

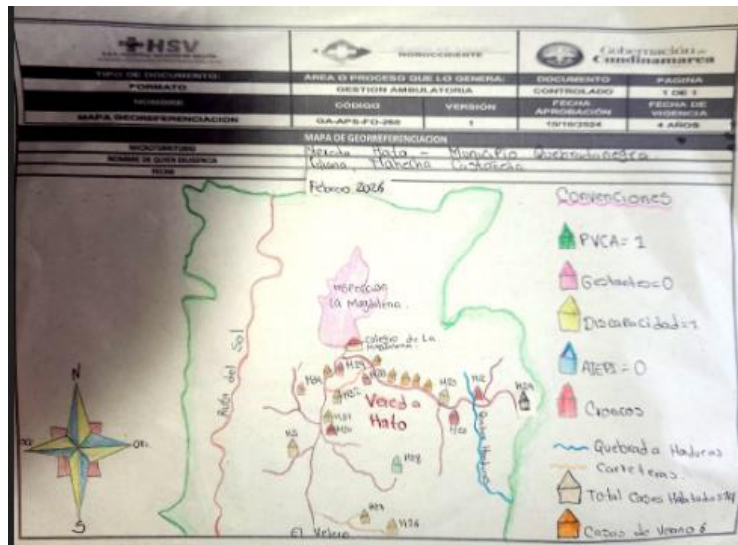
# EVIDENCIA POR CADA OBLIGACION CONTRACTUAL CUENTA No. 1

Nombre Contratista	<b>LILIANA MAHECHA CASTAÑEDA</b>
Documento Identidad	<b>C.C. No. 1.079.262.437</b>
Numero De Contrato	<b>303</b>
Entidad Contratante	<b>ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA</b>
Periodo Facturado	<b>23/01/2026 AL 23/02/2026</b>

## OBLIGACIONES ESPECIFICAS

### OBLIGACION ESPECIFICA 01

Realizar mapa de georreferenciación del micro territorio asignado con el fin de dar cumplimiento al cronograma acordado



### OBLIGACION ESPECIFICA 02

Realizar visitas domiciliarias familiares para llevar a cabo caracterización, canalización a servicios de salud, seguimientos establecidos al nivel de riesgo y avances de todos los integrantes de la familia.

**Visor Entorno Hogar**

**Información General**

Identificación de situaciones momentáneas que ponen en peligro la vida de las personas

Tipo de Situación (Situación que requiere atención inmediata y prioritaria)

Forma de atención (Día)

Modalidad de atención (Presencial / Remota)

Situación de emergencia (Emergencia / No emergencia)

Atención (Atención / No atención)

Operación de la vivienda

Estado de la vivienda que tiene riesgo de ser inhabilitada temporalmente o inhabilitada con riesgo de inhabilitación definitiva

**Detalle general del entorno del entorno**

Ubicación (Municipio: VALLETA)

Terminación (Terminación: VALLETA)

Características (Características: VALLETA)

**Detalle del Equipo de Salud**

Equipo de salud (Equipo de salud: ESE HOSPITAL SALAZAR VILLETA)

Detalle del Personal del Equipo de Salud

Nombre (Nombre: [Nombre])

Apellido (Apellido: [Apellido])

Identificación de las Condiciones del Entorno y de la Vivienda

Tipo de vivienda (Tipo de vivienda: [Tipo])

Características y condiciones del entorno y de la vivienda

**Detalle de la familia**

Detalle de la familia (Detalle de la familia: [Detalle])

Acciones de Protección en la Familia

Protección en la familia (Protección en la familia: [Protección])

Acciones de Protección en la Familia

Protección en la familia (Protección en la familia: [Protección])

**Detalle de la familia**

Detalle de la familia (Detalle de la familia: [Detalle])

Acciones de Protección en la Familia

Protección en la familia (Protección en la familia: [Protección])

# EVIDENCIA POR CADA OBLIGACION CONTRACTUAL CUENTA No. 1

Nombre Contratista	<b>LILIANA MAHECHA CASTAÑEDA</b>
Documento Identidad	<b>C.C. No. 1.079.262.437</b>
Numero De Contrato	<b>303</b>
Entidad Contratante	<b>ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA</b>
Periodo Facturado	<b>23/01/2026 AL 23/02/2026</b>

Nombre	Identificación	Fecha	Observaciones
John Salgado	CC 20204958	1/1/2026	...
Andrés Buitrago	CC 20204958	1/1/2026	...
Diego Castaño	CC 20204958	1/1/2026	...
...	...	...	...

