



**COMPROBANTE DE EGRESO**  
**Número : 000000000052231**

Fecha del Egreso : 24/11/2025 11:11:41 a. m. Estado : Confirmado  
Beneficiario 13172827 MURILLO NIETO JULIAN ALBERTO Valor : \$ 3.300.000,00  
Detalle : PAGO POR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO - PIC PAIME CONTRATO No. 05922025  
MES : DEL 16 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025  
Valor en Letras TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCOLOMBIA

Cheque Numero : Consignar : 11/24/2025 Impuesto X Mil : \$ 13.200,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCOLOMBIA CTA CTE NO. 34148727440	13172827	111005002	\$ 0,00	\$ 3.300.000,00
PAGO POR HONORARIOS	13172827	249054001	\$ 3.300.000,00	\$ 0,00


FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
HSRP0000008363	\$ 3.300.000,00				

  
JENNY ALEXANDRA TORRES POVEDA  
GERENTE

  
ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ  
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO (E)

BENEFICIARIO


 <b>HOSPITAL</b>	<b>FORMATO CUENTA DE COBRO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD</b>			<b>Codigo</b> GF-CON-F-074			
	<b>MACROPROCESO GESTIÓN FINANCIERA</b>			<b>Version</b> V1-2020			
	<b>PROCESO CONTABILIDAD</b>						
<b>CIUDAD Y FECHA</b>	<b>PACHO</b>						
	<b>DD</b> 18	<b>MM</b> 11	<b>AAAA</b> 2025				
<b>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR</b>							
<b>PREFIJO</b> HSRP	<b>CONSECUTIVO</b> 0008363	Autorización numeración de facturación No. 18764098015672 del 02/09/2025 Rango autorizado Prefijo HSRP No. 7766 al 10000 vigencia de 12 meses					
<b>ADQUIRIENTE</b>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO			<b>Tipo de Documento</b>		<b>Numero Documento</b>	<b>DV</b>
				<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input checked="" type="checkbox"/> NIT	800.099.860
<b>DEBE A:</b>	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO			<b>Tipo de Documento</b>		<b>Numero Documento</b>	<b>DV</b>
				<input checked="" type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> NIT	13.172.827
<b>LA SUMA DE:</b>	<b>VALOR</b> \$3.300.000		<b>VALOR EN LETRAS</b> TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE				
<b>DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO</b>	CONTRATO NO. 0592 2025 CON OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO PROGRAMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD PAS PRIMER SEMESTRE EN EL MUNICIPIO DE PAIME CUNDINAMARCA 2025 DENTRO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 110-03-02-CI-001-2025 PERIODO: 16/09/2025 AL 30/09/2025						

Para efectos de que se practique la retención del artículo 383 del ET: "Manifiesto bajo la gravedad de juramento que mi declaración del impuesto sobre la renta no usare costos y si la renta exenta del 25% contenida en el numeral 10 del artículo 206 del ET"

<b>NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS</b>	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	
<b>TELEFONO CELULAR:</b>	<b>CORREO ELECTRONICO</b>	
3203812098	jm3270565@gmail.com	

Elaboro:



	<b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b>		<b>Código</b>				
	<b>ESE HOSPITAL SAN RAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD</b>		GA-CPV-F-014				
	<b>MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA</b>		<b>Versión</b>				
	<b>PROCESO DE CONTRATACION</b>		V02				
			<b>Fecha de elaboración</b>				
			12/07/2022				
<b>INFORME DE ACTIVIDADES</b>							
<b>I. INFORMACION DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA</b>							
<b>Fecha de expedición</b>		<b>Supervisor o Interventor</b>		<b>Teléfono o Ext.</b>			
DD	MM	AA	Nombre: Sonia Piedad Montero Diaz				
18	11	2025	Cargo: Subgerente comunitaria				
			8540055				
<b>II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL</b>							
<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA</b>							
JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO			No. C.C. / NIT				
			13.172.827				
<b>TIPO DE CONTRATO:</b> CONTRATO <input type="text" value="0592 2025"/> O.P.S. <input type="text" value=""/> <b>CONVENIO</b> <input type="text" value=""/>							
			<b>Fecha:</b> <input type="text" value="16/09/2025"/>				
<b>Fecha de inicio:</b> <input type="text" value="16/09/2025"/>		<b>Plazo de Ejecución:</b> <input type="text" value="3 meses"/> <input type="text" value="17 dias"/>					
<b>Adición o prorroga</b> <input type="text" value=""/>		<b>Vigencia</b> <input type="text" value=""/>					
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>							
<b>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCIÓN Y GESTION DEL RIESGO PROGRAMADAS EN EL PLAN DE ACCION DE SALUD PAS PRIMER SEMESTRE EN EL MUNICIPIO DE PAIME CUNDINAMARCA 2025 DENTRO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 110-03-02-CI-001-2025</b>							
<b>III. PERIODO CERTIFICADO</b>							
<b>Desde</b>	DD	MM	AA	<b>Hasta</b>	DD	MM	AA
	16	09	2025		30	09	2025
<b>IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO</b>							
<b>OBLIGACIONES PARA EL PERIODO</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			<b>DETALLE DE ACTIVIDAD Y/O EVIDENCIAS</b>			
Apoyar, participar y promocionar en las jornadas de salud programadas en los territorios del PIC o equipos basicos según se requiera , y canalizar a las familias a los servicios programados en estas jornadas.( Minimo 10 canalizaciones )	N/A			N/A			

