

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 00000000052627

Estado : Confirmado
Valor : \$ 5.500.000,00

Fecha del Egreso : 16/12/2025 1:43:34-p. m.
Beneficiario 13172827 MURILLO NIETO JULIAN ALBERTO
Detalle : PAGO POR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO - PIC PAIME CONTRATO No. 05922025
MES : OCTUBRE DE 2025
Valor en Letras CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCOLOMBIA
Cheque
Numero : Consignar :12/16/2025

DETALLE DEL MOVIMIENTO


CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCOLOMBIA CTA AHO NO. 34147024587	13172827	111006001	\$ 0,00	\$ 5.500.000,00
PAGO POR HONORARIOS	13172827	249054001	\$ 5.500.000,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
HSRP0000008569	\$ 5.500.000,00				




JENNY ALEXANDRA TORRES POVEDA
GERENTE



SANDRA LILIANA JARA ALONSO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

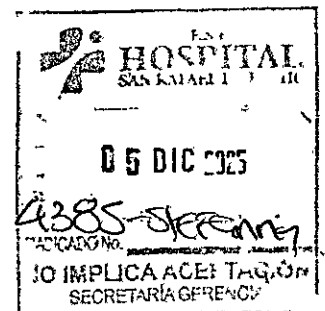
BENEFICIARIO


	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			
	5	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	0008569					
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:	JULIAN 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				
	\$5.500.000	CINCO MILLONES DE PESOS MCTE				
DESCRIPCIÓN 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 GESTIÓN DEL RIESGO PROGRAMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD PAS PRIMER SEMESTRE EN EL MUNICIPIO DE PAIME CUNDINAMARCA 2025 DENTRO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 110-03-02-CI-001-2025 PERIODO: 01/10/2025 AL 31/10/2025					

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 RAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD		Código		GA-CPV-F-014
			Versión		V02
	MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION		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 Díaz		8540055
5	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 0592 2025		O.P.S. <input type="checkbox"/>		Fecha: 16/09/2025	
Fecha de inicio: 16/09/2025		Plazo de Ejecución: 3 meses 17 días		Vigencia: <input type="checkbox"/>	
Adición o prórroga: <input type="checkbox"/>					
OBJETO CONTRACTUAL:					
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 PAÍS 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	DD MM AA
	01	10	2025		31 10 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.(Minimo 10 canalizaciones)		N/A		N/A	

<p>Brindar información a la población étnica, mujeres, población campesina, Discapacidad, adulto mayor, Víctima Conflicto armados, LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación, sobre:</p> <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 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 	<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:</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, 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 FUNCION MASTICATORIA e informar la importancia de LOS HABITOS DE HIGIENE BUCAL Y LA PRONTA ASISTENCIA a la consulta odontológica. Realizar respectiva derivación o canalización y seguimiento de la demanda efectiva. Verificar población canalizada en ficha familiar por auxiliares de enfermería PIC y/o CONCURRENCIA (Minimo 10 personas) 	<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 DENTÁL 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 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 , 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 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>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. 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 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 y 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:</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) 	<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 Paima acerca de las mejores practicas para prevención de caries dental. Realizar mensajes clave , infografias, mediante volantes, redes sociales institucionales, pagina web de la alcaldía, WhatsApp, etc. (Minimo 10 personas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado(Infografia , Volante , video, Folleto, Etc.)</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico</p>
<p>Capacitar al talento humano en salud , PIC, APS, EQUIPOS BASICO S, ETC, en cuidado , de la salud bucal, uso adecuado de los elementos de higiene bucal y realizar canalización hacia los servicios de odontología, concretando la finalidad de protección especifica y detección temprano según pertinencia de los casos. (Minimo 8 personas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: 1. Informe de actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Recurso Utilizado(Infografia , Volante , video, Folleto, Etc.)</p>	<p>1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico.</p>

Juan Alberto Ospina M.

