

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 00000000053155

Estado : Confirmado
Valor : \$ 5.900.000,00

Fecha del Egreso : 29/12/2025 2:11:55 p. m.

Beneficiario 13172827 MURILLO NIETO JULIAN ALBERTO

Detalle : PAGO POR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO - PIC PAIME CONTRATO No. 05922025
MES : NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2025

Valor en Letras CINCO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCOLOMBIA

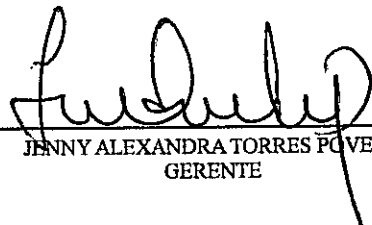
Cheque Numero : Consignar :12/29/2025

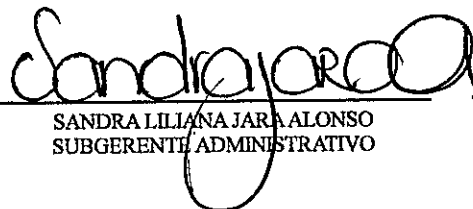
DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCOLOMBIA CTA AHO NO. 34147024587	13172827	111006001	\$ 0,00	\$ 5.900.000,00
PAGO POR HONORARIOS	13172827	249054001	\$ 5.900.000,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
HSRP0000009053	\$ 2.600.000,00	HSRP0000009054	\$ 3.300.000,00		



JENNY ALEXANDRA TORRES POVEDA
GERENTE


SANDRA LILIANA JARA ALONSO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

BENEFICIARIO

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque02

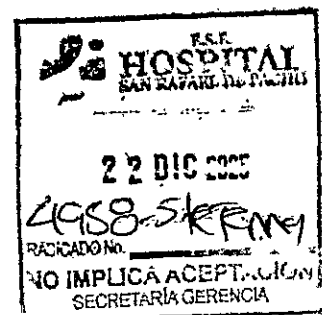
Elaboró. :7217928 JOSE MANUEL SIATOVA


 HOSPITAL	FORMATO CUENTA DE COBRO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD			Codigo GF-CON-F-074			
	MACROPROCESO GESTION FINANCIERA PROCESO CONTABILIDAD			Version V1-2020			
CIUDAD Y FECHA	PACHO						
	DD	MM	AAAA				
	22	12	2025				
DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR							
PREFIJO	CONSECUTIVO		Autorización numeración de facturación No. 18764098015672 del 02/09/2025 Rango autorizado Prefijo HSRP No. 7766 al 10000 vigencia de 12 meses				
HSRP	0009053						
ADQUIRIENTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO			Tipo de Documento		Numero Documento	DV
				CC	CE	NIT	800.099.860
DEBE A:	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO			Tipo de Documento		Numero Documento	DV
				<input checked="" type="checkbox"/>			13.172.827
LA SUMA DE:	VALOR		VALOR EN LETRAS				
	\$2.600.000		DOS MILLONES SEISCIENTOS PESOS MCTE				
DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	CONTRATO NO. 0592 2025 CON OBJETO: 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 PERIODO: 01/11/2025 - 30/11/2025						

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"

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	
TELEFONO CELULAR:	CORREO ELECTRONICO	
3203812098	jm3270565@gmail.com	FIRMA

Elaboró:



	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES ESE HOSPITAL SAN RAE DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD		Código GA-CPV-F-014	
	MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION		Versión V02	
			Fecha de elaboración 12/07/2022	
INFORME DE ACTIVIDADES				
I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORIA				
Fecha de expedición		Supervisor o Interventor		Teléfono o Ext.
DD	MM	AA	Nombre: Sonia Piedad-Montero Diaz	8540055
22	12	2025	Cargo: Subgerente comunitaria	
II. INFORMACION CONTRACTUAL				
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO			No. C.C. / NIT 13.172.827	
TIPO DE CONTRATO:		CONTRATO <input type="text" value="0592 2025"/>	O.P.S <input type="text"/>	CONVEN <input type="text"/>
Fecha de inicio:		Plazo de Ejecución:		Fecha:
Adición o prorroga		16/09/2025		16/09/2025
		3 meses 17 días		
		Vigencia		
OBJETO CONTRACTUAL:				
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCIÓN Y GESTIÓN 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				
III. PERIODO CERTIFICADO				
Desde	DD	MM	AA	Hasta
	01	11	2025	30 11 2025
IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO				
OBLIGACIONES PARA EL PERIODO		ACTIVIDADES DESARROLLADAS		DETALLE DE ACTIVIDAD Y/O EVIDENCIAS
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.(Mínimo 10 canalizaciones)		N/A		N/A