<p>Brindar información a la población étnica, mujeres, población campesina, Discapacidad ,adulto mayor , Victima Conflicto armados , LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación, sobre :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental</li> <li>2. Factores de riesgo, trauma dental , bruxismo.</li> <li>3. Derechos y deberes en salud; acceso a servicios de salud bucal en el municipio,4, LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA e informar la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA PRONTA ASISTENCIA a la consulta odontológica. Realizar respectiva derivación o canalización . Verificar población canalizada en <del>ficha familiar por auxiliares de enfermería PIC</del> Realizar capacitaciones a las Gestantes / Lactantes identificadas en el municipio, que comprenda los siguientes temas: 1. Alteraciones Bucales asociadas a factores de riesgo como la preeclampsia y el bajo peso al nacer. 2. Promoción de la lactancia materna y el beneficio de la primera consulta del recién nacido 3. Difusión de mensajes a la población GESTANTE sobre buenas prácticas de higiene bucal con énfasis en limpieza de lengua. 4. Estimular la adherencia al uso de la seda dental. 5. apoyar y participar en la celebración de la semana mundial de la lactancia. NOTA: Difundir mensajes clave mediante videos, infografías, en redes sociales institucionales WhatsApp pagina web</li> </ol>	<p>Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de Actividad</li> <li>2. Listado de asistencia</li> <li>3. Registro fotográfico</li> <li>4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</li> </ol>
<p>Brindar información y educación a la población informal y formal sobre</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental</li> <li>2. Factores de riesgo, trauma dental , bruxismo.</li> <li>3. Derechos y deberes en salud; acceso a servicios de salud bucal en el municipio,4, LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA e informar la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA PRONTA ASISTENCIA a la consulta odontológica. Realizar respectiva derivación o canalización y seguimiento de la demanda efectiva . Verificar población canalizada en ficha familiar por auxiliares de enfermería PIC y/o CONCURRENCIA ( Minimo 10 personas )</li> </ol>	<p>Presenta (1) una actividad: primero:1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (2) 3. Registro fotográfico 4.Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de Actividad</li> <li>2. Listado de asistencia</li> <li>3. Registro fotográfico</li> <li>4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</li> </ol>
<p>Brindar información y educación a la población informal y formal sobre</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental</li> <li>2. Factores de riesgo, trauma dental , bruxismo.</li> <li>3. Derechos y deberes en salud; acceso a servicios de salud bucal en el municipio,4, LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA e informar la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA PRONTA ASISTENCIA a la consulta odontológica. Realizar respectiva derivación o canalización y seguimiento de la demanda efectiva . Verificar población canalizada en ficha familiar por auxiliares de enfermería PIC y/o CONCURRENCIA ( Minimo 10 personas )</li> </ol>	<p>Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de Actividad</li> <li>2. Listado de asistencia</li> <li>3. Registro fotográfico</li> <li>4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</li> </ol>

<p>Realizar jornadas lúdico pedagógicas jardines infantiles, cdi, cdi familiar, icbf, Escuelas . Brindar información dirigida a niños y niñas de 0-5 años y 6 a 11 años , con sus Padres y/o cuidadores, madres comunitarias que comprenda 1. Factores de riesgo predictivos de Caries (BOCA SECA, MOMENTOS DE AZUCAR, DIETA CARIOGÉNICA, TRAUMA DENTAL y bruxismo) 2. Derechos y deberes en salud oral con información sobre práctica / supervisión de hábitos higiénicos saludables, derecho a las atenciones de protección específica en su IPS asignada; horarios de atención en el municipio. 3. Factores protectores, beneficios del Barniz de flúor y "CUIDADO DEL PRIMER MOLAR". (Minimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>
<p>Realizar jornada lúdico pedagógica de sesiones presenciales lúdicas encaminadas al desarrollo de capacidades en las auxiliares de enfermería y talento humano en salud 1-Capacitación factores predictivos de caries y MOMENTOS DE AZUCAR 2-Deberes y derechos en salud oral. Promoción de "Mi hogar libre de caries, Mi escuela o colegio libre de caries." "Mi comunidad libre de caries", involucrando a líderes comunitarios, juntas de acción comunal. 3- LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA 4- la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA ASISTENCIA a la consulta odontológica. 5-Proceso de canalización y Suministro de información #visitas domiciliarias y canalizaciones a los servicios de salud bucal y # de gestantes canalizadas a los servicios de salud bucal. 6- Difusión de mensajes a la población en general sobre importancia del control</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>
<p>Realizar jornada lúdico pedagógica a entidades municipales( Alcaldía , Policía, Personería , Notaria, Bancos, Docentes . etc.), del municipio brindando Información en cuidado de la salud bucal uso adecuado de los elementos de higiene bucal y realizar canalización hacia los servicios de odontología, concretando la finalidad de protección específica y detección temprano según pertinencia de los casos. (Minimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero: 1. Informe de la Actividad 2. Registro fotográfico 3. Listado de asistencia (13) 4. Formato de Canalización 5. Gestión con IPS- EAPB</p>	<p>1. Informe de la Actividad 2. Registro fotográfico 3. Listado de asistencia 4. Formato de Canalización 5. Gestión con IPS- EAPB</p>
<p>Brindar educación para la salud e información a la comunidad en general de paimé orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo salud -Higiene Bucal , de los demás y de su entorno, a la comunidad en general . Minimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero: 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Pre y post test</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Pre y post test</p>