Identificación	Ubicación	Fecha	Estado
1	VEREDA PLOONES	23/01/2026	...
2	VEREDA PLOONES	23/02/2026	...

## OBLIGACION ESPECIFICA 03

Informar en el entorno hogar al 100% de las familias visitadas de acuerdo con el riesgo y/o la necesidad identificada en cada visita de caracterización y seguimiento en los diferentes temas (información en salud ambiental, salud mental, convivencia social, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, vida saludable y enfermedades no transmisibles, promoción de la higiene y la salud bucal, entorno laboral, gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, promoción el programa ampliado de inmunización.

# EVIDENCIA POR CADA OBLIGACION CONTRACTUAL CUENTA No. 1

Nombre Contratista	<b>LILIANA MAHECHA CASTAÑEDA</b>
Documento Identidad	<b>C.C. No. 1.079.262.437</b>
Numero De Contrato	<b>303</b>
Entidad Contratante	<b>ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA</b>
Periodo Facturado	<b>23/01/2026 AL 23/02/2026</b>

## OBLIGACION ESPECIFICA 04

Caracterizar el 100% de la población con discapacidad y enfermedades huérfanas.

**ACTA REUNION T.O. CAPACITACION**

FECHA: 05 de 02 del 2026  
LUGAR: Municipio de Cuatrecasas Negras, Vereda pilones sector Huérfanas  
TEMA: Caracterizar el 100% de la población con discapacidad y enfermedades huérfanas  
LIDER DE PROCESO: [Nombre]

**OBJETIVO DE LA REUNION O CAPACITACION**

1. Socializar la estructura, funciones y alcances del programa de Equipos Básicos en Salud, presentar al personal que estará interviniendo en el municipio de Cuatrecasas Negras y fortalecer la articulación con la Alcaldía Municipal para garantizar un trabajo coordinado, eficiente y orientado al bienestar de la comunidad.

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
1. Mantener articulación constante entre el personal de Equipos Básicos y la Alcaldía Municipal.	Febrero 2026	PERSONAL EQUIPOS BASICOS EN SALUD
2. Brindar información periódica al alcalde sobre el avance de las intervenciones en el territorio.		
3. Caracterizar la ejecución responsable de las actividades programadas en la vereda pilones durante el mes de enero y febrero.		
4. Atender oportunamente las necesidades e		

**ACTA REUNION T.O. CAPACITACION**

requerimientos que reporte la Alcaldía o la comunidad.

5. Mantener canales de comunicación abiertos para facilitar la gestión y el desarrollo del programa.

6. Representar al programa con responsabilidad y profesionalismo en todas las acciones comunitarias.

**DESARROLLO**

Se hizo realizando visitas casa a casa en la vereda pilones sector Huérfanas en el municipio de Cuatrecasas caracterizando a la población con discapacidad y durante el recorrido de la búsqueda activa no se identificó este tipo de población con discapacidad.

Se le brindó educación a la comunidad que el ver a algún paciente con discapacidad no lo haga saber para realizar o brindarle un apoyo para el siga el paso a paso para obtener su certificado de discapacidad.

para llevar a la alcaldía de Cuatrecasas Negras, para que la anoten en una base de datos y le puedan brindar una certificación de discapacidad certificada de la equidad el paso a paso para poder obtener el certificado.

- PRACTICA 1: solicitar una cita médica.
- PRACTICA 2: para que el médico tratante quien entra la historia clínica de con el diagnóstico de la discapacidad.
- PRACTICA 3: luego se debe realizar la solicitud en la secretaria de salud.
- PRACTICA 4: solicitar copia de historia clínica de enfermería.
- PRACTICA 5: copia de documento de cédula de ciudadanía.
- PRACTICA 6: esperar que le llegue la certificación de la discapacidad.

