



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

30/09/2025

CONSECUTIVO NRO.

8

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

Cuyo objeto es

PRESTACION DE SERVICIOS

NRO.

068

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. CORESPONDE AL PERIODO DEL 1 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025.

VALOR EN NÚMEROS \$5.100.000

SUBTOTAL

5.100.000

IVA ASUMIDO

TOTAL

5.100.000

VALOR EN LETRAS:

CINCO MILLONES CIEEN 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

CALLE 27E#24-161

3233972874

Adquisiciones efectuadas a Personas Naturales no comerciantes o no responsables del Impuesto a las Ventas

Artículo 3 Decreto 522 de Marzo 7/2003



CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del (la) Contratista	YENNY ELENA PALACIOS PINILLA	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 QUIBDÓ
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS		
Contrato N°	068 DE 2025		
Documento de Identidad	C.C. 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		

MANIFESTACIÓN DE INTENCIÓN

Una vez 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 trámite 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	-
VALOR TOTAL	\$ 52.700.000,00

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	5.100.000

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Salud	265.000	EPS	NUEVA EPS	Número de planilla	9491751606
Pension	339.200	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9491751606
A.R.P	11.100	A.R.P	POSITIVA	Número de planilla	9491751606

***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	PERÍODO DE PAGO		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR SIN IVA	IVA	VALOR TOTAL A PAGAR	SALDO POR PAGAR
	DESDE	HASTA						
8	1-sep.-25	30-sep.-25	69.03%	31.280.000	5.100.000	-	5.100.000	16.320.000

CERTIFICACIÓN

El / la suscrito (a) supervisor (a) / interventor (a) certifica:

Que, YENNY ELENA PALACIOS PINILLA, identificado(a) con C.C. 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: \$ 5.100.000 incluido IVA.

Fecha de expedición: 30 de septiembre de 2025
Día Mes Año

SUPERVISOR



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES					
FECHA DE APLICACIÓN: SEPTIEMBRE de 2025					
DATOS DEL INFORME					
Mensual		☒		Final	
Informe mensual de actividades Nro. 8					
Fecha de Presentación:	30 de septiembre de 2025	Período del informe:	DESDE: 1 de septiembre de 2025 HASTA: 30 de septiembre de 2025		
Nombre del Contratista:	YENNY ELENA PALACIOS PINILLA		Nro. de documento de identidad:	54259857	
Correo Electrónico:	yelenapalacios@gmail.com		Nro. de teléfono:	3233972874	
Nombre Interventor(a) o Supervisor(a): (E)	LUZCELY CORDOBA CHAVERRA		Nro. de documento de identidad:	35895926	
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	No aplica		Nro. de documento de identidad:	No aplica	
Valor del Contrato:	\$52.700.000	Valor de Adición:	\$ 0		
DATOS DEL CONTRATO					
Contrato Nro.	068				
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 QUIBDÓ.				
CDP Nro.	144	CRP Nro.	952		
Póliza Nro.	N/A	Fecha Acta de Aprobación Póliza:	N/A		
Plazo:	Diez (10) MESES Y DIEZ (10) DIAS	Fecha de Iniciación:	27 de febrero de 2025	Fecha de Terminación:	31-12-2025
Modificaciones al Contrato:	(Relacione aquí todo lo correspondiente a una prórroga, adición y/o suspensión, si es el caso)				
EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO					





Obligaciones Contractuales	Actividades realizadas y/o productos entregados	Soportes
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.	1.1 Revisión y consolidación de boletines epidemiológicos con corte a semana epidemiológica 36 del 2025, de los referentes asignados (Tuberculosis, desnutrición en menor de 5 años, cáncer en menor de 18 años, sífilis gestacional y congénita, IAAS, Inmunoprevenibles). 1.2 Asistencia eventos de interés en salud pública en la UCI Respirar el día 26 de septiembre de 2025. De los eventos desnutrición, tuberculosis, Ca de mama y cuello uterino y Ca en menores de 18 años, sífilis congénita y gestacional e Infecciones Asociadas a las Atenciones de la Salud Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos – IAAS. Con el objetivo principal de una asistencia técnica en salud pública es fortalecer las capacidades de los actores involucrados en el sistema de salud para mejorar la gestión y lograr resultados concretos en la salud de la población. Esto implica un proceso continuo de asesoría, capacitación, acompañamiento y apoyo técnico para mejorar los procesos, la calidad de los servicios y la cobertura de salud. 1.3 Para articular el proceso de asistencia técnica con las UPGD, HIRV el 25 de septiembre de 2025, se realizaron los oficios con previa concertación con las IPS y se soportan a través de actas y demás actividad que giran entorno a la asistencia técnica. 1.4 asistencia al comité de vigilancia epidemiológica – COVE y comité de estadísticas vitales del mes de septiembre de 2025.	1.2.1 pantallazo cargue Boletines epidemiológicos SE 36 1.3.1 Listado de asistencia y registro fotográfico de la asistencia técnicas 1.3.2 Cargue de las actas de asistencia técnicas del DRIVE de Vigilancia. 1.4.1 registro fotográfico asistencia al COVE
2. Apoyar como epidemióloga el análisis y monitoreo del comportamiento de los eventos responsables de referentes no especializados en epidemiología.	2.1 Reunión de equipo para realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades asignadas a los referentes asignados, los días 10 y 14 de septiembre de 2025	2.1.1 Registro Fotográfico 2.1.2 Listado de Asistencia 2.1.3 Acta de reunión seguimiento al plan de acción





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.	3.1 Acompañamiento a las investigaciones epidemiológicas de campo de tuberculosis y estudios de contactos de los casos reportados durante el mes julio 9 asignados a las auxiliares. 3.2 Reunión de equipo con el referente y auxiliares del evento de tuberculosis con el objetivo de revisar las IEC asignadas y las demás actividades ejecutadas el día 15 de julio de 2025.	3.1.1 Formato de IEC 3.1.2 Registro fotográfico 3.2.1 Acta de Reunión de quipo de Tuberculosis 3.2.2 Pantallazo del cargue del Acta del DRIVE de vigilancia.
4. Realizar análisis de casos para el desarrollo de las unidades de los eventos que los requieran conjuntamente con el resto del equipo involucrado.	Durante el mes de julio no se presentaron casos para unidad de análisis por eventos de interés en salud pública de los referentes asignados (Tuberculosis, desnutrición en menor de 5 años, cáncer ene menor de 18 años, sífilis gestacional y congénita, IAAS, Inmunoprevenibles).	No Aplica
5. Socializar y presentar trimestralmente un informe técnico, operativo y de gestión de los avances de acuerdo con los eventos asignados.	5.1 Se realiza revisión y consolidación de los informes semestrales de los referentes asignados (Tuberculosis, desnutrición en menor de 5 años, cáncer ene menor de 18 años, sífilis gestacional y congénita, IAAS, Inmunoprevenibles) y posterior envió al área de coordinación de vigilancia.	5.1.1 Pantallazo del envío de los informes semestrales
6. Generar alertas tempranas, sugerir y participar en la atención de planes de respuesta a brotes o emergencias en salud cuando se presenten.	6.1 Reunión con el equipo de la epidemióloga Blanca para la entrega de la vigilancia monitoreo de medios la cual permite detectar alertas relacionadas con los eventos de interés en salud pública y brotes el día 1/07/2025, además de realizó socialización de la metodología de trabajo con el equipo asignado.	6.1.1 Acta de reunión de socialización de Monitoreo de medio 6.1.2 Pantallazo del cargue del Acta del DRIVE de vigilancia
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.	7.1 Reunión de equipo para realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades asignadas a los referentes asignados, tales como Boletines epidemiológicos, seguimiento a monitoreos de medios, informes de eventos, cargue de información al DRIVE	7.1.1 Registro Fotográfico 7.1.2 Listado de Asistencia





	de las auxiliares los días 2, 4, 7 y 18 de julio de 2025.	
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.	8.1 Se hace seguimiento al número de casos probables o sospechosos de los diferentes eventos y establecer datos con el fin de realizar los ajustes que haya a lugar, con la referente de sistemas de información de manera semanal.	8.1 Pantallazos de articulación ajustes requeridos con sistemas de información.
9.Apoyar la elaboración y presentación de informes mensuales internos y externos según los eventos asignados.	9.1 Se realiza revisión y consolidación de los informes semestrales de los referentes asignados (Tuberculosis, desnutrición en menor de 5 años, cáncer en menor de 18 años, sífilis gestacional y congénita, IAAS, Inmunoprevenibles) y posterior envío al área de coordinación de vigilancia.	9.1.1 Pantallazo del envío de los informes semestrales