<p>Gestionar mensualmente ante las EAPB-IPS jornadas de aplicación de barniz de flúor a la población en general del Municipio Paimé ( Mínimo 5 personas )</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (5) 3. Registro fotográfico - población de Paimé</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>
<p>Realizar jornada ludico pedagogica brindando información dirigida a ADOLESCENTES (12 -17 años) en IED Y ESCUELAS RURALES, ADOLESCENTES DESESCOLARIZADOS, para: 1. Fomentar Cultura de autocuidado, hábitos de salud oral en adolescentes con/sin aparatología ortodóntica. Implicaciones en la cavidad oral por el consumo SPA lícitas / ilícitas, Infecciones de transmisión sexual con manifestaciones orales; Des estimulación del uso de piercing. Hábitos no saludables; Trauma dentoalveolar ocasionado por deportes extremos. Involucrar la salud oral dentro de la estrategia SAS. 2. Derechos y deberes en salud oral, visitas periódicas al Odontólogo, derecho a las atenciones de protección específica en su IPS asignada; horarios de atención en el municipio. 3. LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA e informar la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA PRONTA ASISTENCIA a la consulta odontológica. Realizar respectiva derivación o canalización ,Verificación de la demanda efectiva (Mínimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero.1. Informe de capacitación 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. recursos o materiales utilizados 5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>
<p>Brindar información en encuentros presenciales a población adulto mayor brindando capacitación lúdica en los siguientes temas: 1. Derechos y deberes en salud, socializar las atenciones a que tiene derecho el adulto mayor en salud oral. 2. Importancia del control periodontal en hipertensos , diabéticos, obesos y con cardiopatías; 3. Higiene de prótesis, dieta saludable, uso de seda dental, rehabilitación protésica oral 4. Detección temprana de patología bucales, signos de alarma Derecho a las atenciones de protección específica en su IPS asignada. NOTA: Caracterizar y consolidar usuarios población adulto mayor con necesidad de prótesis total o parcial (Mínimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. recursos o materiales utilizados 5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>

<p>Realizar jornada lúdico pedagógica a padres de familia de las instituciones educativas rurales y urbanas del municipio brindando Información a los padres de familia en cuidado de la salud bucal en los niños, uso adecuado de los elementos de higiene bucal y realizar canalización hacia los servicios de odontología, concretando la finalidad de protección específica y detección temprano según pertinencia de los casos. (Minimo 10 personas )</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
<p>Realizar talleres lúdico pedagógicas a la comunidad en general, juntas de acción comunal, líderes comunitarios familias en acción, para Informar sobre las patologías dentales y factores de protección contra la caries dental, Sensibilidad Dental y ¿Cómo Prevenirla? Como mantener una sonrisa saludable durante el proceso de envejecimiento, a población laboral formal e informal. (Minimo 10 personas)</p>	<p>Presenta (1) una actividad: primero:1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4.Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>
<p>Realizar jornada de salud lúdico pedagógica para celebrar el mes de la salud oral en el mes de Octubre de 2025 y brindar información a población en general acerca de: 1. Importancia del control dental / periodontal en detección y control de enfermedades . (hipertensos ,diabeticos,obesos y con cardiopatías) 2. Factores de riesgo, patología bucales y trauma dental - bruxismo 3. Factores protectores: hábitos saludables: higiene bucal/protésica, alimentación, control de consumo de tabaco 4. Deberes y derechos en salud, acceso a servicios de salud bucal. (Minimo 10 personas)</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
<p>Realizar jornada de Estrategia soy Generación mas Sonriente en las fechas establecidas por el Ministerio de Salud y protección social y en articulación con las jornadas de vacunación a nivel municipal, departamental y nacional. Concertar con la ESE Hospital de Pacho y el puesto Salud de Paima y Tudela</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
<p>Realizar capacitación al odontólogo del puesto de salud , sobre sistema de información EN SALUD ORAL INSTRUMENTO SISOC Y DEMAS INFORMACION SOLICITADA POR EL DEPARTAMENTO.</p>	<p>Presenta una (1) actividad: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (2) 3. Registro fotográfico 4.Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>

<p>Informar a la comunidad en general del Municipio de Paima acerca de las mejores practicas para prevención de caries dental. Realizar mensajes clave , infografias, mediante volantes, redes sociales institucionales, pagina web de la alcaldía, WhatsApp, etc. (Minimo 10 personas )</p>	<p>Presenta una (1) actividad: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado( Infografia , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>
<p>Capacitar al talento humano en salud , PIC, APS, EQUIPOS BASICO S, ETC, en cuidado de la salud bucal, uso adecuado de los elementos de higiene bucal y realizar canalización hacia los servicios de odontología, concretando la finalidad de protección especifica y detección temprano según pertinencia de los casos. ( Minimo 8 personas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado( Infografia , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>