**4. Anexo Registro fotográfico.**

**REGISTRO, LOCALIZACIÓN, CARACTERIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

Selección de historia clínica con diagnóstico relacionado con la discapacidad, copia de la historia clínica, valoración profesional, valoración psicológica y valoración social (Medios y/o EPS).

Orden para certificación de discapacidad (Secretaría de Salud Municipal).

Asignación de IDs (EPS Certificadas).

Consulta por correo electrónico (EPS Certificadas).

Generación y entrega del certificado de discapacidad (Ejemplar Multimediosistema (EPS certificadas)).

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

**¿QUÉ ES?**

Es un documento que reconoce y garantiza la discapacidad y otorga el reconocimiento y otorga de esos derechos una serie de derechos.

**¿CÓMO SOLICITARLO?**

Se debe emprender un procedimiento administrativo compuesto por:

**VALORACIÓN MÉDICA Y APORTACIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO**

VALORACIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA (pediatra, enfermera social, psicólogo laboral y profesional y nivel educativo y cultural)

DAVA VALORACIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA DEL 33% DE DISCAPACIDAD

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

INFORMES MÉDICOS

RESOLUCIÓN DE LA INVALIDEZ RECONOCIDA

Finalmente se oportuno.

## OBLIGACION ESPECIFICA 05

Canalizar, orientar y direccionar a las personas, familias y comunidades caracterizadas, a la oferta de servicios de salud que se brinde de forma inmediata por el equipo básico de salud con el fin de promover el derecho a la salud y contribuir a la atención integral de las rutas integrales de atención en salud.



# EVIDENCIA POR CADA OBLIGACION CONTRACTUAL CUENTA No. 1

Nombre Contratista	<b>LILIANA MAHECHA CASTAÑEDA</b>
Documento Identidad	<b>C.C. No. 1.079.262.437</b>
Numero De Contrato	<b>303</b>
Entidad Contratante	<b>ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA</b>
Periodo Facturado	<b>23/01/2026 AL 23/02/2026</b>

## OBLIGACION ESPECIFICA 06

Realizar promoción de la lactancia materna y cuidados a gestantes y post partos de micro territorio.

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PÁGINA
ACTA REUNIÓN VO CAPACITACIÓN	OC-GR-FU-004	4	8480024

<b>FECHA</b>	04/02/2026	<b>HORA DE INICIO</b>	08:00 AM	<b>HORA DE TERMINACIÓN</b>	04:00 PM
<b>LUGAR</b>	Municipio de Cuatrecasas, Vereda Viboras sector honduras				
<b>TEMA</b>	Realizar promoción de la lactancia materna y cuidados a gestantes y post parto de micro territorio				
<b>LIDER DE PROCESO</b>					

<b>OBJETIVO DE LA REUNIÓN O CAPACITACIÓN</b>
Realizar promoción de las actividades mostradas durante las visitas domiciliarias casa a casa, orientadas a la identificación de mujeres gestantes y puérperas, así como registrar los datos de modo de obtener no se embarazos planificados en mujeres y las viviendas visitadas en la entidad proceso, municipio de Cuatrecasas.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Por parte del Equipo Básico en Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>Continuar con el seguimiento periódico y las visitas domiciliarias para identificar posibles gestantes y puérperas en las viviendas.</li> <li>Monitorear la orientación en salud sexual y reproductiva en las viviendas.</li> <li>Registrar de manera ordenada cualquier caso identificado a la ruta de atención según funcionamiento del municipio.</li> </ul>	Febrero 2026	ANALIJA MOLINA SOLMAR ALEX INFONTEMI A

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PÁGINA
ACTA REUNIÓN VO CAPACITACIÓN	OC-GR-FU-004	4	8480024

Continuar con la caracterización y actualización de información posparto. Por parte de la Comunità Informar oportunamente al equipo básico sobre cualquier mujer que se encuentre en embarazo periodo de puérperas. Facilitar la información durante las visitas domiciliarias. Apoyar a los servicios de salud para hacer mejoras realizar en conjunto al equipo ps del municipio para lo realice las respectivas seguimientos etc