10. Las demás actividades que le sean asignadas por su supervisor y que estén acordes con la naturaleza del cargo y la dependencia.	10.1 asistencia al comité departamental de estadísticas vitales 10.2 Participación Socialización salida de los equipos rurales 10.3 Taller de fortalecimiento vigilancia epidemiológica	10.1.1 pantallazo de asistencia 10.1.2 Registro fotográfico 10.2.1 registro fotográfico .
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 período 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 CINCO MILLOMES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$5.100.000)		
 Firma del contratista Nombre de la Contratista: YENNY ELENA PALACIOS PINILLA	 Firma Supervisor (Nombre de la supervisora: LUZCELY CORDOBA CHAVERRA)	



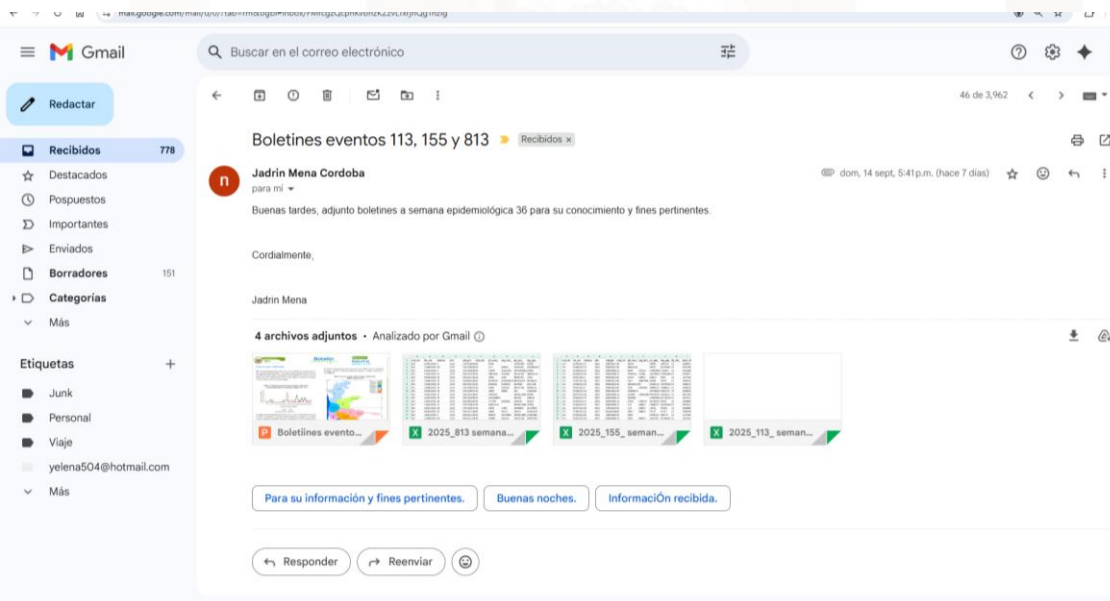
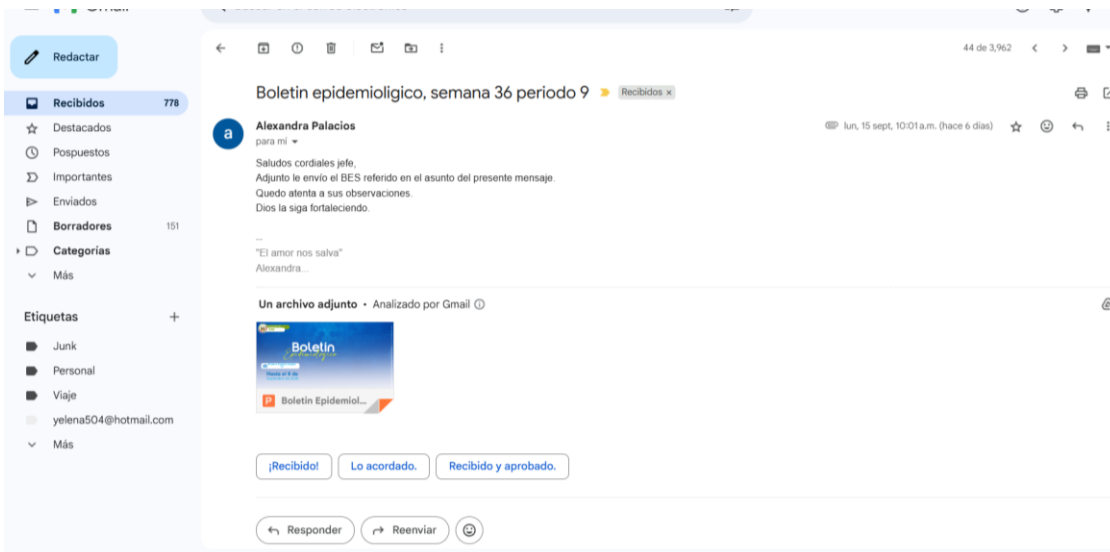


Soportes

Soporte de Actividad contractual numero 1

1.2.1 Boletines epidemiológicos SE 36

Consolidación de boletines epidemiológicos a semana 36 de 2025

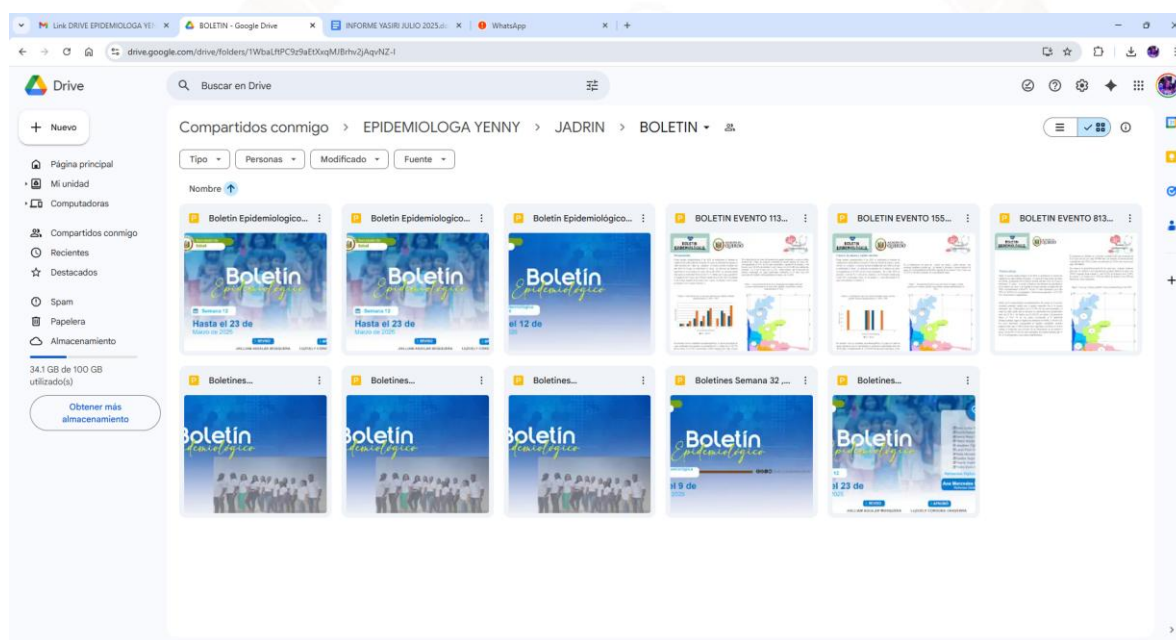
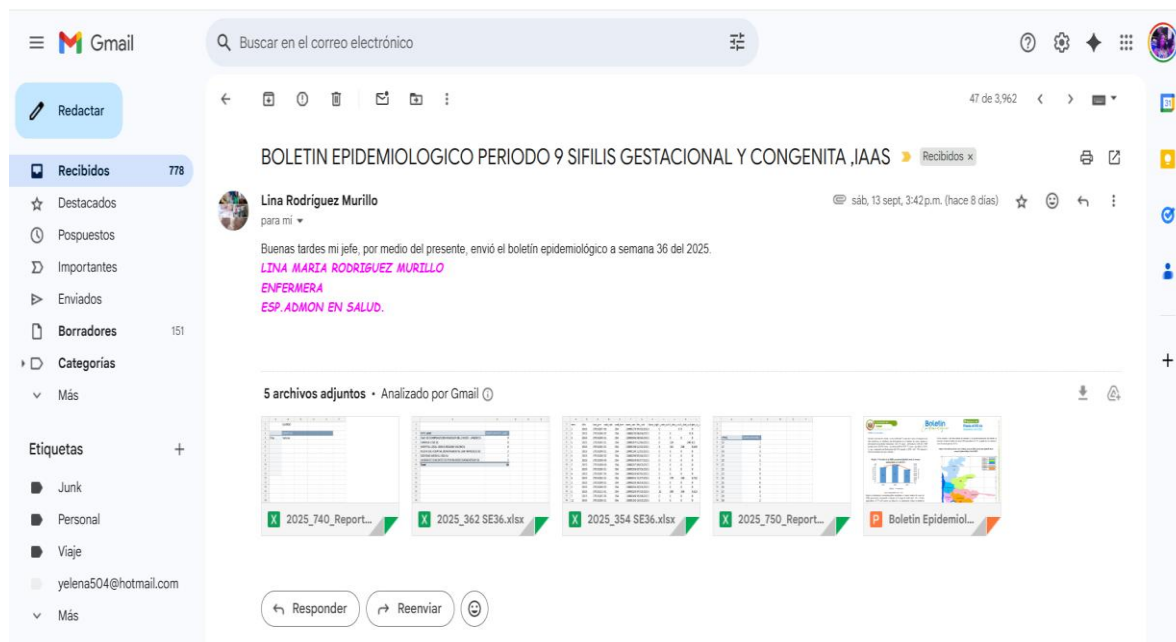