*Juan Alvaro Ospina*

Firma del Contratista



**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO**

**MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA  
PROCESO DE CONTRATACION**

Código  
GA-CPV-F-012  
Versión  
V02  
Fecha de Elaboración  
12/07/2022

**1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 16/09/2025 AL 30/09/2025**

No	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	ACTIVIDAD REALIZADA	DETALLE DE	CUMPLIMIENTOS
1	<p>Apoyar, participar y promocionar en las jornadas de salud programadas en los territorios del PIC o equipos basicos según se requiera , y canalizar a las familias a los servicios programados en estas jornadas. ( Minimo 10 canalizaciones )</p>	N/A	N/A	NO CUMPLE
2	<p>Brindar información a la población étnica, mujeres, población campesina, Discapacidad ,adulto mayor , Víctima Conflicto armados , LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación, sobre :</p> <p>1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental</p> <p>2. Factores de riesgo, trauma dental , bruxismo. 3. Derechos y deberes en salud; acceso a servicios de salud bucal en el municipio, 4. LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA e informar la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA PRONTA ASISTENCIA a la consulta odontológica. Realizar respectiva derivación o canalización . Verificar población canalizada en ficha familiar por auxiliares de enfermería PIC y/o CONCURRENCIA ( Minimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero: 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	SI CUMPLE
3	<p>Realizar capacitaciones a las Gestantes / Lactantes identificadas en el municipio, que comprenda los siguientes temas: 1. Alteraciones Bucales asociadas a factores de riesgo como la preeclampsia y el bajo peso al nacer. 2. Promoción de la lactancia materna y el beneficio de la primera consulta del recién nacido 3. Difusión de mensajes a la población GESTANTE sobre buenas prácticas de higiene bucal con énfasis en limpieza de lengua. 4. Estimular la adherencia al uso de la seda dental. 5. apoyar y participar en la celebración de la semana mundial de la lactancia.</p> <p>NOTA: Difundir mensajes clave mediante videos, infografías, en redes sociales institucionales, WhatsApp, pagina web</p>	<p>Presenta (1) una actividad: primero: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (2) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	SI CUMPLE



**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO**

**MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA  
PROCESO DE CONTRATACION**

<b>Código</b>	GA-CPV-F-012
<b>Versión</b>	V02
<b>Fecha de Elaboración</b>	12/07/2022

**1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 16/09/2025 AL 30/09/2025**

4	<p>Brindar información y educación a la población informal y formal sobre</p> <p>1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental</p> <p>2. Factores de riesgo, trauma dental , bruxismo. 3. Derechos y deberes en salud; acceso a servicios de salud bucal en el municipio.4. LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA e informar la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA PRONTA ASISTENCIA a la consulta odontológica. Realizar respectiva derivación o canalización y seguimiento de la demanda efectiva . Verificar población canalizada en ficha familiar por auxiliares de enfermería PIC y/o</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	<p align="center"><b>SI CUMPLE</b></p>
5	<p>Realizar jornadas lúdico pedagógicas jardines infantiles, cdi, cdi familiar, icbf, Escuelas . Brindar información dirigida a niños y niñas de 0-5 años y 6 a 11 años , con sus Padres y/o cuidadores, madres comunitarias que comprenda 1. Factores de riesgo predictivos de Caries (BOCA SECA, MOMENTOS DE AZUCAR, DIETA CARIOGÉNICA, TRAUMA DENTAL y bruxismo) 2. Derechos y deberes en salud oral con información sobre práctica / supervisión de hábitos higiénicos saludables, derecho a las atenciones de protección específica en su IPS asignada; horarios de atención en el municipio.</p> <p>3. Factores protectores, beneficios del Barniz de flúor y "CUIDADO DEL PRIMER MOLAR".( Mínimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4.Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	<p align="center"><b>SI CUMPLE</b></p>
6	<p>Realizar Jornada ludicopedagogica de sesiones presenciales lúdicas encaminadas al desarrollo de capacidades en las auxiliares de enfermería y talento humano en salud</p> <p>1-Capacitación factores predictivos de caries y MOMENTOS DE AZUCAR</p> <p>2-Deberes y derechos en salud oral. Promoción de "Mi hogar libre de caries, Mi escuela o colegio libre de caries." "Mi comunidad libre de caries", involucrando a líderes comunitarios, juntas de acción comunal. 3- LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA 4- la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA ASISTENCIA a la consulta odontológica.</p> <p>5-Proceso de canalización y Suministro de información</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4.Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	<p align="center"><b>SI CUMPLE</b></p>



FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA  
PROCESO DE CONTRATACION