<p>Brindar información a la población étnica, mujeres, población campesina, Discapacidad, adulto mayor, Víctima Conflicto armados, LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación, sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental 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 FUNCIÓN 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 <p>Realizar capacitaciones a las Gestantes / Lactantes identificadas en el municipio, que comprenda los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>NOTA: Difundir mensajes clave mediante videos, infografías, en redes sociales institucionales WhatsApp, página web.</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o
<p>Realizar capacitaciones a las Gestantes / Lactantes identificadas en el municipio, que comprenda los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>NOTA: Difundir mensajes clave mediante videos, infografías, en redes sociales institucionales WhatsApp, página web.</p>	<p>Presenta (1) una actividad: primero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (2) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado(Infografía, Volante, video, Folleto; Etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o
<p>Brindar información y educación a la población informal y formal sobre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental 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 FUNCIÓN 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 (Mínimo 10 personas) 	<p>Presenta una (1) actividad: primero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o.

<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".(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>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 FUNCIÓN 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 , Notaría, 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)</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 si mismo salud -Higiene Bucal , de los demás y de su entorno, a la comunidad en general .Mínimo 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 lúdico pedagógica brindando información dirigida a ADOLESCENTES (12 -17 años) en IED Y ESCUELAS RURALES, ADOLESCENTES DESESCOLARIZADOS, para:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. LAS CONSECUENCIAS DE LA PERDIDA DENTAL EN LAS AFÉCTACIONES DE LA FUNCIÓN 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 temprana según pertinencia de los casos. (Mínimo 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. (Mínimo 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Importancia del control dental / periodontal en detección y control de enfermedades (hipertensos ,diabeticos,obesos y con cardiopatías) 2. Factores de riesgo, patologia 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 (Mínimo 10 personas) 	<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 DEMÁS 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 Paime 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)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: 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>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 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(Infografía , Volante , video, Folleto, Etc.)</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>

Juan Alberto Ospina M.

Firma del Contratista.

 FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO		Código GA-CPV-F-012	
		Versión V02	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION		Fecha de Elaboración 12/07/2022	
1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/11/2025 - 30/11/2025			
NO	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	ACTIVIDAD REALIZADA	DETALLE DE CUMPLIMIENTOS
1	Apoyar, participar y promocionar en las jornadas de salud programadas en los territorios del PIC o equipos básicos, según se requiera, y canalizar a las familias a los servicios programados en estas jornadas. (Mínimo 10 canalizaciones)	N/A	N/A NO CUMPLE
2	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: 1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental 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 (Mínimo 10 personas educadas)	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	1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o SI CUMPLE
3	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	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.)	1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o SI CUMPLE



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

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

**MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA
PROCESO DE CONTRATACION**

1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/11/2025 - 30/11/2025

<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">SI CUMPLE</p>
<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:</p> <p>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, Vólanete, 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">SI CUMPLE</p>
<p>Realizar Jornada ludicopedagógica 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">SI CUMPLE</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 SUPERVISION CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/11/2025 - 30/11/2025

7	<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.(Mínimo 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 align="center">SI CUMPLE</p>
8	<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 . Mínimo 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 align="center">SI CUMPLE</p>
9	<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 align="center">SI CUMPLE</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: 01/11/2025 - 30/11/2025

10	<p>Realizar jornada lúdico pedagógica brindando información dirigida a ADOLESCENTES (12 -17 años) en IED Y ESCUELAS RURALES, ADOLESCENTES DESESCOLARIZADOS, para:</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>2. Listado de asistencia (10)</p> <p>3. Registro fotográfico</p> <p>4. recursos o materiales utilizados</p> <p>5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</p>	<p>1. Informe de Actividad</p> <p>2. Listado de asistencia</p> <p>3. Registro fotográfico</p>	<p align="center">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> <p>4. Detección temprana de patología bucales, signos de alarma</p> <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> <p>2. Listado de asistencia (10)</p> <p>3. Registro-fotográfico</p> <p>4. recursos o materiales utilizados</p> <p>5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</p>	<p>1. Informe de Actividad</p> <p>2. Listado de asistencia</p> <p>3. Registro fotográfico</p>	<p align="center">SI CUMPLE</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: 01/11/2025 - 30/11/2025

