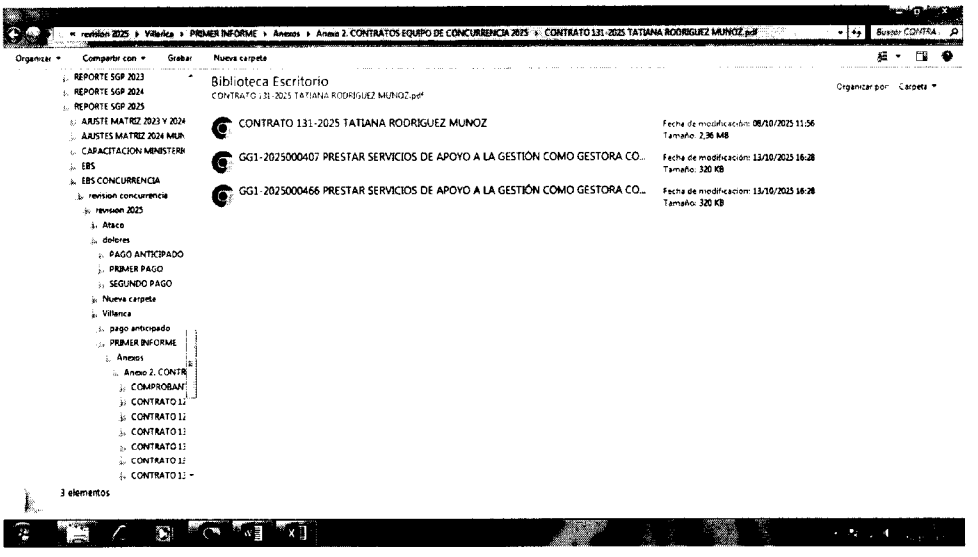
CONTRATO 129-2025 IVAN ANDRES MENDEZ DONOSO.pdf



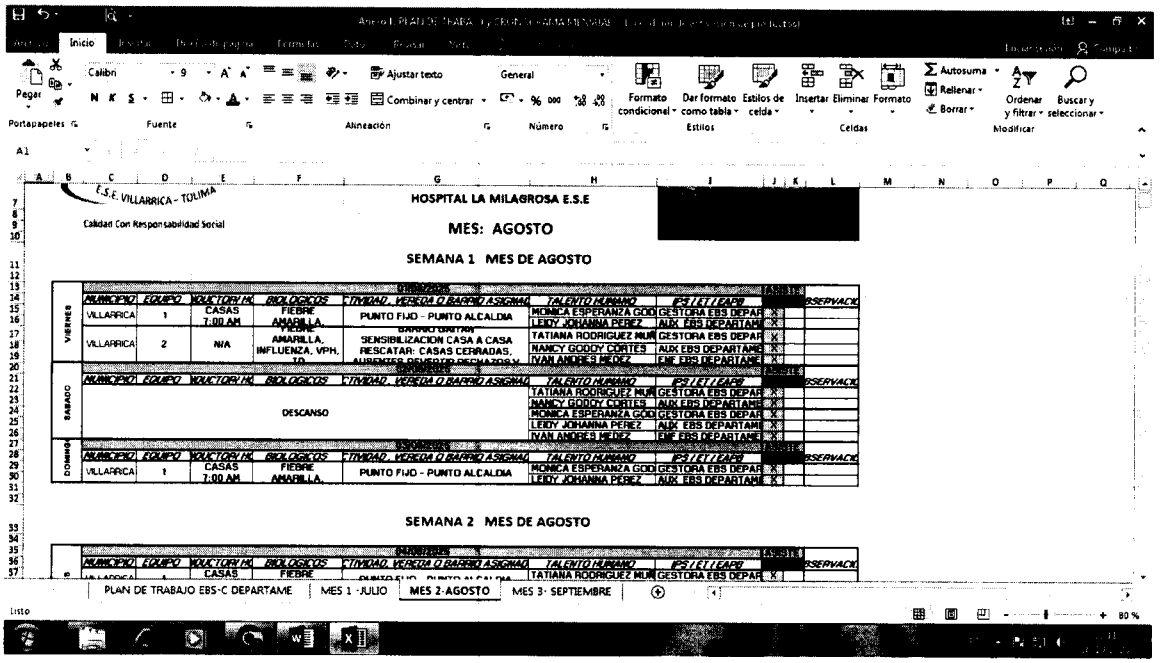
CONTRATO 130-2025 MONICA ESPERANZA GODOY MUNOZ.pdf