Código  
GA-CPV-F-012  
Versión  
V02  
Fecha de Elaboración  
12/07/2022

1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 16/09/2025 AL 30/09/2025

7	Realizar jornada lúdico pedagógica a entidades municipales( Alcaldía , Policía, Personería , Notaria, Bancos, Docentes . etc.) del municipio brindando Información en cuidado de la salud bucal uso adecuado de los elementos de higiene bucal y realizar canalización hacia los servicios de odontología, concretando la finalidad de protección específica y detección temprano según pertinencia de los casos.( Mínimo 10 personas educadas)	Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de la Actividad 2. Registro fotográfico 3. Listado de asistencia (13) 4. Formato de Canalización 5. Gestión con IPS- EAPB	1. Informe de la Actividad 2. Registro fotográfico 3. Listado de asistencia 4. Formato de Canalización 5. Gestión con IPS- EAPB	SI CUMPLE
8	Brindar educación para la salud e información a la comunidad en general de paime orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de practicas de cuidado de si mismo salud -Higiene Bucal , de los demás y de su entorno, a la comunidad en general . Mínimo 10 personas educadas)	Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Pre y post test	1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Pre y post test	SI CUMPLE
9	Gestionar mensualmente ante las EAPB-IPS jornadas de aplicación de barniz de flúor a la población en general del Municipio Paime ( Mínimo 5 personas )	Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (5) 3. Registro fotográfico - población de Paime	1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico	SI CUMPLE




FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA  
PROCESO DE CONTRATACION

Código	GA-CPV-F-012
Versión	V02
Fecha de Elaboración	12/07/2022

1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 16/09/2025 AL 30/09/2025

10	<p>Realizar jornada lúdico pedagógica brindando información dirigida a ADOLESCENTES (12 -17 años) en IED Y ESCUELAS RURALES, ADOLESCENTES DESESCOLARIZADOS, para:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fomentar Cultura de autocuidado, hábitos de salud oral en adolescentes con/sin aparatología ortodóntica. Implicaciones en la cavidad oral por el consumo SPA lícitas / ilícitas, Infecciones de transmisión sexual con manifestaciones orales; Des estimulación del uso de piercing. Hábitos no saludables; Trauma dentoalveolar ocasionado por deportes extremos. Involucrar la salud oral dentro de la estrategia SAS.</li><li>2. Derechos y deberes en salud oral, visitas periódicas al Odontólogo, derecho a las atenciones de protección específica en su IPS asignada; horarios de atención en el municipio.</li><li>3. LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFECTACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA e informar la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA PRONTA ASISTENCIA a la consulta odontológica. Realizar respectiva derivación o canalización ,Verificación de la demanda efectiva (Mínimo 10 personas educadas)</li></ol>	<p>Presenta una (1) actividad: primero.1. Informe de capacitación</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Listado de asistencia (10)</li><li>3. Registro fotográfico</li><li>4. recursos o materiales utilizados</li><li>5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Informe de Actividad</li><li>2. Listado de asistencia</li><li>3. Registro fotográfico</li></ol>	<p>SI CUMPLE</p>
11	<p>Brindar información en encuentros presenciales a población adulto mayor brindando capacitación lúdica en los siguientes temas: 1. Derechos y deberes en salud, socializar las atenciones a que tiene derecho el adulto mayor en salud oral. 2. Importancia del control periodontal en hipertensos , diabéticos, obesos y con cardiopatías; 3. Higiene de prótesis, dieta saludable, uso de seda dental, rehabilitación protésica oral</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Detección temprana de patología bucales, signos de alarma</li></ol> <p>Derecho a las atenciones de protección específica en su IPS asignada. NOTA: Caracterizar y consolidar usuarios población adulto mayor con necesidad de prótesis total o parcial (Mínimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una actividad: primero:1. Informe de Actividad</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Listado de asistencia (10)</li><li>3. Registro fotográfico</li><li>4. recursos o materiales utilizados</li><li>5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Informe de Actividad</li><li>2. Listado de asistencia</li><li>3. Registro fotográfico</li></ol>	<p>SI CUMPLE</p>

		<b>FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN</b> <b>ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO</b>		Código
		<b>MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA</b> <b>PROCESO DE CONTRATACION</b>		GA-CPV-F-012
				Versión
				V02
				Fecha de Elaboración
				12/07/2022
<b>1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 16/09/2025 AL 30/09/2025</b>				
12	<p>Realizar jornada lúdico pedagógica a padres de familia de las instituciones educativas rurales y urbanas del municipio brindando Información a los padres de familia en cuidado de la salud bucal en los niños, uso adecuado de los elementos de higiene bucal y realizar canalización hacia los servicios de odontología, concretando la finalidad de protección específica y detección temprano según pertinencia de los casos. (Minimo 10 personas )</p>	N/A	N/A	<b>NO CUMPLE</b>
13	<p>Realizar talleres lúdico pedagógicas a la comunidad en general, juntas de acción comunal, líderes comunitarios familias en acción, para Informar sobre las patologías dentales y factores de protección contra la caries dental, Sensibilidad Dental y ¿Cómo Prevenirla? Como mantener una sonrisa saludable durante el proceso de envejecimiento, a población laboral formal e informal. ( Minimo 10 personas)</p>	<p>Presenta (1) una actividad:            primero: 1. Informe de actividad            2. Listado de asistencia (10)            3. Registro fotográfico            4. Recurso Utilizado( Infografía , Volante , video, Folleto, Etc. )</p>	<p>1. Informe de Actividad            2. Listado de asistencia            3. Registro fotográfico</p>	<b>SI CUMPLE</b>
14	<p>Realizar jornada de salud lúdico pedagógica para celebrar el mes de la salud oral en el mes de Octubre de 2025 y brindar información a población en general acerca de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Importancia del control dental / periodontal en detección y control de enfermedades (hipertensos ,diabeticos,obesos y con cardiopatías)</li> <li>2. Factores de riesgo, patología bucales y trauma dental - bruxismo</li> <li>3. Factores protectores: hábitos saludables: higiene bucal/protésica, alimentación, control de consumo de tabaco</li> <li>4. Deberes y derechos en salud, acceso a servicios de salud bucal (Minimo 10 personas)</li> </ol>	N/A	N/A	<b>NO CUMPLE</b>
15	<p>Realizar jornada de Estrategia soy Generación mas Sonriente en las fechas establecidas por el Ministerio de Salud y protección social y en articulación con las jornadas de vacunación a nivel municipal, departamental y nacional. Concertar con la ESE Hospital de Pacho y el puesto Salud de Paima y Tudela</p>	N/A	N/A	<b>NO CUMPLE</b>