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PÁGINA
ACTA REUNIÓN VO CAPACITACIÓN	OC-GR-FU-004	4	8480024

**RESUMIDO**

Inicio realizando visitas casa a casa en la vereda viboras sector honduras en el municipio de Cuatrecasas caracterizando a toda la población. La gestante se está realizando educación primaria en salud, se realizó la caracterización, toma algunas visitas y demás educación de acuerdo la población que hubiera en la casa. En cada vivienda se realizó una visita de promoción de registro en estado de gestante a un periodo de puérperas. Orientación general sobre la importancia del control prenatal, vertebra preparto y seguimiento postparto. Información sobre rutas de atención disponibles en el municipio. Registro de población visitada y actualización de datos para el programa de caracterización. Como resultado de las visitas se verificó que en algunas de las viviendas había mujeres gestantes y puérperas durante el periodo evaluado. La comunidad visitada no tener casos recientes de embarazos a parto en curso, y durante las visitas no se encontró otro tipo de gestación. Se continuará con las visitas domiciliarias casa a casa para poder dar un alto control de este tipo de gestación. Se anexa evidencia fotográfica de la demanda educación brindada.

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PÁGINA
ACTA REUNIÓN VO CAPACITACIÓN	OC-GR-FU-004	4	8480024

**RESUMIDO**

Inicio realizando visitas casa a casa en la vereda viboras sector honduras en el municipio de Cuatrecasas caracterizando a toda la población. La gestante se está realizando educación primaria en salud, se realizó la caracterización, toma algunas visitas y demás educación de acuerdo la población que hubiera en la casa. En cada vivienda se realizó una visita de promoción de registro en estado de gestante a un periodo de puérperas. Orientación general sobre la importancia del control prenatal, vertebra preparto y seguimiento postparto. Información sobre rutas de atención disponibles en el municipio. Registro de población visitada y actualización de datos para el programa de caracterización. Como resultado de las visitas se verificó que en algunas de las viviendas había mujeres gestantes y puérperas durante el periodo evaluado. La comunidad visitada no tener casos recientes de embarazos a parto en curso, y durante las visitas no se encontró otro tipo de gestación. Se continuará con las visitas domiciliarias casa a casa para poder dar un alto control de este tipo de gestación. Se anexa evidencia fotográfica de la demanda educación brindada.

## OBLIGACION ESPECIFICA 07

Realizar toma de medidas antropométricas y signos vitales a la población visitada.

PLAN DE CONTROL E INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD																																			
MUNICIPIO DE CUATRECASAS																																			
MUNICIPIO DE CUATRECASAS																																			
MUNICIPIO DE CUATRECASAS																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>FECHA</th> <th>INDICADOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR OBJETIVO</th> <th>VALOR DE REFERENCIA</th> <th>VALOR DE ALERTA</th> <th>VALOR DE RIESGO</th> <th>VALOR DE EMERGENCIA</th> <th>VALOR DE INTERVENCIÓN</th> <th>VALOR DE SEGUIMIENTO</th> <th>VALOR DE MONITORIO</th> <th>VALOR DE EVALUACIÓN</th> </tr> <tr> <td>04/02/2026</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> </tr> </table>												FECHA	INDICADOR	VALOR	VALOR OBJETIVO	VALOR DE REFERENCIA	VALOR DE ALERTA	VALOR DE RIESGO	VALOR DE EMERGENCIA	VALOR DE INTERVENCIÓN	VALOR DE SEGUIMIENTO	VALOR DE MONITORIO	VALOR DE EVALUACIÓN	04/02/2026	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
FECHA	INDICADOR	VALOR	VALOR OBJETIVO	VALOR DE REFERENCIA	VALOR DE ALERTA	VALOR DE RIESGO	VALOR DE EMERGENCIA	VALOR DE INTERVENCIÓN	VALOR DE SEGUIMIENTO	VALOR DE MONITORIO	VALOR DE EVALUACIÓN																								
04/02/2026	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...																								