CONTRATO 131-2025 TATIANA RODRIGUEZ MUNOZ.pdf



Mes agosto



HOSPITAL LA MILAGROSA E.S.E

MES: AGOSTO

SEMANA 1 MES DE AGOSTO

	MUNICIPIO	EQUIPO	VOLCTOR/HL	BIOLOGICOS	ITINIDAD, VEREDA O BARRIO ASIGNAD	TALENTO HUMANO	IPS / ETT / EAPB		OBSERVACIO
VIERNES	VILLARRICA	1	CASAS 7:00 AM	FIEBRE AMARILLA,	PUNTO FIJO - PUNTO ALCALDIA	MONICA ESPERANZA GOD	GESTORA EBS DEPAR	X	
						LEIDY JOHANNA PEREZ	AUX. EBS DEPARTAME	X	
	VILLARRICA	2	N/A	FIEBRE AMARILLA, INFLUENZA, VPH, TD	SENSIBILIZACION CASA A CASA RESCATAR: CASAS CERRADAS, AUSENTES RECHAZOS Y	TATIANA RODRIGUEZ MUR	GESTORA EBS DEPAR	X	
						NANCY GODDY CORTES	AUX EBS DEPARTAME	X	
						IVAN ANDRES MEDEZ	ENF EBS DEPARTAME	X	
SABADO	MUNICIPIO	EQUIPO	VOLCTOR/HL	BIOLOGICOS	ITINIDAD, VEREDA O BARRIO ASIGNAD	TALENTO HUMANO	IPS / ETT / EAPB		OBSERVACIO
	DESCANSO					TATIANA RODRIGUEZ MUR	GESTORA EBS DEPAR	X	
						NANCY GODDY CORTES	AUX EBS DEPARTAME	X	
						MONICA ESPERANZA GOD	GESTORA EBS DEPAR	X	
						LEIDY JOHANNA PEREZ	AUX. EBS DEPARTAME	X	
						IVAN ANDRES MEDEZ	ENF EBS DEPARTAME	X	
DOMINGO	MUNICIPIO	EQUIPO	VOLCTOR/HL	BIOLOGICOS	ITINIDAD, VEREDA O BARRIO ASIGNAD	TALENTO HUMANO	IPS / ETT / EAPB		OBSERVACIO
	VILLARRICA	1	CASAS 7:00 AM	FIEBRE AMARILLA,	PUNTO FIJO - PUNTO ALCALDIA	MONICA ESPERANZA GOD	GESTORA EBS DEPAR	X	
						LEIDY JOHANNA PEREZ	AUX. EBS DEPARTAME	X	

SEMANA 2 MES DE AGOSTO

	MUNICIPIO	EQUIPO	VOLCTOR/HL	BIOLOGICOS	ITINIDAD, VEREDA O BARRIO ASIGNAD	TALENTO HUMANO	IPS / ETT / EAPB		OBSERVACIO
	VILLARRICA	1	CASAS	FIEBRE		TATIANA RODRIGUEZ MUR	GESTORA EBS DEPAR	X	