**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN  
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO**

**MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA  
PROCESO DE CONTRATACION**

**Código**  
GA-CPV-F-012  
**Versión**  
V02  
**Fecha de Elaboración**  
12/07/2022

**1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 16/09/2025 AL 30/09/2025**


16	Realizar capacitación al odontólogo del puesto de salud, sobre sistema de información EN SALUD ORAL INSTRUMENTO SISOC Y DEMAS INFORMACION SOLICITADA POR EL DEPARTAMENTO.	Presenta una (1) actividad: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (2) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado( Infografía, Volante, video, Folleto, Etc. )	1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico	<b>SI CUMPLE</b>
17	Informar a la comunidad en general del Municipio de Paima acerca de las mejores practicas para prevención de caries dental. Realizar mensajes clave, infografías, mediante volantes, redes sociales institucionales, pagina web de la alcaldía, WhatsApp, etc. (Minimo 10 personas)	Presenta una (1) actividad: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado( Infografía, Volante, video, Folleto, Etc. )	1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico	<b>SI CUMPLE</b>
18	Capacitar al talento humano en salud, PIC, APS, EQUIPOS BASICOS, ETC, en cuidado de la salud bucal, uso adecuado de los elementos de higiene bucal y realizar canalización hacia los servicios de odontología, concretando la finalidad de protección específica y detección temprana según pertinencia de los casos. (Minimo 8 personas)	Presenta una (1) actividad: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado( Infografía, Volante, video, Folleto, Etc. )	1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico	<b>SI CUMPLE</b>

**2 - SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN**

RIESGO	MONITOREO DEL RIESGO				VERIFICACIÓN DEL RIESGO
	Quien	Como	Periodicidad	Mitigación	
<b>RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DEL SERVICIO CONTRATADO.</b>	Quien selecciono al contratista o el Supervisor, en caso de existir	Comparando las obligaciones del contrato con los servicios	Permanente durante el plazo de ejecución del contrato	Informe de actividades ejecutadas más las evidencias	Se presenta informe de actividades, evidencias de cumplimiento acta de recibido firmada

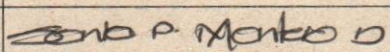
	<b>FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN</b> <b>ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO</b>				<b>Código</b> GA-CPV-F-012
	<b>MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA</b> <b>PROCESO DE CONTRATACION</b>				<b>Versión</b> V02 <b>Fecha de Elaboración</b> 12/07/2022
<b>1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 16/09/2025 AL 30/09/2025</b>					
<b>RIESGO DE EJECUCION DE LAS ACCIONES EN TERRENO</b>	Quien haga las veces de Supervisor, en caso de existir	Programación de plan de trabajo	Permanent e durante el plazo de ejecución del contrato	Programación de trabajo, según lo describa la necesidad del	Cronograma de trabajo en terreno, fechas de visitas, Actas firmadas
<b>Observaciones: En mi calidad de Supervisor se evidencia que no se materializo ningún riesgo en el periodo certificado</b>					
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR</b>	SONIA PIEDAD MONTERO DIAZ		<b>NOMBRE DE LA SUPERVISOR</b>	N/A	N/A
<b>CARGO:</b>	SUBGERENTE COMUNITARIO	FIRMA	<b>CARGO:</b>	SUBGERENTE	FIRMA

Elaboró Dayana Velasquez - Auxiliar Administrativo

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012
		Versión: 01
	<b>Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios</b>	Fecha de Aprobación: 30/Octubre /2015

Secretaría	· SALUD			
Dependencia	SALUD PÚBLICA	Programación Mes o Período	Fecha Inicial de periodo:	16/09/2025
Área /Programa / Dimensión	PAI		Fecha final de periodo:	30/09/2025
Contrato No. 0592 2025	Nombre del Contratista	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Fecha de Inicio del Contrato	16/09/2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
1	2	3	4	5	6
8	9	10	11	12	13
15	16 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4, Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	17	18 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4, Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	19	20
22 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4, Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	23 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4, Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	24 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4, Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	25	26 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4, Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	27
22	30 Presenta una (1) actividad: primer Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4 Formato de	31			

Elaboró:	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Aprobó	Sonia Piedad Montero Diaz
Perfil del Contratista	ODONTOLOGO	Cargo	Subgerente comunitaria
Firma		Firma	