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. (Mínimo 10 personas)</p>	N/A	N/A	NO CUMPLE
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. (Mínimo 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>	SI CUMPLE
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: 1. Importancia del control dental / periodontal en detección y control de enfermedades (hipertensos, diabéticos, 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 (Mínimo 10 personas)</p>	N/A	N/A	NO CUMPLE
15	<p>Realizar jornada de Estrategia soy Generación más 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. Conciliar con la ESE Hospital de Pacho y el puesto Salud de Paima y Tudela</p>	N/A	N/A	NO CUMPLE

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN			Código
	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO			GA-CPV-F-012
	MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA			Versión
	PROCESO DE CONTRATACION			V02
				Fecha de Elaboración
				12/07/2022

1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/11/2025 - 30/11/2025

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	SI CUMPLE
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. (Mínimo 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	SI CUMPLE
18	Capacitar al talento humano en salud, PIC, APS, EQUIPOS BÁSICO 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 específica y detección temprano según pertinencia de los casos. (Mínimo 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	SI CUMPLE

2 - SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN

RIESGO	MONITOREO DEL RIESGO				VERIFICACIÓN DEL RIESGO
	Quien	Como	Periodicidad	Mitigación	
RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DEL SERVICIO CONTRATADO.	Quien selecciono al contratista o el Supervisor, en caso de existir	Comparando las obligaciones del contrato con los servicios	Permanente y 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

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO				Código GA-CPV-F-012	
	MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION				Versión V02	
					Fecha de Elaboración 12/07/2022	
1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/11/2025 - 30/11/2025						
RIESGO DE EJECUCION DE LAS ACCIONES EN TERRENO	Quien haga las veces de Supervisor, en caso de existir	Programación de plan de trabajo	Permanente 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	
Observaciones: En mi calidad de Supervisor se evidencia que no se materializo ningún riesgo en el periodo certificado						
NOMBRE DEL SUPERVISOR	SONIA PIEDAD MONTERO DIAZ		NOMBRE DE LA SUPERVISOR	N/A	N/A	
CARGO:	SUBGERENTE COMUNITARIO	FIRMA	CARGO:	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

Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios

Fecha de Aprobación: 30/Octubre /2015

Secretaría	SALUD			
Dependencia	SALUD PÚBLICA	Programación Mes o Período	Fecha Inicial de periodo	1/11/2025
Área /Programa / Dimensión	PAI		Fecha final de periodo:	30/11/2025
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	Presenta una (1) 16 actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4.Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	17	Presenta una (1) 18 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) 23 actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4.Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	Presenta una (1) 24 actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4.Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	25	Presenta una (1) 26 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	Presenta una (1) 30 actividad: primero:1. 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	<i>J. Alberto Murillo Nieto</i>	Firma	<i>Sonia P. Montero Diaz</i>



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	13172827
NOMBRES	JULIAN ALBERTO
APELLIDOS	MURILLO NIETO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	PACHO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVÓ	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/23/2025 04:09:02 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determinará que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de

datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA
HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD**

Código
GTH-ATH-F-021

Versión
V01-2021

**MACROPOCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO
PROCESO ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO**

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
22	12	2025

INFORMACION DEL CONTRATO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO

Tipo de Documento: CC CE 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 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

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. RP: 20251042

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	\$ 5.500.000	NOVIEMBRE	\$ 2.600.000	DICIEMBRE	\$ 0
N. DE PAGOS	3	TOTAL PAGOS	\$ 11.400.000	SALDO CONTRATO:	\$ 4.100.000

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN

73,55%

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			\$2.600.000	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	\$1.040.000
	01	11	2025	PENSION	16,00%	\$166.400,00	OBSERVACIONES:		
Hasta	DD	MM	AAAA	APORTES ARL	2,46%	\$25.620,40			
	30	11	2025	SALUD	12,50%	\$130.000,00			
				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 período 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-9053	\$2.600.000			0	0	0	0	0	0	0	0
FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL CERTIFICADO											
2.600.000											

VALOR EN LETRAS

DOS MILLONES SEISCIENTOS 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

OBLIGACION

Estado : Confirmado

Consecutivo: 20255399

Fecha : 26/12/2025 1:20:32 p. m.