ALCALDÍA DE
QUIBDÓ

NIT: 891680011-0

CÓDIGO: 160
SECRETARÍA DE SALUD



✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

📍 Cra 2 N 24a - 32 Quibdó, Chocó | Código postal 270001

📱 @alcaldiadequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



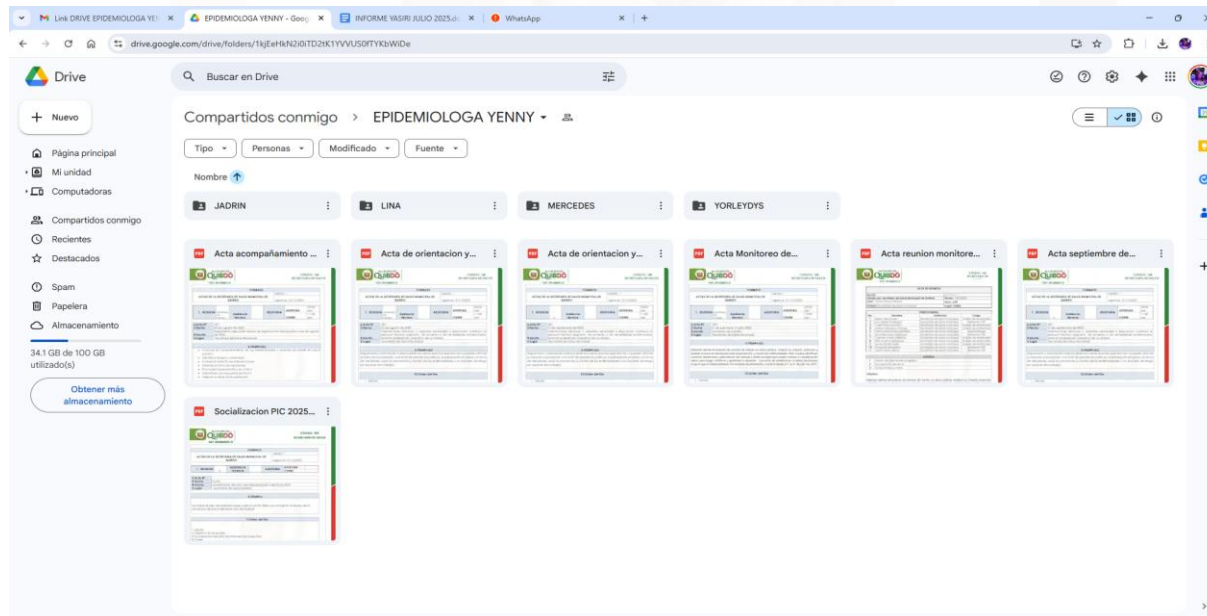


1.3.1 Registro fotográfico de la asistencia técnicas

Asistencia eventos de interés en salud publica en la UCI Respirar el día 22 de septiembre de 2025,



1.3.2 Cargue de las actas de asistencia técnicas del DRIVE de Vigilancia.

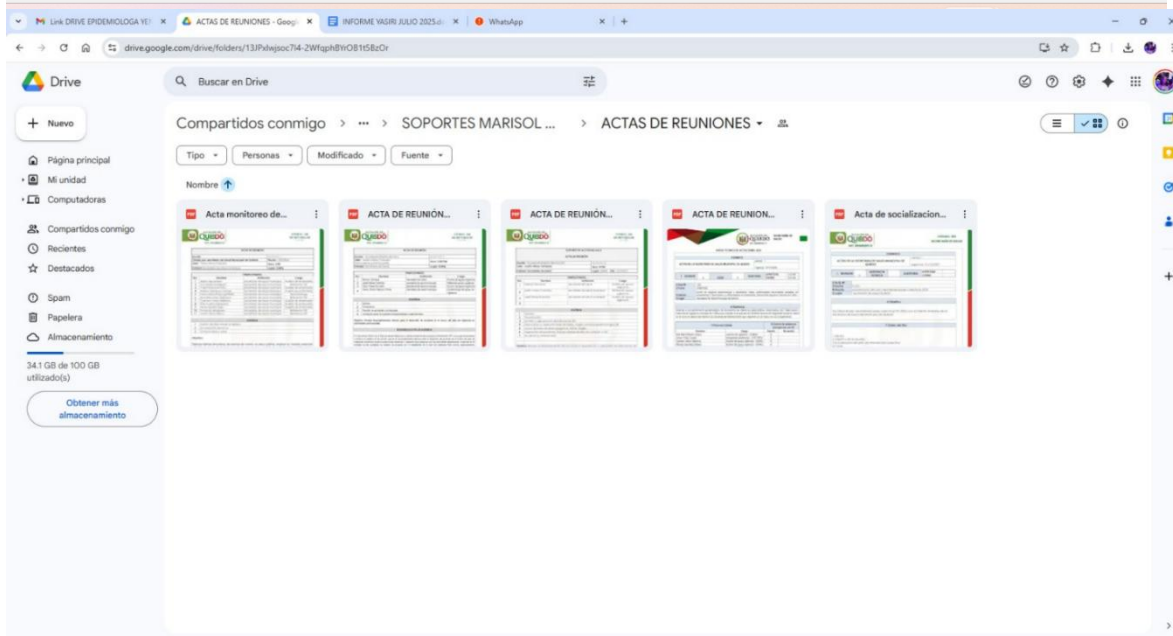




1.3.4 Pantallazo de COVE y el comité de estadísticas vitales



FORMATO					
ACTAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDÓ				versión: 1 vigencia: 31/12/2025	
1. REUNION		COVE	x	AUDITORIA	APERTURA CIERRE
2. Acta N°	009				
3. Fecha	17/09/2025				
4. Asunto	4 comité de estadísticas vitales EEVV				
5. Lugar	Secretaria de Salud Municipal de Quibdó				
6. Objetivo(s)					
El objetivo de las estadísticas vitales es recopilar información sobre los hechos más importantes de la vida de una población, con el fin de analizarlos y orientar la gestión pública.					
7. Personas Citadas			8. Control de asistencia (marque con una X)		
Nombre		Cargo	Asistió	No asistió	
Yessica Andrea Córdoba Martínez		Enfermera Sumimedical IPS		X	
Johana Banguero		Epidemióloga Hospital San Francisco de Asís	X		
Jhilian Aguilar Mosquera		Coordinadora VSP - SSMQ	X		
Ana Maria Murillo Osorio		FOMAG	X		
		COMFACHOCO IPS		X	





1,4.1 registro fotográfico asistencia al COVE



Soporte de Actividad contractual numero 2:

Reunión de equipo para realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades

2.1.1 Registro Fotográfico





2.1.2 Listado de Asistencia

ALCALDÍA DE QUIBDÓ		FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA		www.quibdo-choco.gov.co				
ALCALDÍA MUNICIPAL DE QUIBDÓ		DEPENDENCIA:						
TEMA: <i>Reunión de seguimiento equipo STSP</i>		Lugar: <i>SSMQ</i>		OBJETIVO: <i>acompañamiento técnico equipo para el seguimiento de las actividades comunitarias.</i>				
FECHA: <i>10/sep/25</i>		Hora terminación: <i>11:00</i>						
Hora inicio: <i>9:00 am</i>		NOMBRE						
CEDULA DE CIUDADANIA		DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD		CARGO				
				TIPO DE PARTICIPACIÓN				
				TELÉFONO E-MAIL FIRMA				
				SERVIDOR PÚBLICO CONTRATISTA CIUDADANO LÍDER COMUNITARIO ESTUDIANTE JOVEN LÍDER				
<i>Lina María Rodríguez</i>		<i>24342453</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Enf. Bón</i>	<i>X</i>	<i>32189648</i>	<i>lina.maria.rodriguez</i>	<i>Lina María Rodríguez</i>
<i>Yasini Perea Perea</i>		<i>1010126503</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Aux. Mayo</i>	<i>X</i>	<i>3212968168</i>	<i>yasini.perea.perea</i>	<i>Yasini Perea Perea</i>
<i>Ana Mercedes Melbosa</i>		<i>54257813</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Prof. UN</i>	<i>X</i>	<i>312336589</i>	<i>ana.mercedes.melbosa</i>	<i>Ana Mercedes Melbosa</i>
<i>Jenny Rivero Palacios</i>		<i>54257813</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Enfermera</i>	<i>X</i>	<i>32239282</i>	<i>jenny.rivero.palacios</i>	<i>Jenny Rivero Palacios</i>
<i>Jadira Mena Córdoba</i>		<i>11804442</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Prof. UN</i>	<i>X</i>	<i>32189648</i>	<i>jadira.mena.cordoba</i>	<i>Jadira Mena Córdoba</i>
<i>Keth Quiza Mosquera</i>		<i>1099443885</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Aux. enfermería</i>	<i>X</i>	<i>31264582</i>	<i>keth.quiza.mosquera</i>	<i>Keth Quiza Mosquera</i>
<i>Henry Asprilla Salas</i>		<i>1037428018</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Aux. Alayo Balc</i>	<i>X</i>	<i>3212968168</i>	<i>henry.asprilla.salas</i>	<i>Henry Asprilla Salas</i>
<i>Martín Camacho</i>		<i>54257813</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Def. PE</i>	<i>X</i>	<i>3212968168</i>	<i>martin.camacho</i>	<i>Martín Camacho</i>
<i>Carmen Valois Valmar</i>		<i>35546105</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Aux. F.</i>	<i>X</i>	<i>32220982</i>	<i>carmen.valois.valmar</i>	<i>Carmen Valois Valmar</i>
<i>Haidy Y. Sepúlveda</i>		<i>26371333</i>	<i>SSMQ</i>	<i>Aux. F.</i>	<i>X</i>	<i>32220982</i>	<i>haidy.y.sepulveda</i>	<i>Haidy Y. Sepúlveda</i>

2.1.3 Acta de reunión seguimiento al plan de acción

FORMATO		versión: 1	
ACTAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDÓ		vigencia: 31/12/2025	
1. REUNION	X	Asistencia técnica	AUDITORIA
2. Acta N°	001	APERTURA	09:00 am
3. Fecha	10 de septiembre de 2025	CIERRE	11:00 am
4. Asunto	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.		
5. Lugar	Secretaría de Salud Municipal		
6. Objetivo(s)			
Seguimiento y orientación sobre la dinámica de los eventos que afectan o pueden afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas, la planeación en salud y la toma de decisiones, para la prevención y control de las enfermedades y los factores de riesgo en salud en el municipio.			
10. Orden del Día			
1. Saludo.			
2. Presentación de los participantes y objetivo de la asistencia técnica.			
3. Desarrollo de la actividad: Orientaciones técnicas o asesorías semanales y educación continua al personal técnico asignado, desarrollo operativo de sus tareas.			
4. Compromisos.			
5. Varios y cierre.			
7. Personas Citadas		8. Control de asistencia (marque con una X)	
Nombre	Cargo	Asistió	No asistió
Jadira Mena Córdoba	Referente VSP	X	
Yasini Perea Perea	Auxiliar de enfermería	X	

ALCALDÍA DE QUIBDÓ		CÓDIGO: 160 SECRETARÍA DE SALUD	
NIT: 891680011-0		CÓDIGO: 160 SECRETARÍA DE SALUD	
Carmen Valois Valencia	Auxiliar de enfermería	X	
Henry Asprilla Salas	Auxiliar de enfermería	X	
Keth Mosquera	Auxiliar de enfermería	X	
Haidy Sepúlveda	Auxiliar de enfermería	X	
Lina María Rodríguez	Referente VSP	X	
Nelly Alexandra Palacios	Referente VSP	X	
9. Proporción de asistencia a la reunión (total personas que asisten/total personas citadas x 100)		100%	
11. Desarrollo de la Reunión			
El día 5 de agosto de 2025 a las 9:00am la epidemióloga líder del grupo, realiza reunión de seguimiento y orientaciones técnicas o asesorías semanales y educación continua al personal técnico asignado, desarrollo operativo de sus tareas en el mes de agosto.			
La epidemióloga explica que la Vigilancia en Salud Pública – VSP es una estrategia, enmarcada en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y determinantes que pueden afectar a salud y calidad de vida de las personas, a partir de información recolectada, notificada o construida por la propia población organizada como comunidad. La estrategia es generadora de información continua y sistemática para la realización de análisis epidemiológicos, que permite generar respuestas rápidas, oportunas y adecuadas a la población, así como aportar a la construcción del Análisis de Situación de Salud (ASS) y dentro de él priorizar necesidades, favoreciendo la implementación de medidas de promoción de la salud, <i>infra</i> y extra sectoriales, y de prevención, atención y recuperación de la enfermedad.			
La epidemióloga manifiesta que este seguimiento implica ofrecer orientación y asesoramiento técnico de forma regular, así como oportunidades de educación continua para mantener actualizados sus conocimientos y habilidades.			
La epidemióloga explica las orientaciones técnicas o asesorías semanales:			
Propósito:			
Brindar apoyo inmediato y específico para resolver problemas o dudas que surjan en el desarrollo de las tareas diarias.			
Beneficios:			
Mejora la eficiencia y calidad del trabajo, reduce errores, fomenta la confianza y			



Soporte de Actividad contractual numero 3:

3.1.1 Formato de IEC

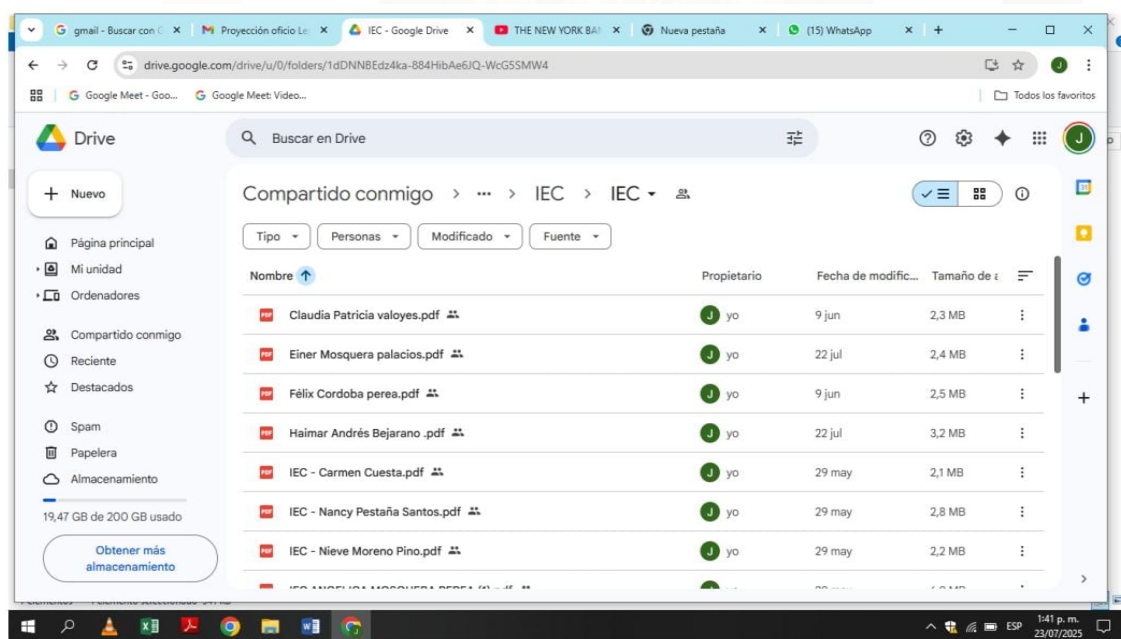
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliar con el usuario.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M ☐ F ☒
1.2 Edad: 10 años
1.3 Nombre y apellidos: YAMIRA OKI CAISAMO
1.4 Tipo de documento de identidad: CC ☐ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP ☐ Otro ☐
1.5 Número de identificación: 7.078.008.411
1.6 Ocupación: estudiante
1.7 Etnia: Indígena ☒ Afrocolombiano ☐ Racial ☐ Rom gitano ☐ Si es indígena indique el pueblo:
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad ☐ Primaria ☒ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Profesional ☐
1.9 Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐
1.10 Departamento/Distrito: Vespertana
1.11 Dirección de residencia: Villa Esperanza
1.12 Municipio: Quibdó
1.13 Localidad/comuna/vereda:
1.14 Barrio:
1.15 Área geográfica: Zona Urbana ☐ Rural ☒ Rural dispersa ☐
1.16 Tipo de vivienda: Casa ☐ Apartamento ☐ Albergue ☒ Centro Protección ☐ Ninguna ☐
1.17 Tipo de trabajo: Empleado ☐ Independiente ☐ Desempleado ☐
1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ No asegurado ☐ Régimen Especial ☐
1.19 Nombre de la EAPB: Nueva EPS
1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad ☐ habitante de calle ☐ migrante ☐ trabajador de la salud ☐ desplazado ☐ persona con discapacidad ☐ desmovilizado ☐ víctima del conflicto ☐ madres comunitarias ☐ población LGBTI ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 ☐ 2-3 ☐ 4-6 ☒ >6 ☐
1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? ☐ No ☐ Hacinamiento: Si ☐ No ☐ Falta ventilación: Si ☐ No ☐ Iluminación: Si ☐ No ☐
1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-6 ☐ >6 ☐
1.24 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ >3 ☐
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene ☒ < 1 SMLMV ☐ 2-3 SMLMV ☐ > 4 SMLMV ☐
1.26 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Si ☐ No ☒
1.27 ¿La vivienda cuenta con servicios: Luz ☐ agua ☐ alcantarillado ☐ gas ☐ internet ☐ televisión ☐ teléfono ☐ recolección de basuras ☐
2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)
2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar ☒ Extrapulmonar ☐ Meningea ☐
2.2 Condición de ingreso: Nuevo ☒ Recaída ☐ Fracaso ☐ Recuperado tras pérdida ☐ Otro ☐
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Si ☒ No ☐ Prueba Molecular: Si ☐ No ☐ Baciloscopia: Si ☒ No ☐ Radiografía de tórax: Si ☐ No ☐ Diagnóstico clínico: Si ☒ No ☐
2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐ Contaminado ☐ Prueba molecular: No detectado ☐ Detectado ☐ No interpretable ☐ Resistencia a: rifampicina ☐ isoniazida ☐ quinolonas ☐ aminoglicósidos ☐ Baciloscopia: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐
2.5 Tipo de caso: TB Sensible ☒ TBMDR/RR ☐ TB Mono H ☐ TBDR ☐
2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa)
3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)
3.1 Fecha de ingreso al programa: 10/09/2025
3.2 Fecha de inicio 1 Fase: 27/08/2025
3.3 Fecha de inicio 2 Fase:
3.4 Tipo de tratamiento prescrito en el momento de la visita: Estandarizado TB MDR/RR ☐ No ☐ Individualizado TB MDR/RR ☐ No ☐ Estandarizado TBDR ☐ No ☐ Individualizado TBDR ☐ No ☐ Estandarizado TBDR ☐ No ☐ Individualizado TBDR ☐ No ☐ Estandarizado TBDR ☐ No ☐ Individualizado TBDR ☐ No ☐
3.5 Dosis de tratamiento completado a la fecha de la visita: 1ª visita (dd/mm/aa) fase I ☒ fase II ☐ 2ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐ 3ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐ 4ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐
3.6 Comorbilidades/factores de riesgo: Diabetes ☐ VIH ☐ Cáncer ☐ EPOC ☐ Enf. Renal ☐ Enf. Hep ☐ Desnutrición ☐ Alcohólicismo: Si ☐ No ☒ Tabaquismo: Si ☐ No ☒ Otra ☐ ¿Cuál?
Página 1 de 5