Firma del Contratista



FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PÁCHO

MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA
PROCESO DE CONTRATACIÓN

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

1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/10/2025 AL 31/10/2025

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, LGBTQ+ 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
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: 01/10/2025 AL 31/10/2025

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 protectorés, 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 Judicopedagógica de sesiones presenciales lúdicas encaminadas al desarrollo de capacidades en los 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	
			GA-CPV-F-012	
			Versión	
			V02	
MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA PROCESO DE CONTRATACION			Fecha de Elaboración	
			12/07/2022	
1.- INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/10/2025 AL 31/10/2025				
7	<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>SI CUMPLE</p>
8	<p>Brindar educación para la salud e información a la comunidad en general de páime ,orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de practicas de cuidado de si mismo salud -Higiene Bucal , de los demás y de su entorno, a la comunidad en general . Mínimo 10 personas educadas)</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 Páime (Mínimo 5 personas)</p>	<p>Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (5) 3. Registro fotográfico - población de Páime</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**

**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: 01/10/2025 AL 31/10/2025

10	<p>Realizar jornada lúdico pedagógica brindando información dirigida a ADOLESCENTES (12 -17 años) en IED Y ESCUELAS RURALES, ADOLESCENTES DESESCOLARIZADOS, para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 	SI CUMPLE
11	<p>Brindar información en encuentros presenciales a población adulto mayor brindando capacitación lúdica en los siguientes temas: 1. Derechos y deberes en salud, socializar las atenciones a que tiene derecho el adulto mayor en salud oral. 2. Importancia del control periodontal en hipertensos, diabéticos, obesos y con cardiopatías. 3. Higiene de prótesis, dieta saludable, uso de seda dental, rehabilitación protésica oral</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Detección temprana de patología bucales, signos de alarma <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 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. recursos o materiales utilizados 5. Formato de Demanda Inducida y efectiva</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia 3. Registro fotográfico 	SI CUMPLE

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO		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: 01/10/2025 AL 31/10/2025				
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:</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 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 Tudeia</p>	N/A	N/A	NO CUMPLE



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

**MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA
PROCESO DE CONTRATACION**


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

1 - INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO No.0592 2025 - MES: 01/10/2025 AL 31/10/2025

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, página 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 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)	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 durante el plazo de ejecución del contrato	Informe de actividades ejecutadas más las evidencias	Se presenta informe de actividades, evidencias de cumplimiento de acta de recibido firmada

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO		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: 01/10/2025 AL 31/10/2025

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

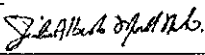
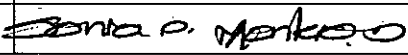
NOMBRE DEL SUPERVISOR	SONIA PIEDAD MONTERO DIAZ		NOMBRE DE LA SUPERVISOR	N/A	N/A
CARGO:	SUBGERENTE COMUNITARIO	FIRMA	CARGO:	SUBGERENTE	FIRMA

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: 1/10/2025
Área /Programa / Dimensión	PAI		Fecha final de periodo: 31/10/2025
Contrato No. 0592 2025	Nombre del Contratista	JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Fecha de Inicio del Contrato: 16/09/2025

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
	2	3	4	5	6
8	9	10	11	12	13
15	16 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	17	18 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	19	20
22 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	23 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	24 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	25	26 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de Demanda Inducida y efectiva y/o	27
28	29 Presenta una (1) actividad: primero:1. Informe de Actividad 2. Listado de asistencia (10) 3. Registro fotográfico 4. Formato de	30	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	REGIMEN	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: 12/06/2025 23:01:27 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.


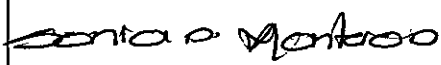
La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de