Tercero: 13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO

Documento: HSRP9053

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 MES DE NOVIEMBRE 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 (P/C MPAL)	01 - Recursos Propios	2.4.5 - Gastos de Comercialización y Producción	\$ 2.600.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 2.600.000,00
Total Obligación :						\$ 2.600.000,00			\$ 2.600.000,00

SANDRA LILIANA JARA ALONSO
 Subgerente Administrativo

SULMA YOLEMA 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, 26 diciembre 2025

Página 1/13

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

CUENTA X PAGAR

Tercero :	Cédula Ciudadanía 13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Factura :	HSRP0000009053
Proveedores :	13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Comprobante Contable:	15264
Fecha Comprobante Contable	26/12/2025 8:56:08 p. m.	Fecha CxP	26/12/2025 8:56:08 p. m.
Estado:	Confirmado	Fecha Factura :	26/12/2025
Cuenta :	249054001 HONORARIOS	Plazo :	0 Días
CxP :	57883	Vencimiento :	26/12/2025
Centro de Costo:	S020A	Valor :	\$ 2.600.000,00
Comprobante de Entrada	CP000000003194	Fecha Comprobante de Entrada	26/12/2025 8:56:08 p. m.

Son :DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones:

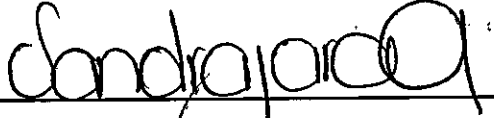
CxP Generada Desde Inventarios (Comprobante de Entrada #CP000000003194)

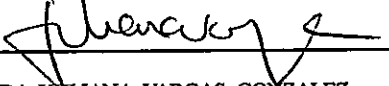
DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
005 PAGO HONORARIOS DISTRIBUCION DE COSTOS	58972339	CG16	HONORARIOS, COMISIONES Y SERVICIOS	Debito	\$ 2.600.000,00

DESCRIPCIÓN DE CUOTAS


No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	26/12/2025	\$ 2.600.000,00
Valor Total Cuotas :		\$ 2.600.000,00


SANDRA LILIANA JARA ALONSO
Subgerente Administrativo


LYDA YULIANA VARGAS GONZALEZ
APROBO: CONTADOR

Nombre reporte : PGRPCxP

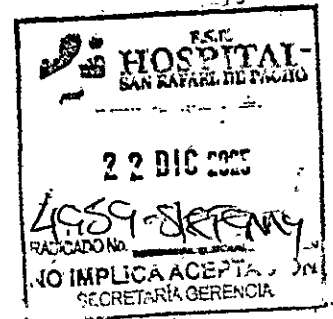
Usuario Id. :1073604559


	FORMATO CUENTA DE COBRO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD			Codigo			
	MACROPROCESO GESTIÓN FINANCIERA			GF-CON-F-074			
	PROCESO CONTABILIDAD			Version			
					V1-2020		
CIUDAD Y FECHA	PACHO						
	DD	MM	AAAA				
		22	12	2025			
DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR							
PREFIJO	CONSECUTIVO		Autorización numeración de facturación No. 18764098015672 del 02/09/2025 Rango autorizado Prefijo HSRP No. 7766-al 10000 vigencia de 12 meses				
HSRP	0009054						
ADQUIRIENTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO			Tipo de Documento		Numero Documento	DV
				CC	CE	NIT	800.099.860
				<input checked="" type="checkbox"/>			
DEBE A:	JULIÁN ALBERTO MURILLO NIETO			Tipo de Documento		Numero Documento	DV
				CC	CE	NIT	13.172.827
				<input checked="" type="checkbox"/>			
LA SUMA DE:	VALOR		VALOR EN LETRAS				
	\$3.300.000		DOS MILLONES SEISCIENTOS PESOS MCTE				
DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	CONTRATO NO. 0592 2025 CON OBJETO: 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 PERIODO: 01/12/2025 - 31/12/2025						

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"

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	
TELEFONO CELULAR:	CORREO ELECTRONICO	
3203812098	jm3270565@gmail.com	FIRMA

Elaboró:



 HOSPITAL	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES		Código
	ESE HOSPITAL SAN RAEŁ DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD		GA-CPV-F-014
	MACROPROCESO GESTIÖN ADMINISTRATIVA		Versión
	PROCESO DE CONTRATACION		V02
			Fecha de elaboraci6n
			12/07/2022
INFORME DE ACTIVIDADES			
I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORÍA			
Fecha de expedici6n		Supervisor o Interventor	
DD	MM	AA	Teléfono o Ext.
22	12	2025	8540055
Nombre: Sonia Piedad Montero Díaz			
Cargo: Subgerente comunitaria			
II. INFORMACIÖN CONTRACTUAL			
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA			
JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO		No. C.C. / NIT 13.172.827	
TIPO DE CONTRATO: CONTRATO 0592 2025 O.P.S. <input type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/>			
			Fecha: 16/09/2025
Fecha de inicio: 16/09/2025		Plazo de Ejecuci6n: 3 meses 17 días	
Adici6n o prorroga		Vigencia	
OBJETO CONTRACTUAL:			
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCIÖN Y GESTIÖN DEL RIESGO PROGRAMADAS EN EL PLAN DE ACCIÖN DE SALUD PAŞ PRIMER SEMESTRE EN EL MUNICIPIO DE PAIME CUNDINAMARCA 2025 DENTRO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 110-03-02-CI-001-2025			
III. PERIODO CERTIFICADO			
Desde	DD	MM	AA
	01	12	2025
Hasta	DD	MM	AA
	31	12	2025
IV. CUMPLIMIENTO SEGÜN CONTRATO			
OBLIGACIONES PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	DETALLE DE ACTIVIDAD Y/O EVIDENCIAS	
Apoyar, participar y promocionar en las jornadas de salud programadas en los territorios del PIC o equipos basicos segun 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 , Víctima Conflicto armados , LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación, sobre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental 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 FUNCIÓN 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 	<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"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o
<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. 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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o
<p>Brindar información y educación a la población informal y formal sobre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de hábitos saludables de higiene bucal, uso de la seda dental, cultura del autocuidado, dieta saludable, mal posición dental 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 FUNCIÓN 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 (Mínimo 10 personas) 	<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"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o

<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 , Volanté , 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 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 . 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 Paima (Mínimo 5 personas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (5) 3. Registro fotográfico - población de Paima</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>
<p>Realizar jornada lúdico pedagógica 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: (Mínimo 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. (Mínimo 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 (hipertensós ,diabéticos,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 (Mínimo 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 Paime 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 Páime acerca de las mejores prácticas para prevención de caries dental? Realizar mensajes clave , infografías, mediante volantes, redes sociales institucionales, pagina web de la alcaldía, WhatsApp, etc. (Mínimo 10 personas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: 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>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 temprano según pertinencia de los casos. (Mínimo 8 personas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: 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>

Juan Alberto Ospina M.B.

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: 01/12/2025 - 31/12/2025

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 básicos según se requiera, y canalizar a las familias a los servicios programados en estas jornadas. (Mínimo 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, LGBTQ+ 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.</p> <p>3. Derechos y deberes en salud; acceso a servicios de salud bucal en el municipio.</p> <p>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 (Mínimo 10 personas educadas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero: 1. Informe de Actividad</p> <p>2. Listado de asistencia (10)</p> <p>3. Registro fotográfico</p> <p>4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	<p>1. Informe de Actividad</p> <p>2. Listado de asistencia</p> <p>3. Registro fotográfico</p> <p>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:</p> <p>1. Alteraciones Bucales asociadas a factores de riesgo como la preeclampsia y el bajo peso al nacer.</p> <p>2. Promoción de la lactancia materna y el beneficio de la primera consulta del recién nacido</p> <p>3. Difusión de mensajes a la población GESTANTE sobre buenas prácticas de higiene bucal con énfasis en limpieza de lengua.</p> <p>4. Estimular la adherencia al uso de la seda dental.</p> <p>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</p> <p>2. Listado de asistencia (2)</p> <p>3. Registro fotográfico</p> <p>4. Recurso Utilizado (Infografía, Volante, video, Folleto, Etc.)</p>	<p>1 Informe de Actividad</p> <p>2. Listado de asistencia</p> <p>3. Registro fotográfico</p> <p>4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o</p>	SI CUMPLE




**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: 01/12/2025 - 31/12/2025

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">SI CUMPLE</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">SI CUMPLE</p>
6	<p>Realizar Jornada ludicopedagógica 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">SI CUMPLE</p>