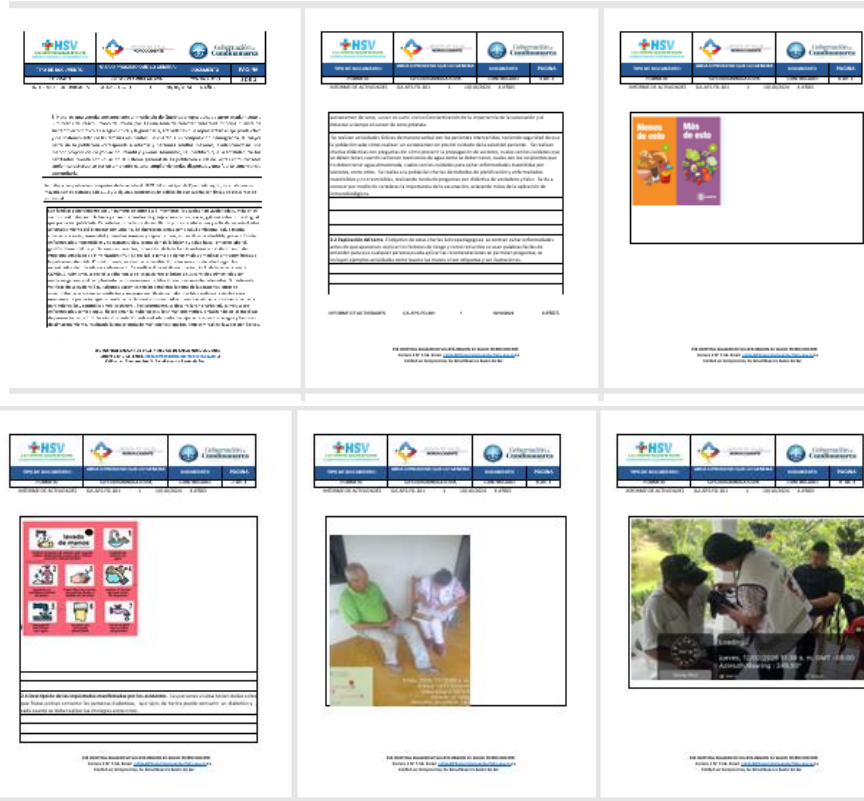
EVIDENCIA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD			
FECHA	INDICADOR	VALOR	VALOR OBJETIVO
04/02/2026	...	...	...
04/02/2026	...	...	...
04/02/2026	...	...	...

# EVIDENCIA POR CADA OBLIGACION CONTRACTUAL CUENTA No. 1

Nombre Contratista	<b>LILIANA MAHECHA CASTAÑEDA</b>
Documento Identidad	<b>C.C. No. 1.079.262.437</b>
Numero De Contrato	<b>303</b>
Entidad Contratante	<b>ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA</b>
Periodo Facturado	<b>23/01/2026 AL 23/02/2026</b>

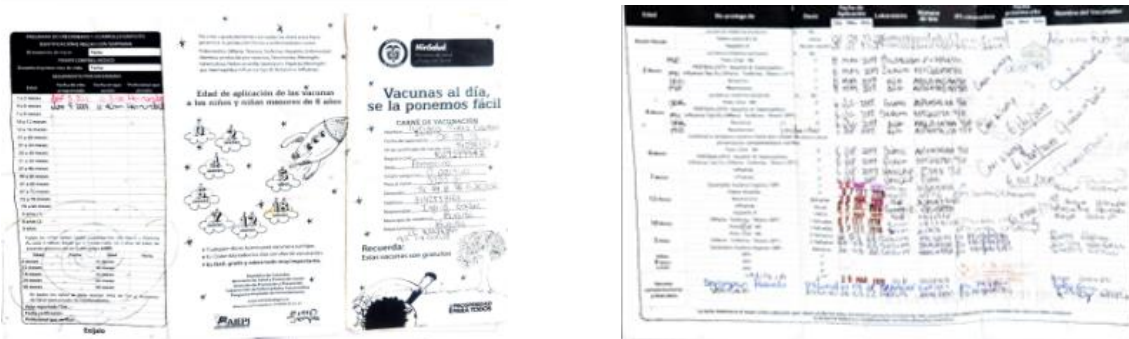
## OBLIGACION ESPECIFICA 08

Llevar a cabo toma de laboratorios según se requiera.



## OBLIGACION ESPECIFICA 09

Realizar revisión de carnet de vacunación según aplique el programa ampliado de inmunización.