# Certificación Bancaria

Martes, 14 de octubre de 2025

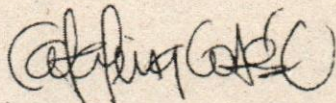
Hospital San Rafael De Pacho

Bancolombia S.A. se permite informar que JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO identificado(a) con CC 13172827, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	20265799137	2004-03-25	ACTIVO	*****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospechoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospechoso@bancolombia.com.co)

**LA SUSCRITA COODINADORA DEL PLAN DE SALUD PUBLICA PIC  
DEL MUNICIPIO DE PAIME**


**CERTIFICA**

Que el HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Identificado con NIT No 800.099.860-5. Ejecuto las actividades de promoción, prevención y gestión del riesgo programadas en el plan de acción de salud PAS segundo semestre en el municipio de Paime Cundinamarca 2025 dentro del contrato interadministrativo no. 110-03-02-ci-001-2025, y ejecutadas por el odontólogo profesional JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO durante el periodo correspondiente entre el 16 de septiembre al 30 de septiembre de 2025 dan cumplimiento a cabalidad.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 03 (tres) días del mes de julio de 2025

*Zenaida M.  
Zenaida Maldonado R*

**ZENaida MALDONADO RAMIREZ**  
**Coordinadora Plan de Salud Pública**  
**PAIME CUNDINAMARCA**

 <b>HOSPITAL</b> <small>UNIVERSIDAD DE PASTO</small>	<b>CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA</b> <b>HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD</b>	<b>Código</b> GTH-ATH-F-021
	<b>MACROPOCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b> <b>PROCESO ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO</b>	<b>Versión</b> V01-2021

FECHA DE EXPEDICION	DD	MM	AAAA
	18	11	2025

**INFORMACION DEL CONTRATO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Tipo de Documento <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT	Numero Documento 13.172.827	DV
-----------------------	------------------------------	--	--------------------------------	----

**OBJETO DEL CONTRATO** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO PROGRAMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD PAS PRIMER SEMESTRE EN EL MUNICIPIO DE PAIME CUNDINAMARCA 2025 DENTRO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 110-03-02-CI-001-2025

CONTRATO No.	FECHA CONTRATO			FECHA DE INICIO			FECHA TERMINACION INICIAL			PLAZO DE EJECUCION INICIAL		FECHA TERMINACION FINAL			PRORROGA EN TIEMPO		PLAZO DE EJECUCION FINAL	
	D	M	AÑO	D	M	AÑO	D	M	AÑO	MESES	DIAS	D	M	AÑO	MESES	DIAS	MESES	DIAS
0592 2025	16	9	2025	16	9	2025	31	12	2025	3	17	31	12	2025	0	0	0	0

Certificado Disponibilidad PPTAL	Adicion No. 1 - Certificado Disponibilidad PPTAL		Adicion No. 2 - Certificado Disponibilidad PPTAL		Registro PPTAL		Adicion No. 1 - Registro PPTAL		Adicion No. 2 - Registro PPTAL	
No. CDP	20250946	No. CDP	No. CDP	No. CDP	No. RP	20251042	No. RP	No. RP	No. RP	No. RP

EJECUCION PRESUPUESTAL POR RUBRO:				TOTAL EJECUCION PRESUPUESTAL					
CODIGO PRESUPUESTAL	2.4.5.02.09.03			CODIGO PRESUPUESTAL				VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.500.000
DETALLE RUBRO PRESUPUESTAL	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA (PIC MPAL)			DETALLE RUBRO PRESUPUESTAL				VALOR ADICION DEL CONTRATO	\$ 0
VALOR INICIAL DEL CONTRATO :	\$ 15.500.000			VALOR INICIAL DEL CONTRATO :	\$ 0			VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 15.500.000
VALOR ADICION DEL CONTRATO :	\$ 0			VALOR ADICION DEL CONTRATO :	\$ 0				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	\$ 15.500.000			VALOR TOTAL DEL CONTRATO :	\$ 0				

CAUSACION MENSUAL					
MES	VALOR	MES	VALOR	MES	VALOR
ENERO	\$ 0	FEBRERO	\$ 0	MARZO	\$ 0,00
ABRIL	\$ 0	MAYO	\$ 0	JUNIO	\$ 0
JULIO	\$ 0	AGOSTO	\$ 0	SEPTIEMBRE	\$ 3.300.000
OCTUBRE	\$ 0	NOVIEMBRE	\$ 0	DECIEMBRE	\$ 0
N. DE PAGOS	1	TOTAL PAGOS	\$ 3.300.000	SALDO CONTRATO:	\$ 12.200.000

**PORCENTAJE DE EJECUCION** 21,29%

**FORMA Y CONDICION DE PAGO**

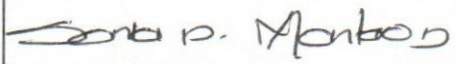
La E.S.E pagará al contratista el valor del contrato en pagos parciales según ejecución de actividades efectivamente realizadas con los soportes correspondientes, y verificación de la secretaria de salud, el contratista entregará cuenta de cobro y/o factura y con la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes a seguridad social, los cuales deberán cumplir las previsiones legales. Los pagos se realizarán de acuerdo al flujo de recursos de la institución. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales.