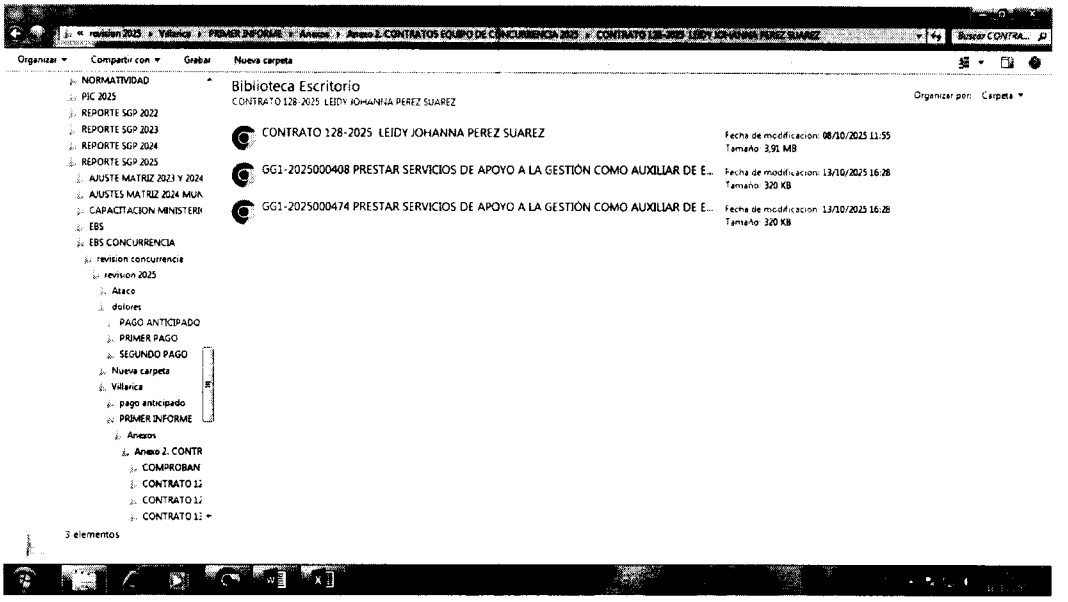
PLAN DE TRABAJO EBS-C DEPARTAME | MES 1 -JULIO | MES 2-AGOSTO | MES 3- SEPTIEMBRE

OK REVISADO

REVISION ANEXO 2

ANEXO 2 – HOJAS DE VIDA

CONTRATO 128-2025 LEIDY JOHANNA PEREZ SUAREZ



Biblioteca Escritorio

CONTRATO 128-2025 LEIDY JOHANNA PEREZ SUAREZ

Organizar por: Carpeta

CONTRATO 128-2025 LEIDY JOHANNA PEREZ SUAREZ — Fecha de modificación: 08/10/2025 11:55 — Tamaño: 3,91 MB

GG1-2025000408 PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE E... — Fecha de modificación: 13/10/2025 16:28 — Tamaño: 320 KB

GG1-2025000474 PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE E... — Fecha de modificación: 13/10/2025 16:28 — Tamaño: 320 KB