# EVIDENCIA POR CADA OBLIGACION CONTRACTUAL CUENTA No. 1

Nombre Contratista	<b>LILIANA MAHECHA CASTAÑEDA</b>
Documento Identidad	<b>C.C. No. 1.079.262.437</b>
Numero De Contrato	<b>303</b>
Entidad Contratante	<b>ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA</b>
Periodo Facturado	<b>23/01/2026 AL 23/02/2026</b>

## OBLIGACION ESPECIFICA 10

Llevar a cabo aplicación de inmunobiologicos y cargue a Pai Web, en caso de que paciente no acepte la aplicación diligenciar disentimiento y activar rutas necesarias.

TPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD	CONTROLADO	1 DE 1
NOMBRE	ODOSU	VERSION	FECHA DE APROBACION
ACTA REUNION Y/O CAPACITACION	GC-00-FO-004	4	04/03/2024

TPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD	CONTROLADO	1 DE 1
NOMBRE	ODOSU	VERSION	FECHA DE APROBACION
ACTA REUNION Y/O CAPACITACION	GC-00-FO-004	4	04/03/2024

FECHA	18	02	2026	HORA DE INICIO	12:30 P.M	HORA DE FINALIZACION	1:30 P.M
LUGAR	VEREDA VEREDA EL HATO						
TEMA	CUIDADORES VEREDA HATO QUEBRADANEGRA CUCUNAMARCA						
LIDER DE PROCESO	AUXILIARES DE ENFERMERIA LILIANA MAHECHA						

**DESARROLLO**

Desarrollo de la intervención

Durante el recorrido realizado por el equipo de auxiliares de enfermería, se efectuó la búsqueda activa de cuidadores dentro del micro territorio asignado Vereda el Hato para verificar si cumplen con la vacunación según su ciclo de vida y si brinda educación según el esquema e impartiendo de tener las vacunas completas. En la población identificada con su rutina de vacunación se aplicaron de carga biológica en el territorio para siempre vital.

- OBJETIVO DE LA REUNION O CAPACITACION**
1. Identificar y registrar a las personas que operen el rol de cuidadores dentro del micro territorio, con el fin de reconocer las necesidades y condiciones asociadas al cuidado.
  2. Ofertar al cuidador en estrategias técnicas de acompañamiento, manejo del estrés y gestión de alarma relacionadas con la conducta del paciente.
  3. Fortalecer la red de atención mediante la verificación de adherencia al sistema de salud, acceso a servicios y actualización de datos para seguimiento.

<b>COMPROMISOS</b>		
ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Por parte del equipo de salud: Realizar seguimiento telefónico para verificar cumplimiento en el mes de 4	20 FEBRERO	Equipos Básicos De Salud Auxiliares Enfermería
Por parte de los cuidadores: Mantener actualizada la información del paciente y asistir a los controles y rutas sugeridas por el equipo de salud	20 FEBRERO	Equipos Básicos De Salud Auxiliares Enfermería
3. Campesino conjunto: Prevenir un entorno seguro, acompañar al proceso de cuidado y reportar cualquier signo de alarma que afecte al bienestar del paciente	20 FEBRERO	Equipos Básicos De Salud Auxiliares Enfermería

<b>COMPROMISOS</b>		
ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Por parte del equipo de salud: Realizar seguimiento telefónico para verificar cumplimiento en el mes de 4	20 FEBRERO	Equipos Básicos De Salud Auxiliares Enfermería
Por parte de los cuidadores: Mantener actualizada la información del paciente y asistir a los controles y rutas sugeridas por el equipo de salud	20 FEBRERO	Equipos Básicos De Salud Auxiliares Enfermería
3. Campesino conjunto: Prevenir un entorno seguro, acompañar al proceso de cuidado y reportar cualquier signo de alarma que afecte al bienestar del paciente	20 FEBRERO	Equipos Básicos De Salud Auxiliares Enfermería

ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA - REGION DE SALUD NOROCCIDENTE  
CALLE 17 N° 10A, ZONA INDUSTRIAL - 04010000 - AREA DE ATENCION Y MANEJO DE EMERGENCIAS  
www.hospital-salazarvilleta.gov.co - callcenter@hospital-salazarvilleta.gov.co  
Calle 17 de Agosto, No. 10A, Zona Industrial, Medellín, Antioquia, Colombia

ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA - REGION DE SALUD NOROCCIDENTE  
CALLE 17 N° 10A, ZONA INDUSTRIAL - 04010000 - AREA DE ATENCION Y MANEJO DE EMERGENCIAS  
www.hospital-salazarvilleta.gov.co - callcenter@hospital-salazarvilleta.gov.co  
Calle 17 de Agosto, No. 10A, Zona Industrial, Medellín, Antioquia, Colombia

## OBLIGACION ESPECIFICA 11

Realizar una búsqueda activa comunitaria de casos de salud pública en el micro territorio asignado.

TPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD	CONTROLADO	1 DE 1
NOMBRE	ODOSU	VERSION	FECHA DE APROBACION
ACTA REUNION Y/O CAPACITACION	GC-00-FO-004	4	04/03/2024

TPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD	CONTROLADO	1 DE 1
NOMBRE	ODOSU	VERSION	FECHA DE APROBACION
ACTA REUNION Y/O CAPACITACION	GC-00-FO-004	4	04/03/2024

TPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA	DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD	CONTROLADO	1 DE 1
NOMBRE	ODOSU	VERSION	FECHA DE APROBACION
ACTA REUNION Y/O CAPACITACION	GC-00-FO-004	4	04/03/2024

FECHA	18	02	2026	HORA DE INICIO	8:30 A.M	HORA DE FINALIZACION	9:30 A.M
LUGAR	VEREDA EL HATO						
TEMA	REACTIVOS VEREDA HATO Y VEREDA LA UNION QUEBRADANEGRA CUCUNAMARCA						
LIDER DE PROCESO	AUXILIARES DE ENFERMERIA LILIANA MAHECHA						

Notificación inmediata a las autoridades de salud competente en caso de confirmación conforme a la normativa vigente.

3. Se continuará socializando con la comunidad la importancia de la prevención, el reconocimiento de signos de alarma y las rutas de atención disponibles en el micro territorio.

<b>COMPROMISOS</b>		
ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
3. Realizar la vigilancia comunitaria en la salud pública, manteniendo el seguimiento activo de eventos de interés epidemiológico durante los recorridos estratificados con el fin de identificar oportunamente casos sospechosos y activar las rutas de atención correspondientes según los lineamientos del SNSISLA.	20 FEBRERO	EQUIPOS BASICOS DE SALUD AUXILIARES ENFERMERIA
2. Realizar seguimiento clínico al caso con sospecha de hematurias, garantizando la verificación de los resultados diagnósticos ordenados y procesados a día	20 FEBRERO	EQUIPOS BASICOS DE SALUD AUXILIARES (EHE) ENFERMERA

**OBJETIVO DE LA REUNION O CAPACITACION**

1. Identificar y registrar riesgos que puedan presentar un impacto en la salud pública de la comunidad durante el recorrido estratificado realizado en la vereda El Hato y la Unión en el marco de las acciones de vigilancia en la salud pública y EBS.

**DESARROLLO**

Desarrollo de la intervención

Dentro de los lineamientos del programa Equipos Básicos de Salud - EBS, se realizó una jornada de intervención en el micro territorio de la Vereda El Hato y Vereda la Unión visitando caso a caso todo el territorio de salud veredal con el objetivo de realizar una búsqueda activa de casos de salud pública, en un control estratégico en salud pública. Se hallaron en terreno para la planeación de acciones de promoción y prevención, considerando la accesibilidad actual de dicho sitio en el territorio.

<b>COMPROMISOS</b>		
ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
3. Realizar la vigilancia comunitaria en la salud pública, manteniendo el seguimiento activo de eventos de interés epidemiológico durante los recorridos estratificados con el fin de identificar oportunamente casos sospechosos y activar las rutas de atención correspondientes según los lineamientos del SNSISLA.	20 FEBRERO	EQUIPOS BASICOS DE SALUD AUXILIARES ENFERMERIA
2. Realizar seguimiento clínico al caso con sospecha de hematurias, garantizando la verificación de los resultados diagnósticos ordenados y procesados a día	20 FEBRERO	EQUIPOS BASICOS DE SALUD AUXILIARES (EHE) ENFERMERA

ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA - REGION DE SALUD NOROCCIDENTE  
CALLE 17 N° 10A, ZONA INDUSTRIAL - 04010000 - AREA DE ATENCION Y MANEJO DE EMERGENCIAS  
www.hospital-salazarvilleta.gov.co - callcenter@hospital-salazarvilleta.gov.co  
Calle 17 de Agosto, No. 10A, Zona Industrial, Medellín, Antioquia, Colombia

ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA - REGION DE SALUD NOROCCIDENTE  
CALLE 17 N° 10A, ZONA INDUSTRIAL - 04010000 - AREA DE ATENCION Y MANEJO DE EMERGENCIAS  
www.hospital-salazarvilleta.gov.co - callcenter@hospital-salazarvilleta.gov.co  
Calle 17 de Agosto, No. 10A, Zona Industrial, Medellín, Antioquia, Colombia

ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA - REGION DE SALUD NOROCCIDENTE  
CALLE 17 N° 10A, ZONA INDUSTRIAL - 04010000 - AREA DE ATENCION Y MANEJO DE EMERGENCIAS  
www.hospital-salazarvilleta.gov.co - callcenter@hospital-salazarvilleta.gov.co  
Calle 17 de Agosto, No. 10A, Zona Industrial, Medellín, Antioquia, Colombia



# EVIDENCIA POR CADA OBLIGACION CONTRACTUAL CUENTA No. 1

Nombre Contratista	<b>LILIANA MAHECHA CASTAÑEDA</b>
Documento Identidad	<b>C.C. No. 1.079.262.437</b>
Numero De Contrato	<b>303</b>
Entidad Contratante	<b>ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA</b>
Periodo Facturado	<b>23/01/2026 AL 23/02/2026</b>

## OBLIGACION ESPECIFICA 14

Realizar tamizaje y canalización de pacientes con patologías crónicas y posterior seguimiento.

FORMATO KARDEX CRONICOS 2026 xlsx

TIPO DE DOCUMENTO:		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO		GESTION AMBULATORIA		CONTROLADO	1 DE 1
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA
KARDEX CRONICOS		GA-APS-FO-262	1	10/10/2024	4 AÑOS

DILIGENCIADO POR:

FECHA INGRESO A BASE	SEDE ATENCION	AFILIACION		IDENTIFICACION		DATOS USUARIO										DIAGNOSTICO					
		EPS	REGIMEN	TIPO	NUMERO IDENTIFICACION	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	PIA	UM	REINTEGRACION	REINTEGRACION	OBESIDAD	HS	
28/11/2025	Hsv	Sanitas	Subsidiado	C.C.	24704893	Barbara		Palacios	De Ramirez	31/12/2935	89	femenino	Centro pobla	3222705421	SI						
28/11/2025	Hsv	Sanitas	Subsidiado	C.C.	447010	JESUS	ANTONIO	ROMERO		08/09/1951	74	MASCULIN	CARRERA 2 #	3233264724	SI						
28/11/2025	Hsv	Sanitas	Subsidiado	C.C.	39813750	MARIA	YOHANA	ALVAREZ	LOPEZ	30/08/1964	41	FEMENINO	CACERIO EL P	3107142648	SI						

## OBLIGACION ESPECIFICA 15

Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta defina el ministerio de salud y protección social para tal fin y cargue en Survey 123.

Se sube información a la plataforma



**EVIDENCIA POR CADA OBLIGACION CONTRACTUAL  
CUENTA No. 1**

Nombre Contratista	<b>LILIANA MAHECHA CASTAÑEDA</b>
Documento Identidad	<b>C.C. No. 1.079.262.437</b>
Numero De Contrato	<b>303</b>
Entidad Contratante	<b>ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA</b>
Periodo Facturado	<b>23/01/2026 AL 23/02/2026</b>

**OBLIGACION ESPECIFICA 16**

Las demás asignadas de acuerdo al objeto contractual.

Las demás asignadas de acuerdo al objeto contractual.

**OBLIGACION ESPECIFICA 17**

Entrega de informes mensuales con sus respectivos soportes.

Se entregan los informes mensuales con sus respectivos soportes.

---