3.1.2 Registro fotográfico



3.2.1 Acta de Reunión de quipo de Tuberculosis



**ALCALDÍA DE
QUIBDÓ**
NIT: 891680011-0

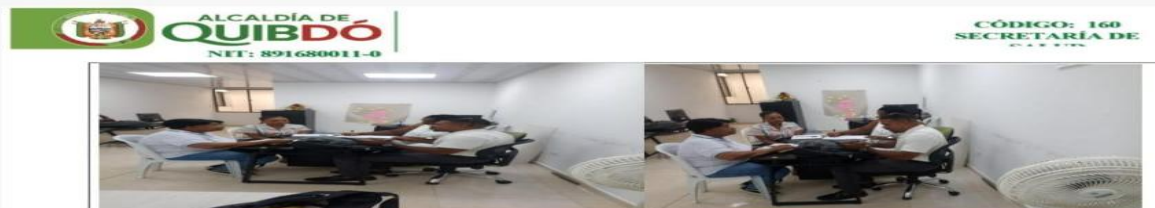
CÓDIGO: 160
SECRETARÍA DE SALUD

COMPROMISOS			
No	TAREAS	RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO
1	realizar visitas de contacto a los casos asignados	Yasiri Perea Romaña	
2	realizar visitas de contactos, IEC a los casos asignados	Marisol gamboa	
3	entregar con puntualidad casos nuevos notificados al si vigila	Jadrín mena córdoba	
4	brindar educación y recomendaciones a los pacientes y sus contactos	Yasiri Perea Romaña, Marisol gamboa	
6	realizar seguimiento telefónico a cada uno de los casos.	Yasiri Perea Romaña	
7		Yasiri perea Romaña	

LISTADO DE ASISTENCIA

ALCALDÍA DE QUIBDÓ		SECRETARÍA DE SALUD		COMITÉ DE TUBERCULOSIS	
NOMBRE	DEPENDENCIA	FECHA DE ASISTENCIA	TIPO DE PARTICIPACIÓN	TELÉFONO	EMAIL
Yasiri Perea Romaña	SECRETARÍA DE SALUD	2020-08-20	PRESENCIA	311 331 40 52	yasiri.perea@alcaldiadequibdo.gov.co
Marisol gamboa	SECRETARÍA DE SALUD	2020-08-20	PRESENCIA	311 331 40 52	marisol.gamboa@alcaldiadequibdo.gov.co
Jadrín mena córdoba	SECRETARÍA DE SALUD	2020-08-20	PRESENCIA	311 331 40 52	jadrin.mena@alcaldiadequibdo.gov.co

REGISTRO FOTOGRÁFICO





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible del caso y complete durante la visita domiciliar con el usuario.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: ☒ M ☐ F
1.2 Edad: 14
1.3 Nombre y apellidos: Juan Felipe Ayala Blondon
1.4 Tipo de documento de identidad: T-1
1.5 Número de identificación: 1018462720
1.6 Ocupación: Estudiante
1.7 Etnia: ☒ Afrocolombiano ☐ Rastaf ☐ Rom gitano ☐ Si es indígena indique el pueblo:
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad ☐ Primaria ☐ Bachillerato ☒ Técnico ☐ Profesional ☐
1.9 Estado Civil: ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐
1.10 Departamento: ☒ Chocó ☐ C. Inocencio ☐ Zona Urbana ☒ Rural ☐ Rural dispersa ☐
1.11 Dirección de residencia: Crr 14 # 23-55
1.12 Municipio: Quibdó
1.13 Localidad/comuna/variedad: Porvenir
1.14 Barrio: Porvenir
1.15 Área geográfica: Zona Urbana ☒ Rural ☐ Rural dispersa ☐
1.16 Tipo de vivienda: Casa ☒ Acortamiento ☐ Albergue ☐ Centro Protección ☐ Ninguna ☐
1.17 Tipo de trabajo: Empleado ☐ Independiente ☐ Desempleado ☒
1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo ☐ Subsidio ☒ No asegurado ☐ Régimen Especial ☐
1.19 Nombre de la EAPB: Comfatchocó
1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad ☐ habitante de calle ☐ migrante ☐ trabajador de la salud ☐ desahogado ☒ persona con discapacidad ☐ desmovilizado ☐ víctima del conflicto ☐ madres comunitarias ☐ población LGBTI ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 ☐ 2-3 ☒ 4-6 ☐ >6 ☐
1.22 Calidad de vivienda: ¿Existe? ☐ No ☒ Hacinamiento ☐ No ☒ Falta ventilación ☒ No ☐ Iluminación ☒ No ☐
1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 ☒ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-6 ☐ >6 ☐
1.24 La vivienda cuenta con servicio: Luz ☒ agua ☒ alcantarillado ☒ gas ☒ internet ☒ televisión ☒ teléfono ☒ recolección de basuras ☒
1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene ☒ < 1 SMLMV ☐ 2-3 SMLMV ☐ > 4 SMLMV ☐
1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ > 3 ☒
1.27 (Escriba algún tipo de subsidio económico del estado) Si ☐ No ☒