PERIODO CERTIFICADO				APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Desde	DD	MM	AAAA	VALOR CERTIFICADO	\$ 3.300.000	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	\$ 1.320.000
Hasta	DD	MM	AAAA	PENSION	16,00%	\$ 211.200,00	OBSERVACIONES:
	30	09	2025	APORTES ARL	2,46%	\$ 32.518,20	
				SALUD	12,50%	\$ 165.000,00	
				OTROS	0,00%	\$ 0,00	

El suscrito Supervisor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, en los términos y tiempo pactados, las cuales se verificaron y avalaron por el periodo certificado, conforme a las condiciones de pago, así como se constataron los pagos efectuados por el contratista para Salud, Pensión y ARL contra los recibos originales, los cuales se presentaron de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002 y Decreto 1703/02. Por lo tanto autorizo el pago de acuerdo a las siguiente (s) factura (s) por valor de

FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR
HSRP-8363	\$ 3.300.000		0		0		0		0		0
	0		0		0		0		0		0
											TOTAL CERTIFICADO
											3.300.000

VALOR EN LETRAS **TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE**

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	SONIA PIEDAD MONTERO DIAZ	
CARGO:	SUBGERENCIA COMUNITARIA	FIRMA



**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO**  
**NIT 800099860 - 5**

Fecha Actual : jueves, 20 noviembre 2025  
 Página 1/1

**E.S.E HOSPITAL**  
 SAN RAFAEL DE PACHO

**OBLIGACION**

**Estado : Confirmado**

**Consecutivo: 20254232**

**Fecha : 20/11/2025 5:17:31 p. m.**

**Tercero: 13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO**

**Documento: HSRP8363**

**Detalle :**  
 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCION Y GESTION DEL RIESGO PROGRAMADAS EN EL PLAN DE ACCION DE SALUD PAS PRIMER SEMESTRE EN EL MUNICIPIO DE PAIME CUNDINAMARCA 2025 DENTRO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 110-03-02-CI-001-2025 - DURANTE EL 16 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

RUBROS									
Disponibilidad	Compromiso / Reserva	Código	Nombre	Recurso	Tipo de Gasto	Valor	Debito	Credito	Total Final
20250946	20251042	2.4.5.02.09.03	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA (PIC MPAL)	01 - Recursos Propios	2.4.5 - Gastos de Comercialización y Producción	\$ 3.300.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 3.300.000,00
<b>Total Obligación :</b>						<b>\$ 3.300.000,00</b>			<b>\$ 3.300.000,00</b>

**ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ**  
 Subgerente Administrativo (E)

**SULMA YOLIMA SANCHEZ SERRATO**  
 Profesional Presupuesto

**Elaboro** 40077205 - LINA SOFIA GARZON PEREZ  
**Reviso** 40077205 - LINA SOFIA GARZÓN PÉREZ

# E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

800099860

Fecha Actual : viernes, 21 noviembre 2025

Página 6/6

Usuario Realizó: 1073604559 MARIA ANGELICA CARRILLO AHUMADA  
Usuario Confirmó: 1073604559 MARIA ANGELICA CARRILLO AHUMADA

## CUENTA X PAGAR

<b>Tercero :</b>	CédulaCiudadanía 13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	<b>Factura :</b>	HSRP0000008363
<b>Proveedores :</b>	13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	<b>Comprobante Contable:</b>	14312
<b>Fecha Comprobante Contable</b>	21/11/2025 12:49:02 p. m.	<b>Fecha CxP</b>	21/11/2025 12:49:02 p. m.
<b>Estado:</b>	Confirmado	<b>Fecha Factura :</b>	21/11/2025
<b>Cuenta :</b>	249054001 HONORARIOS	<b>Plazo :</b>	0 Días
<b>CxP :</b>	56711	<b>Vencimiento :</b>	21/11/2025
<b>Centro de Costo:</b>	01013	<b>Valor :</b>	\$ 3.300.000,00
<b>Comprobante de Entrada</b>	CP000000002503	<b>Fecha Comprobante de Entrada</b>	21/11/2025 12:49:02 p. m.

**Son :TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**

### Observaciones.

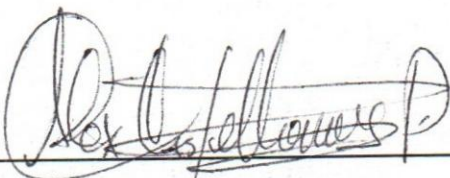
CxP Generada Desde Inventarios (Comprobante de Entrada #CP000000002503)

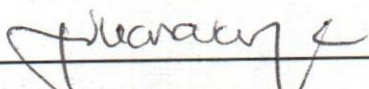
### DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
005 PAGO HONORARIOS DISTRIBUCION DE COSTOS	58972339	CC07	HONORARIOS, COMISIONES Y SERVICIOS	Debito	\$ 3.300.000,00

### DESCRIPCIÓN DE CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	21/11/2025	\$ 3.300.000,00
Valor Total Cuotas :		\$ 3.300.000,00

  
ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ  
Subgerente Administrativo(E)

  
LYDA YULIANA VARGAS GONZALEZ  
APROBO: CONTADOR

Nombre reporte : PGRPCxP

Usuario Id. :1073604559