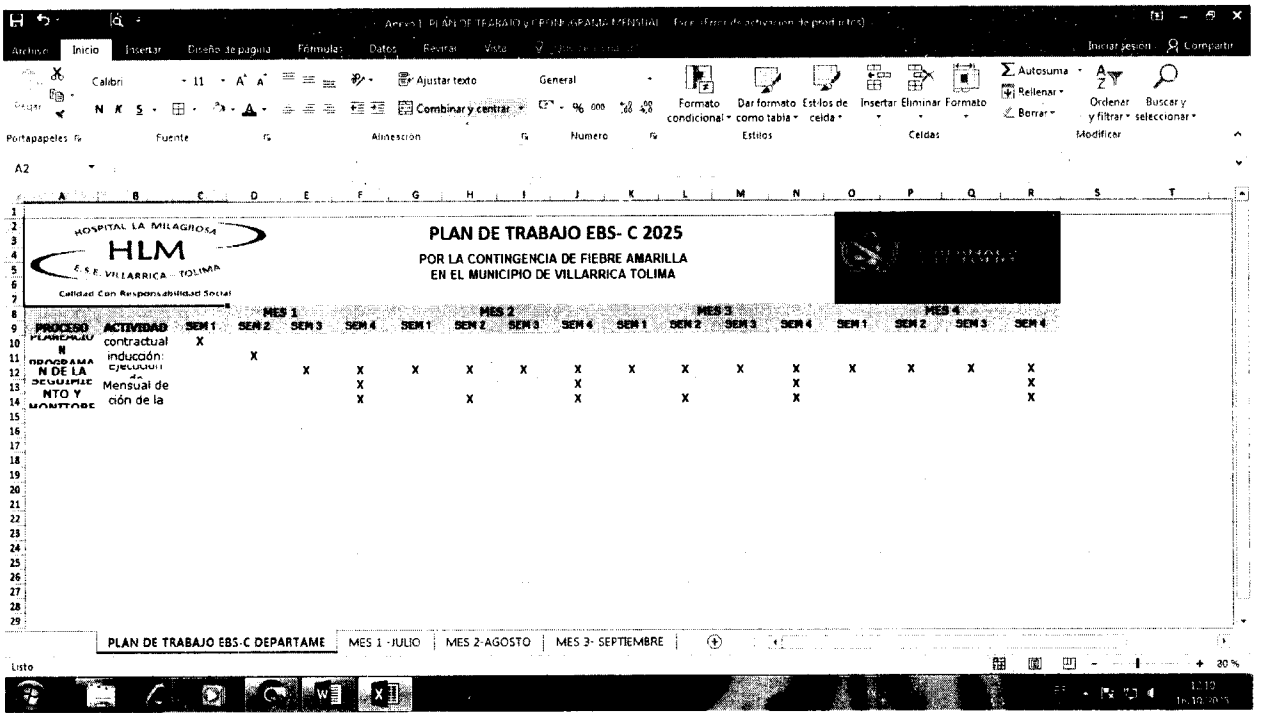
3 elementos

CUENTA No. 1 VILLARICA

REVISION ANEXO 1

Anexo 1. PLAN DE TRABAJO y CRONOGRAMA MENSUAL

Mes julio



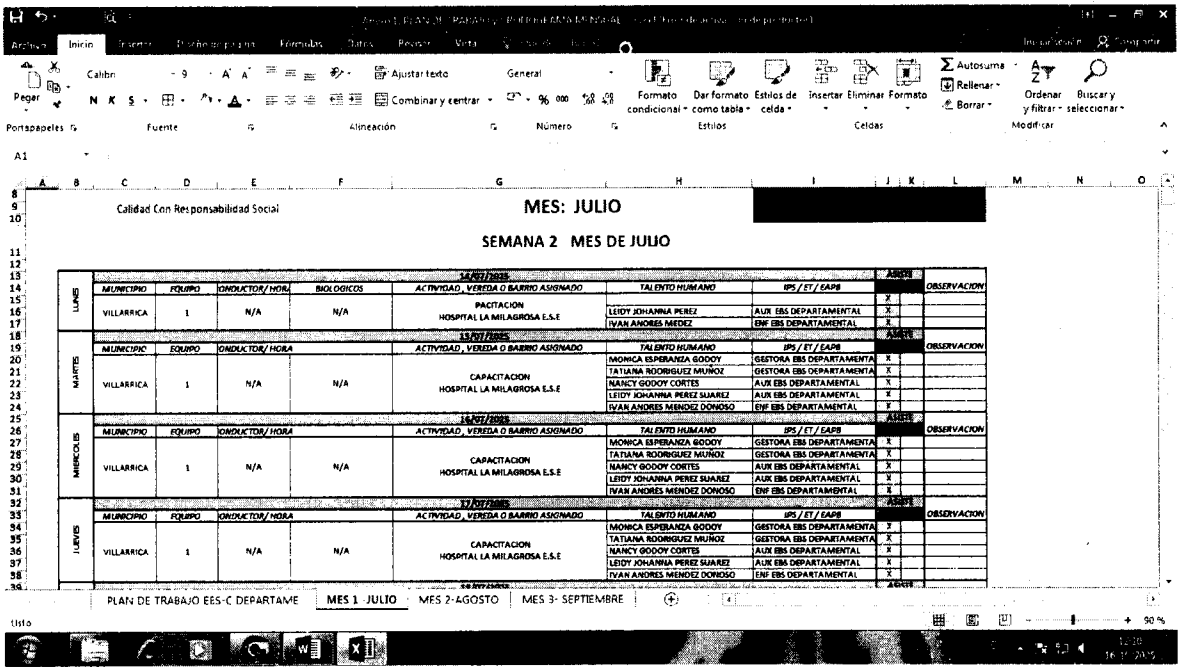
HOSPITAL LA MILAGROSA
HLM
E.S.E. VILLARRICA - TOLIMA
Calidad Con Responsabilidad Social