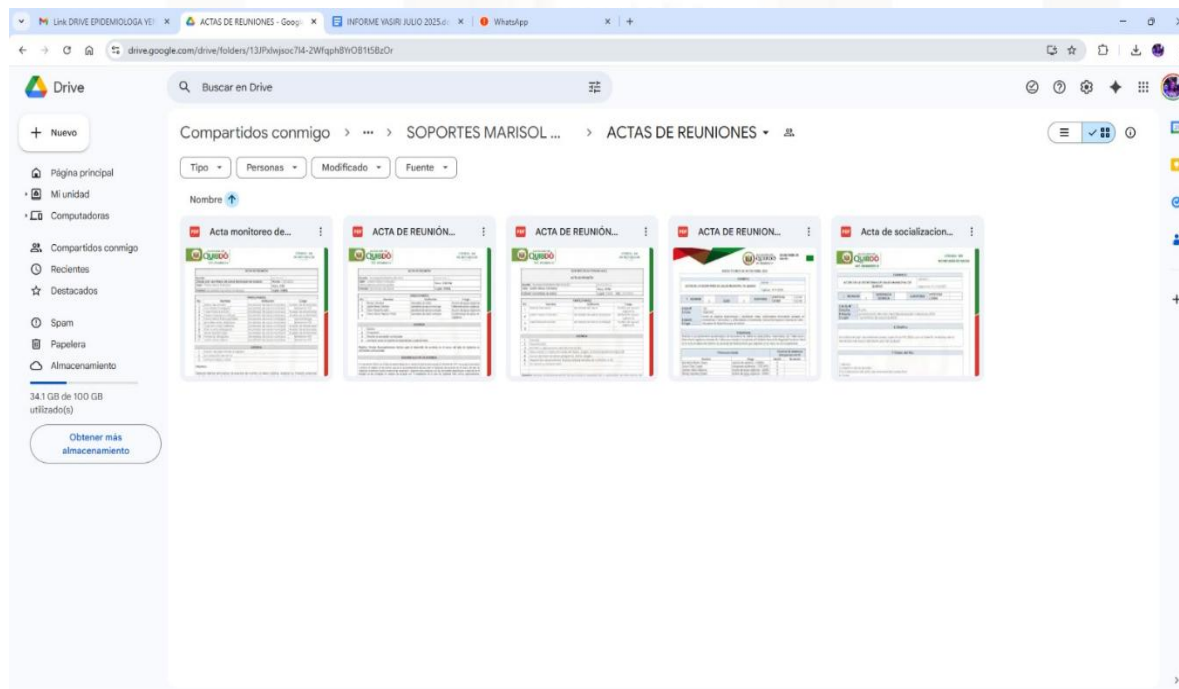
2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar ☐ Extrapulmonar ☒ Meningea ☐
Especifique la localización extrapulmonar: Neurol
2.2 Condición de ingreso: Nuevo ☒ Recaída ☐ Fricaso ☐ Recuperado tras pérdida ☐ Otro ☐
2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Si ☐ No ☐ Prueba Molecular: Si ☐ No ☐ Bacteriología: Si ☒ No ☐ Radiografía de tórax: Si ☒ No ☐ Diagnóstico clínico: Si ☐ No ☐
2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐ Contaminado ☐ Prueba molecular: No detectado ☐ Detectado ☐ No interpretable ☐ Resistente a: rifampicina ☐ isoniazida ☐ quinolonas ☐ aminoglicósidos ☐ Bacteriología: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐
2.5 Tipo de caso: TB Sensible ☒ TB Mono H ☐ TBDR ☐ TBDR/RR ☐
2.6 Fecha de diagnóstico: 10/07/2024

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa:
3.2 Fecha de inicio 1 Fase:
3.3 Fecha de inicio 2 Fase:
3.4 Tipo de tratamiento prescrito en el momento de la visita: Estandarizado TB MDR/RR ☐ No ☐ Individualizado TB MDR/RR ☐ No ☐ Estandarizado TBDR ☐ No ☐ Individualizado TBDR ☐ No ☐ Estandarizado RHZE ☐ No ☐ Individualizado RHZE y Lfx ☐ No ☐
3.5 Dosis de tratamiento completado a la fecha de la visita: 1ª visita (observada) fase I ☐ fase II ☐ dosis: 2ª visita (observada) fase I ☐ fase II ☐ dosis: 3ª visita (observada) fase I ☐ fase II ☐ dosis: 4ª visita (observada) fase I ☐ fase II ☐ dosis:
3.6 Comorbilidades/factores de riesgo: VIH ☐ No ☐ Diabetes ☐ No ☐ Cáncer ☐ No ☐ EPOC ☐ No ☐ Enf. Renal ☐ No ☐ Enf. Hep ☐ No ☐ Desnutrición ☐ No ☐ Alcoholismo: Si ☐ No ☐ Tabaquismo: Si ☐ No ☐ Otra L ☐ ¿Cuál? ☐

3.2.2 Pantallazo del cargue del Acta del DRIVE de vigilancia





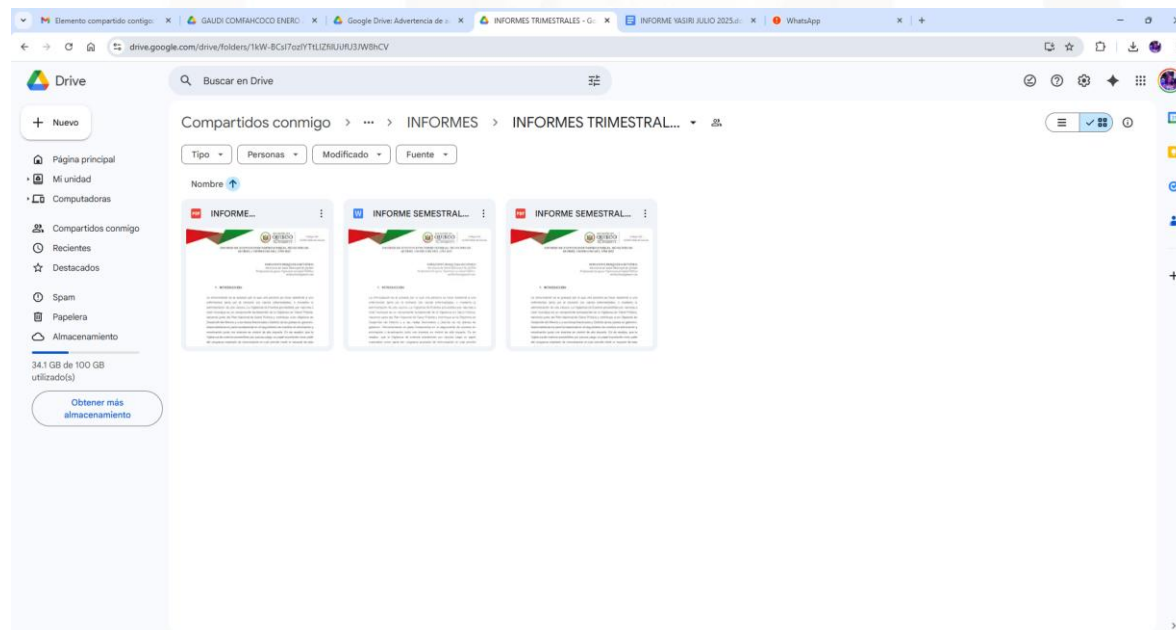
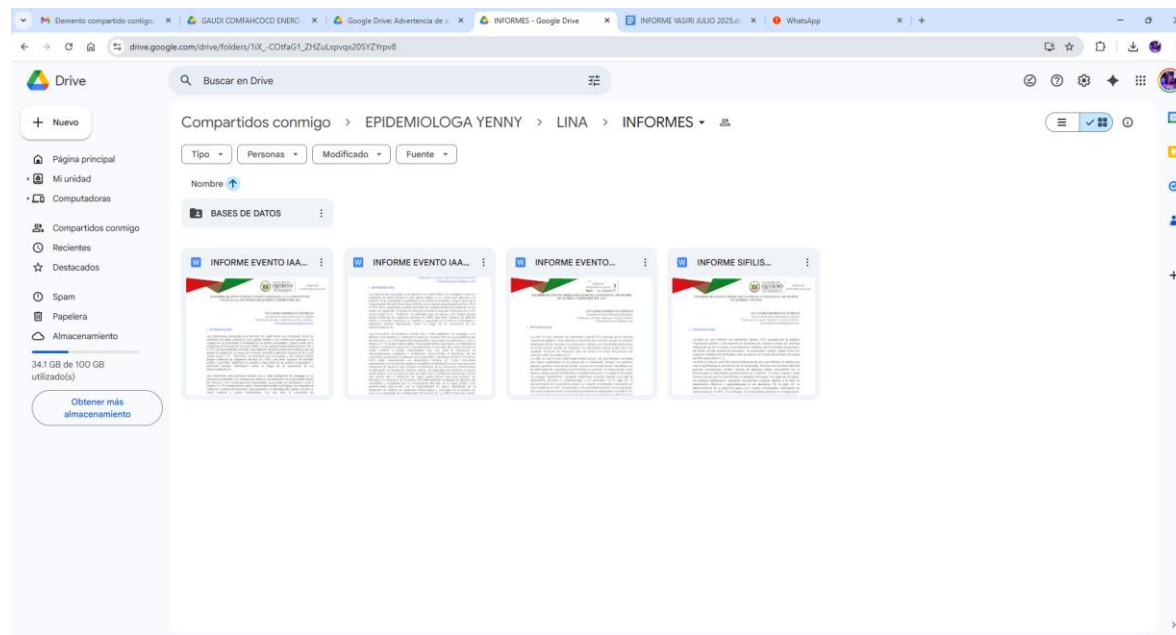
ALCALDÍA DE
QUIBDÓ