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO		Código	
	MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION		GA-CPV-F-012 Versión V02 Fecha de Elaboración 12/07/2022	
1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/12/2025 - 31/12/2025				
7	<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.(Mínimo 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>SI CUMPLE</p>
8	<p>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 prácticas de cuidado de si mismo salud -Higiene Bucal , de los demás y de su entorno, a la comunidad en general . Mínimo 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>SI CUMPLE</p>
9	<p>Gestionar mensualmente ante las EAPB-IPS jornadas de aplicación de barniz de flúor a la población en general del Municipio Paime (Mínimo 5 personas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (5) 3. Registro fotográfico - población de Paime</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>	<p>SI CUMPLE</p>

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO		Código GA-CPV-F-012	
MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACIÓN			Versión V02	
1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/12/2025 - 31/12/2025			Fecha de Elaboración 12/07/2022	
10	<p>Realizar jornada lúdico-pedagógica brindando información dirigida a ADOLESCENTES (12 -17 años) en IED Y ESCUELAS RURALES, ADOLESCENTES DESESCOLARIZADOS, para:</p> <p>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; Desestimulación del uso de piercing. Hábitos no saludables; Trauma dentoalveolar ocasionado por deportes extremos. Involucrar la salud oral dentro de la estrategia SAS.</p> <p>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 FUNCIÓN 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</p> <p>2. Listado de asistencia (10)</p> <p>3. Registro fotográfico</p> <p>4. recursos o materiales utilizados</p> <p>5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</p>	<p>1. Informe de Actividad</p> <p>2. Listado de asistencia</p> <p>3. Registro fotográfico.</p>	<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> <p>4. Detección temprana de patología bucales, signos de alarma</p> <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> <p>2. Listado de asistencia (10)</p> <p>3. Registro fotográfico</p> <p>4. recursos o materiales utilizados</p> <p>5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</p>	<p>1. Informe de Actividad</p> <p>2. Listado de asistencia</p> <p>3. Registro fotográfico</p>	<p>SI CUMPLE</p>

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO		Código	
	MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION		Versión V02 Fecha de Elaboración 12/07/2022	
1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/12/2025 - 31/12/2025				
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. (Mínimo 10 personas)</p>	N/A	N/A	NO CUMPLE
13	<p>Realizar talleres lúdico pedagógicos 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. (Mínimo 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, vídeo, Folleto, Etc.)</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>	SI CUMPLE
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"> 1. Importancia del control dental / periodontal en detección y control de enfermedades (hipertensos, diabéticos, 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 (Mínimo 10 personas) 	N/A	N/A	NO CUMPLE
15	<p>Realizar jornada de Estrategia soy Generación más 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	NO CUMPLE


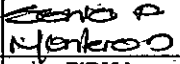
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN			Código
	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO			GA-CPV-F-012
	MACROPROCESO.GESTION ADMINISTRATIVA			Versión
	PROCESO DE CONTRATACION			V02
			Fecha de Elaboración	12/07/2022

1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/12/2025 - 31/12/2025


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	SI CUMPLE
17	Informar a la comunidad en general del Municipio de Palmé acerca de las mejores prácticas para prevención de caries dental. Realizar mensajes clave, infografías, mediante volantes, redes sociales institucionales, página 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	SI CUMPLE
18	Capacitar al talento humano en salud, PJC, 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	SI CUMPLE

2 - SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN

RIESGO	MONITOREO DEL RIESGO				VERIFICACIÓN DEL RIESGO
	Quien	Como	Periódicid	Mitigación	
RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DEL SERVICIO CONTRATADO.	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

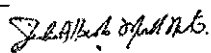
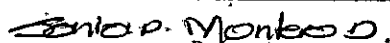
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PÁCHO				Código GA-CPV-F-012
	MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION				Versión V02 Fecha de Elaboración 12/07/2022
1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/12/2025 - 31/12/2025					
RIESGO DE EJECUCION DE LAS ACCIONES EN TERRENO	Quien haga las veces de Supervisor, en caso de existir	Programación de plan de trabajo	Permanente 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
Observaciones: En mi calidad de Supervisor se evidencia que no se materializo ningún riesgo en el periodo certificado					
NOMBRE DEL SUPERVISOR	SONIA PIEDAD MONTERO DIAZ		NOMBRE DE LA SUPERVISOR	N/A	N/A
CARGO:	SUBGERENTE COMUNITARIO	FIRMA	CARGO:	SUBGERENTE	FIRMA

laboró Dayana Velasquez - Auxiliar Administrativo

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

Secretaría:	SALUD			
Dependencia	SALUD PÚBLICA	Programación Mes o Período	Fecha Inicial de periodo	1/12/2025
Área /Programa / Dimensión	PAI		Fecha final de periodo:	31/12/2025
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	Presenta una (1) 16 actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	17	Presenta una (1) 18 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
Presenta una (1) 22 actividad: primero:1. Informe de Actividad 2.,Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	Presenta una (1) 23 actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	Presenta una (1) 24 actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4,Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	25	Presenta una (1) 26 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	Presenta una (1) 30 actividad: primero:1. 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	