PLAN DE TRABAJO EBS- C 2025

POR LA CONTINGENCIA DE FIEBRE AMARILLA
EN EL MUNICIPIO DE VILLARRICA TOLIMA

PROCESO	ACTIVIDAD	MES 1 SEM 1	MES 1 SEM 2	MES 1 SEM 3	MES 1 SEM 4	MES 2 SEM 1	MES 2 SEM 2	MES 2 SEM 3	MES 2 SEM 4	MES 3 SEM 1	MES 3 SEM 2	MES 3 SEM 3	MES 3 SEM 4	MES 4 SEM 1	MES 4 SEM 2	MES 4 SEM 3	MES 4 SEM 4
N	contractual	X															
	inducción:		X														
N DE LA				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
NTO Y	Mensual de				X				X				X				X
	ción de la				X		X		X		X		X				X

PLAN DE TRABAJO EBS-C DEPARTAME | MES 1 -JULIO | MES 2-AGOSTO | MES 3- SEPTIEMBRE



Calidad Con Responsabilidad Social

MES: JULIO

SEMANA 2 MES DE JULIO

	MUNICIPIO	EQUIPO	CONDUCTOR/ HORA	BIOLOGICOS	ACTIVIDAD, VEREDA O BARRIO ASIGNADO	TALENTO HUMANO	IPS / ET / EAPB	ASISTE	OBSERVACION
LUNES 14/07/2025	VILLARRICA	1	N/A	N/A	PACTACION HOSPITAL LA MILAGROSA E.S.E	LEIDY JOHANNA PEREZ	AUX EBS DEPARTAMENTAL	X	
						IVAN ANDRES MEDEZ	ENF EBS DEPARTAMENTAL	X	
MARTES 15/07/2025	VILLARRICA	1	N/A	N/A	CAPACITACION HOSPITAL LA MILAGROSA E.S.E	MONICA ESPERANZA GODOY	GESTORA EBS DEPARTAMENTA	X	
						TATIANA RODRIGUEZ MUÑOZ	GESTORA EBS DEPARTAMENTA	X	
						NANCY GODOY CORTES	AUX EBS DEPARTAMENTAL	X	
						LEIDY JOHANNA PEREZ SUAREZ	AUX EBS DEPARTAMENTAL	X	
						IVAN ANDRES MENDEZ DONOSO	ENF EBS DEPARTAMENTAL	X	
MIERCOLES 16/07/2025	VILLARRICA	1	N/A	N/A	CAPACITACION HOSPITAL LA MILAGROSA E.S.E	MONICA ESPERANZA GODOY	GESTORA EBS DEPARTAMENTA	X	
						TATIANA RODRIGUEZ MUÑOZ	GESTORA EBS DEPARTAMENTA	X	
						NANCY GODOY CORTES	AUX EBS DEPARTAMENTAL	X	
						LEIDY JOHANNA PEREZ SUAREZ	AUX EBS DEPARTAMENTAL	X	
						IVAN ANDRES MENDEZ DONOSO	ENF EBS DEPARTAMENTAL	X	
JUEVES 17/07/2025	VILLARRICA	1	N/A	N/A	CAPACITACION HOSPITAL LA MILAGROSA E.S.E	MONICA ESPERANZA GODOY	GESTORA EBS DEPARTAMENTA	X	
						TATIANA RODRIGUEZ MUÑOZ	GESTORA EBS DEPARTAMENTA	X	
						NANCY GODOY CORTES	AUX EBS DEPARTAMENTAL	X	
						LEIDY JOHANNA PEREZ SUAREZ	AUX EBS DEPARTAMENTAL	X	
						IVAN ANDRES MENDEZ DONOSO	ENF EBS DEPARTAMENTAL	X	

PLAN DE TRABAJO EBS-C DEPARTAME | MES 1 -JULIO | MES 2-AGOSTO | MES 3- SEPTIEMBRE