NIT: 891680011-0

CÓDIGO: 160
SECRETARÍA DE SALUD

Soporte de Actividad contractual numero 5:

5.1.1 Pantallazo del envío de los informes semestrales



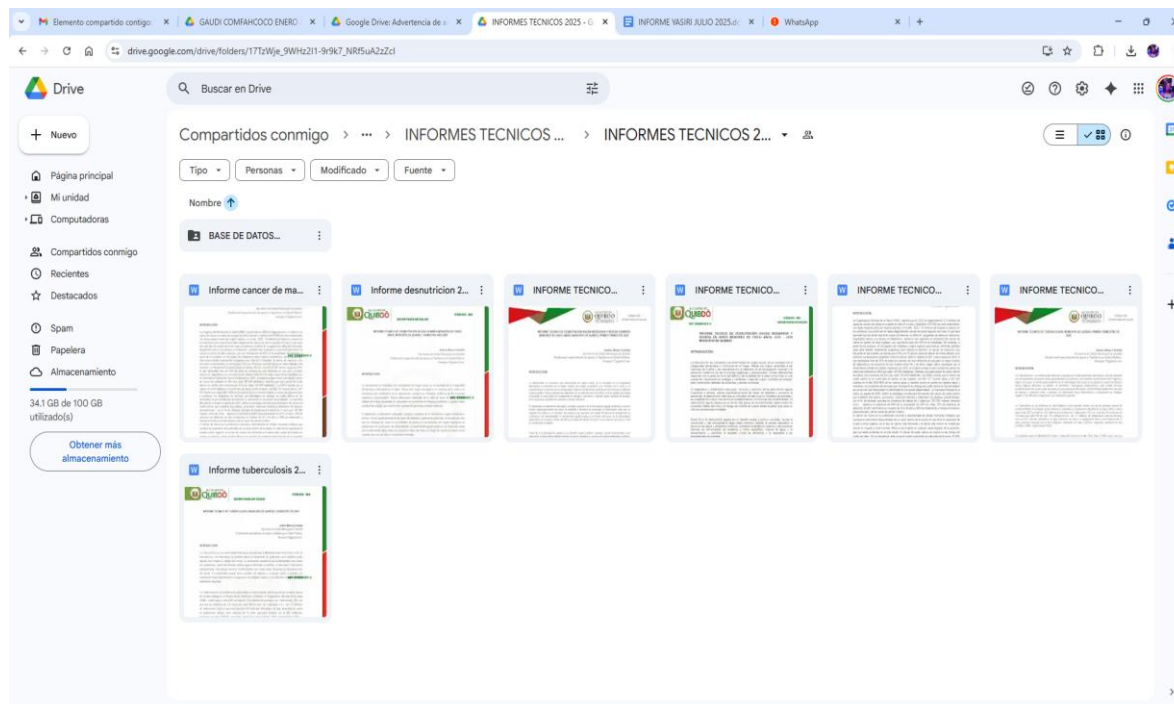
✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

📍 Cra 2 N 24a - 32 Quibdó, Chocó | Código postal 270001

📱 @alcaldiadequibdo

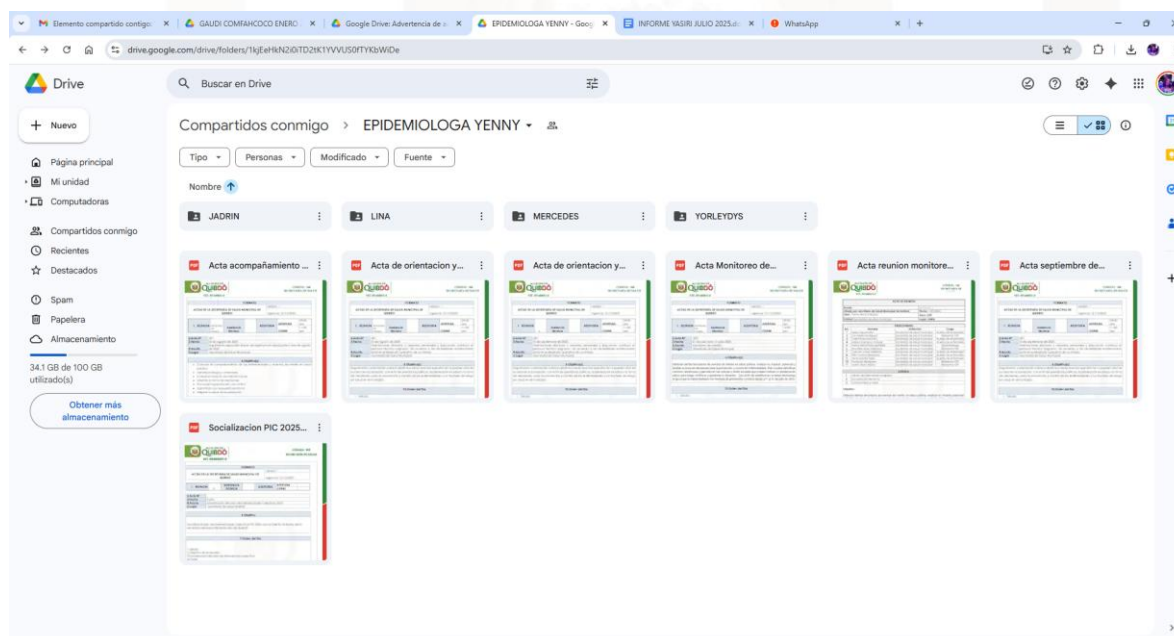
🌐 www.quibdo-choco.gov.co





Soporte de Actividad contractual numero 6:

6.1.1 Pantallazo del cargue del Acta del monitoreo al DRIVE de vigilancia



Soporte actividad contractual 7

Reunión de equipo para realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades asignadas a los referentes

7.1.1 Registro Fotográfico



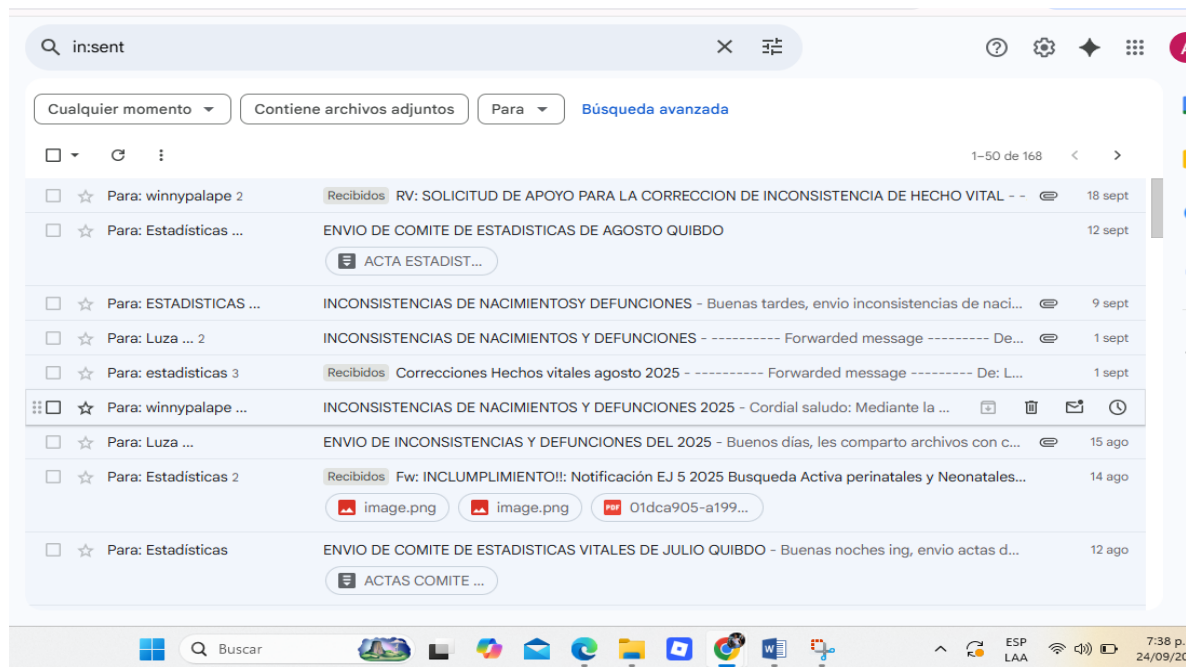
7.1.2 Listado de Asistencia

[illegible]