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								
	MACROPROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO Y SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROCESO ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO										Versión V01-2021								
FECHA DE EXPEDICION		DD	MM	AAAA															
		5	12	2025															
INFORMACION DEL CONTRATO																			
NOMBRE O RAZON SOCIAL		JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO						Tipo de Documento <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT		Numero Documento 13.172.827		DV							
OBJETO DEL CONTRATO		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCIÓN Y 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		
0592 2025		D	M	AÑO	D	M	AÑO	D	M	AÑO	MESES	DIAS	D	M	AÑO	MESES	DIAS	MESES	DIAS
		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		No. CDP			No. CDP			No. RP		No. RP		No. RP							
20250946								20251042											
EJECUCION PRESUPUESTAL POR RUBRO:												TOTAL EJECUCION PRESUPUESTAL							
CODIGO PRESUPUESTAL				CODIGO PRESUPUESTAL				VALOR INICIAL DEL CONTRATO				VALOR TOTAL DEL CONTRATO							
2.4.5.02.09.03								\$ 15.500.000											
DETALLE RUBRO PRESUPUESTAL												VALOR ADICION DEL CONTRATO							
SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA (PIC MPAL)												\$ 0							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO :				VALOR INICIAL DEL CONTRATO :				VALOR ADICION DEL CONTRATO :				VALOR TOTAL DEL CONTRATO							
\$ 15.500.000				\$ 0				\$ 0				\$ 15.500.000							
VALOR ADICION DEL CONTRATO :				VALOR ADICION DEL CONTRATO :				VALOR TOTAL DEL CONTRATO :				VALOR TOTAL DEL CONTRATO :							
\$ 0				\$ 0				\$ 0				\$ 15.500.000							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO :				VALOR TOTAL DEL CONTRATO :				VALOR TOTAL DEL CONTRATO :				VALOR TOTAL DEL CONTRATO :							
\$ 15.500.000				\$ 0				\$ 0				\$ 15.500.000							
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		\$ 0			DICIEMBRE		\$ 0							
N. DE PAGOS		2			TOTAL PAGOS		\$ 8.800.000			SALDO CONTRATO:		\$ 6.700.000							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN												56,77%							
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 secretaría 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			\$ 500.000	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN			\$ 2.200.000								
	01	10	2025	PENSION	18,00%	\$352.000,00	OBSERVACIONES:												
Hasta	DD	MM	AAAA	APORTES ARL	2,48%	\$54.197,00													
	31	10	2025	SALUD	12,50%	\$275.000,00													
				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	FACT - CC	VALOR						
HSRP-8589	\$5.500.000			0	0	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	TOTAL CERTIFICADO							
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.500.000							
VALOR EN LETRAS		CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE																	
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR				SONIA PIEDAD MONTERO DIAZ															
CARGO:				SUBGERENCIA COMUNITARIA				FIRMA											

Elaboró: Dayana Velasquez- Auxiliar Administrativo



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

Fecha Actual : miércoles, 10 diciembre 2025
 Página 1/1

OBLIGACION

Consecutivo: 20254634

Fecha : 5/12/2025 10:25:36 p. m.

Tercero: 13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO

Documento: HSRP8569

Estado : Confirmado

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 OCTUBRE 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 NIPAL)	01 - Recursos Propios	2.4.5 - Gastos de Comercialización y Producción	\$ 5.500.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 5.500.000,00
Total Obligación :						\$ 5.500.000,00			\$ 5.500.000,00

ALEX MIGUEL CASTELLANOS PEREZ
 Subgerente Administrativo (E)

SULMA YOLIMA SANCHEZ SERRATO
 Profesional Presupuesto

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

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO**800099860**

Fecha Actual : lunes, 15 diciembre 2025

Página 7/11

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 :	HSRP000008569
Proveedores :	13172827 JULIAN ALBERTO MURILLO NIETO	Comprobante Contable:	14638
Fecha Comprobante Contable	15/12/2025 3:08:12 p. m.	Fecha CxP	15/12/2025 3:08:12 p. m.
Estado:	Confirmado	Fecha Factura :	15/12/2025
Cuenta :	249054001 HONORARIOS	Plazo :	0 Días
CxP :	57154	Vencimiento :	15/12/2025
Centro de Costo:	S020A	Valor :	\$ 5.500.000,00
Comprobante de Entrada	CP000000002709	Fecha Comprobante de Entrada	15/12/2025 3:08:11 p. m.

Son : CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones:

CxP Generada Desde Inventarios (Comprobante de Entrada #CP000000002709)

DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

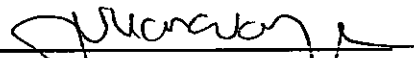
Concepto	Cuenta	Centro	Nombre de la cuenta	Naturaleza	Valor
005 PAGO HONORARIOS DISTRIBUCION DE COSTOS	58972339	CC16	HONORARIOS, COMISIONES Y SERVICIOS	Debito	\$ 5.500.000,00

DESCRIPCIÓN DE CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	15/12/2025	\$ 5.500.000,00
Valor Total Cuotas :		\$ 5.500.000,00



SANDRA LILIANA JARA ALONSO
Subgerente Administrativo



LYDA YULIANA VARGAS GONZALEZ
APROBÓ: CONTADOR

Nombre reporte : PGRPCXP

Usuario Id. :1073604559