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	13172827
NOMBRES	JULIAN ALBERTO
APELLIDOS	MURILLO NIETO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	PACHO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/23/2025 04:09:02 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de

datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA
HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD**

Código
GTH-ATH-F-021

Versión
V01-2021

**MACROPROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO Y SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO
PROCESO ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO**

FECHA DE EXPEDICION	DD	MM	AAAA
	22	12	2025

INFORMACION DEL CONTRATO

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

OBJETO DEL CONTRATO 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

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	Resgistro PPTAL	Adicion No. 1 - Resgistro PPTAL	Adicion No. 2 - Resgistro PPTAL
No. CDP	20250946	No. CDP	No. RP	20251042	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	\$ 5.500.000	NOVIEMBRE	\$ 2.600.000	DICIEMBRE	\$ 3.300.000
N. DE PAGOS	4	TOTAL PAGOS	\$ 14.700.000	SALDO CONTRATO:	\$ 800.000

PORCENTAJE DE EJECUCION 54,84%

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 entregara 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 COTIZACION	\$1.320.000
	01	12	2025	PENSION	16,00%	\$211.200,00	OBSERVACIONES:	
Hasta	DD	MM	AAAA	APORTES ARL	2,46%	\$32.518,20		
	31	12	2025	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
HSPR-9054	\$3.300.000			0	0	0	0	0	0	0	0
FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	FACT - CC	VALOR	TOTAL CERTIFICADO	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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

OBLIGACION

Estado : Confirmado

Consecutivo: 20255400
 Fecha : 26/12/2025 1:22:03 p. m.
 Tercero: 13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO
 Documento: HSRP9054

Detalle :
 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 - DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 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
Total Obligación :						\$ 3.300.000,00			\$ 3.300.000,00

Sandra Jara
SANDRA LILIANA JARA ALONSO
 Subgerente Administrativo

Sulma Yolima Sanchez Serrato
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, 26 diciembre 2025
Página 2/13

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

CUENTA X PAGAR

Tercero :	Cédula Ciudadanía 13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Factura :	HSRP0000009054
Proveedores :	13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Comprobante Contable:	15265
Fecha Comprobante Contable	26/12/2025 8:57:03 p. m.	Fecha CxP	26/12/2025 8:57:03 p. m.
Estado:	Confirmado	Fecha Factura :	26/12/2025
Cuenta :	249054001 HONORARIOS	Plazo :	0 Días
CxP :	57884	Vencimiento :	26/12/2025
Centro de Costo:	S020A	Valor :	\$ 3.300.000,00
Comprobante de Entrada	CP000000003195	Fecha Comprobante de Entrada	26/12/2025 8:57:03 p. m.

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

Observaciones:

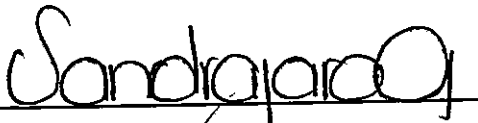
CxP Generada Desde Inventarios (Comprobante de Entrada #CP000000003195)

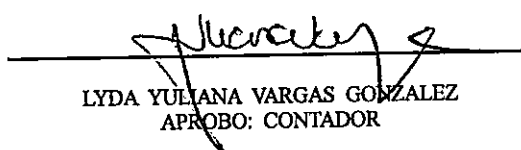
DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
005 PAGO HONORARIOS DISTRIBUCION DE COSTOS	58972339	CC16	HONORARIOS, COMISIONES Y SERVICIOS	Debito	\$ 3.300.000,00

DESCRIPCIÓN DE CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	26/12/2025	\$ 3.300.000,00
Valor Total Cuotas :		\$ 3.300.000,00


SANDRA LILLANA JARA ALONSO
Subgerente Administrativo


LYDA YULIANA VARGAS GONZALEZ
APROBO: CONTADOR

Nombre reporte : PGRPCxP

Usuario Id. :1073604559