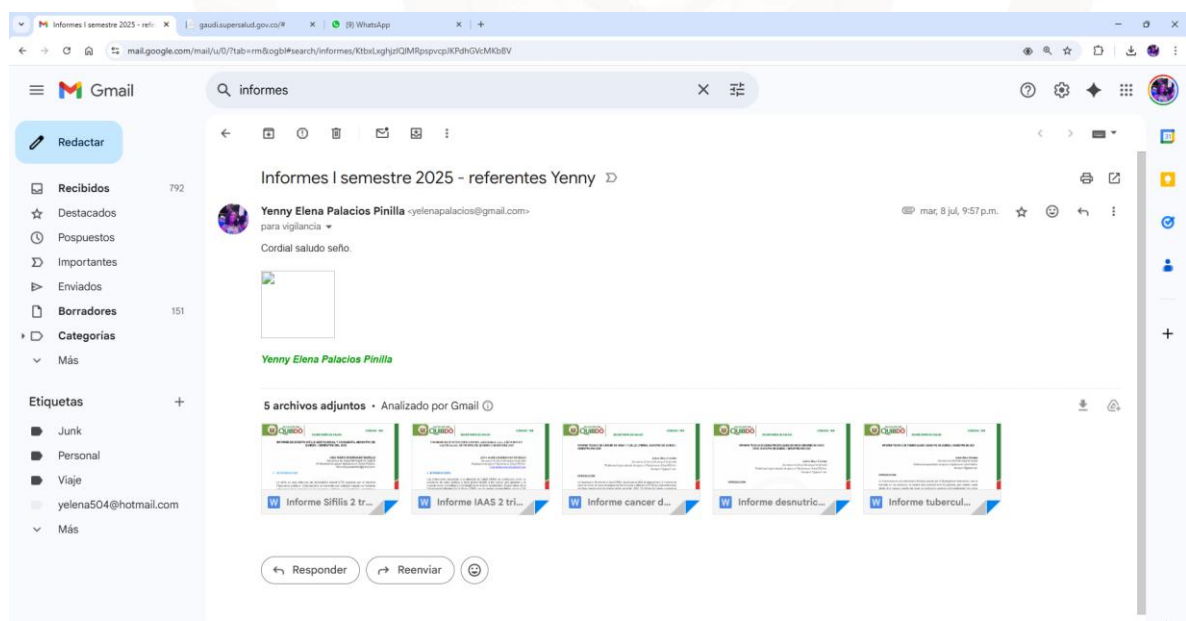
Soporte de Actividad contractual numero 8

8.1 Pantallazos sistemas de información



Soporte de Actividad contractual numero 9:

9.1.1 Pantallazo del envío de los informes semestrales





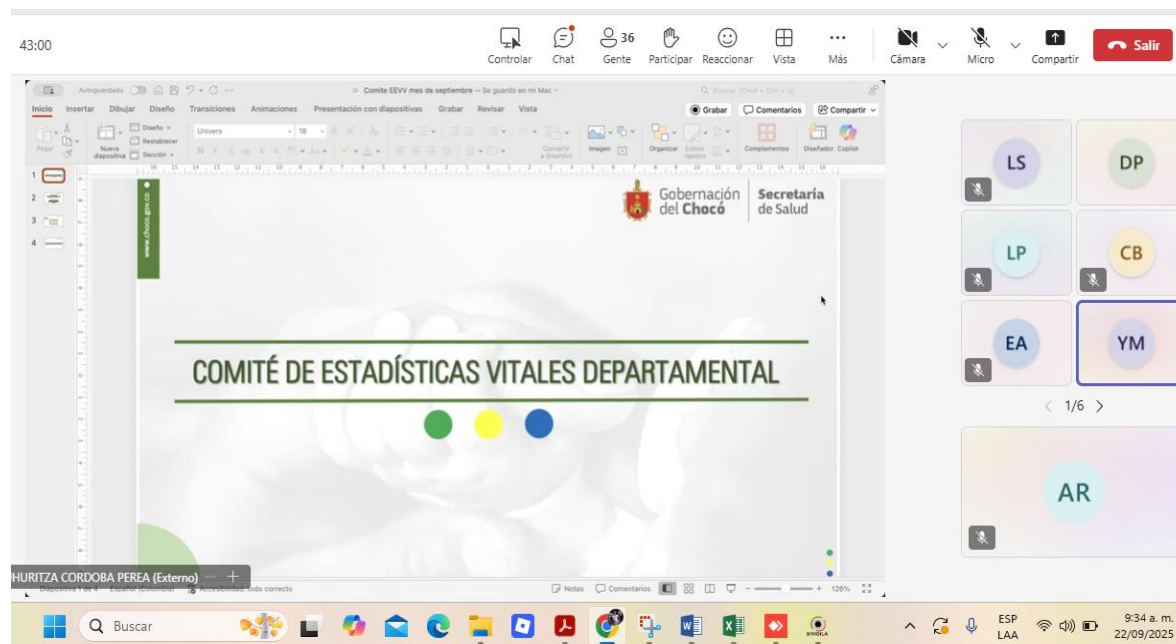
ALCALDÍA DE
QUIBDÓ

NIT: 891680011-0

CÓDIGO: 160
SECRETARÍA DE SALUD

Soporte de Actividad contractual numero 10:

10.1.1 pantallazo de asistencia comité de estadísticas vitales departamental



10.1.2 Registro fotográfico



✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

📍 Cra 2 N 24a – 32 Quibdó, Chocó | Código postal 270001

📱 @alcaldiadequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co





1.0.1.3 Registro fotográfico y listado de asistencia Taller de vigilancia epidemiológica

		Gobernación del Chocó		Secretaría de Salud			
33	Nelly Alexandra Palacios Estrada	1077426248	Quibdó	Enfermera	3229687722	alexcanurse@gmail.com	
34	Nerlin Cristina Arias Pino	1077997721	Quibdó	Enfermería	3126429540	nerlincristinaa@gmail.com	
35	Nikol Ulloa	1004615387	Quibdó	Estudiante De Enfermería	3177834455	dayanalulloo@gmail.com	
36	Silvia Quiroz	1077442860	Quibdó	Enfermera	3204177573	silviaquirozmena@utcl.edu.co	
37	Siris Isabel Valencia Asprilla	35893370	Quibdó	Trabajadora Social	3127614614	Sirisvale6@gmail.com	Dayana
38	Sunilda Moreno Chaverra	35604043	Quibdó	Auxiliar De Enfermería	3146337717	zunilchaverra@gmail.com	Sunilda Moreno
39	Sunilda Moreno Chaverra	34604043	Quibdó	Auxiliar De Enfermería	3146337717	zunilchaverra@gmail.com	SUA
40	Vanessa Georgina Córdoba	35891254	Tadó	Enfermera	3218757052	lokinoscordobamayo@gmail.com	
41	Yasiri Perea	1010126503	Quibdó	Auxiliar De Enfermería	3217968368	yasiriperea428@gmail.com	Yasiri Perea Renteria
42	Yasmina Palacios Salguero	1077447903	Quibdó	Trabajo Social	3146318271	yapapasa_15@hotmail.com	Yasmina Perea
43	Yeison Palacios	1077451779	Quibdó	Abogado	3206640198	yepama911001@hotmail.com	
44	Yenith Salazar Mosquera	35891252	Unión Panamericana	Enfermera	3137079269	yenicethms@gmail.com	
45	Yenny Elena Palacios Pinilla	54259857	Quibdó	Enfermera	3233972874	yelenapalacios@gmail.com	Yenny Palacios
46	Yevinsonn Mosquera Borja	1077440464	Quibdó	Ing De Telemática	3122320935	yevinsonn@gmail.com	Yevinsonn
47	Yina Johana Ruiz Perea	1077424440	Riosucio	Enfermera	3216254207	yinajohanaperea@hotmail.com	
48	Yirleidy Prens Salas	35897608	Quibdó	Psicóloga	3108342529	yipresa23@hotmail.com	
49	Yorleidy Mosquera Renteria	1077458412	Quibdó	Enfermera	3216932573	yomore_@hotmail.com	Yorleidy Mosquera
50	Danny Jhurita Cordoba Perea	1077457785	Quibdó	Ing De Telemática	3216878665	dayucop@hotmail.com	Danny CP

Dirección Sede Principal
Calle 31 con Cra 1a Esquina - Barrio Kennedy, Quibdó - Colombia
www.choco.gov.co



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
2025-09	2025-09	9491751606	9491751606	I	2025/10/15	2025/09/23	BANCO DE BOGOTA	0	\$615,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC	54259857	PALACIOS YENNY	25-14	30	\$2,120,000	\$339,200	EPS037	30	\$2,120,000	\$265,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,120,000	\$11,100	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,120,000	\$339,200			\$2,120,000	\$265,000			\$0	\$0			\$2,120,000	\$11,100		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$339,200	\$0	\$0	\$339,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$339,200	\$0	\$0	\$339,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$265,000	\$0	\$0	\$265,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$265,000	\$0	\$0	\$265,000	
TOTAL				1	\$615,300	\$0	\$0	\$615,300	

Banco de Bogotá 
Nit 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 A0057804 ***6790 T2044
FTx22/09/25 15:39H.N0578 Quibdo
202509 84 Aportes en linea
PLANILLA No.000009491751606
Identificacion54259857
VALOR PLANILLA:615,300.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:615,300.00

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

VALOR \$

615.300

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)