

**INFORME NO. 01 DE 2025**

**INFORME DE GESTION Y EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES**

<b>FECHA DEL INFORME:</b>	<b>PERIODO INFORMADO:</b>								
	Desde:27/06/2025								
	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>27</td><td>06</td><td>2025</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	27	06	2025		
	DIA	MES	AÑO						
27	06	2025							
<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>01</td><td>07</td><td>2025</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	01	07	2025			
DIA	MES	AÑO							
01	07	2025							
	Hasta:01/07/2025								
	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>01</td><td>07</td><td>2025</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	01	07	2025		
DIA	MES	AÑO							
01	07	2025							
	<b>TIPO DE CONTRATO:</b>								
	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS								

**DATOS GENERALES DEL CONTRATO OBJETO DEL PRESENTE INFORME**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. ESECSJ-001-2025**

**CONTRATANTE:** E. S. E. CENTRO DE SALUD JUAN SOLERI

**CONTRATISTA:** Jhon Alberto Rincón Sandoval

**OBJETO DEL CONTRATO:** Servicios de Medico general en centro de salud del municipio.

**SUPERVISOR:** DANIELA VELASCO BERNAL

**VALOR DEL CONTRATO INICIAL:** \$ 2.000.000 COP

**FECHA ACTA DE INICIO:** 27/06/2025

**PLAZO INICIAL:** 1 mes

**FECHA DE FINALIZACIÓN INICIAL:** 01/07/2025

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO INFORMADO**

Durante el Período informado, el suscrito (a) realizó las siguientes actividades en cumplimiento del objeto contractual:

ÍTEMS	DESCRIPCIÓN DE OBLIGACION CONTRACTUAL	FORMA COMO SE EJECUTO	EVIDENCIA
1	Prestar los servicios profesionales como médico general mediante el sistema de turnos en consulta médica externa, urgencias y hospitalización garantizando disponibilidad las 24 horas por necesidad del servicio, de acuerdo al cronograma que de común acuerdo pacten con el Contratante.	Presté atención médica durante siete días del 27 de junio al 01 de julio de 2025 realizando turnos de consulta externa y urgencias las 24 horas junto a la disponibilidad de los mismos. (Anexo 1)	Se anexan soportes
2	Prestar los servicios profesionales brindando atención medica general haciendo el diagnóstico y determinando la terapia de los pacientes.	Presté atención médica durante siete días del 27 de junio al 01 de julio de 2025 realizando turnos de consulta externa, hospitalización y urgencias las 24 horas junto a la disponibilidad de los mismos. (Anexo 2)	Documentos reposan en la E.S.E  Se anexan soportes

3	Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.	Se comentó remisión a centro de mayor nivel, a paciente con direccionamiento de urgencias y ortopedia durante el periodo prestado. (Anexo 3)	Se anexan soportes
4	Realizar inter consulta y remitir a los pacientes a médicos especialistas cuando se requiera y de acuerdo a las normas del sistema de remisión de pacientes.	Se comentó remisiones a especialidades durante la consulta a paciente crónicos durante el periodo prestado. (Anexo 4)	Se anexan soportes
5	Desarrollar todos los pasos del proceso y procedimientos de su competencia	Valoración inicial, manejo en institución y extramurales, de pacientes en el servicio de urgencias y consultas. (anexo 5)	Se anexan soportes Documentos reposan en la E.S.E
6	Brindar educación a los usuarios a cerca de los cuidados que deben tener, teniendo en cuenta su diagnóstico y pronóstico.	Se brindó psicoeducaciones a pacientes durante la consulta, plasmado adicionalmente en historia clínica (anexo 6)	Se anexan soportes Documentos reposan en la E.S.E
7	Prestar los servicios profesionales realizando el diligenciamiento del registro de la historia clínica digital y/o física de los pacientes que son atendidos, velando por la legalidad de los soportes de su competencia y del personal a su cargo, con el debido y completo diligenciamiento, el refrendado y el sellado para garantizar la calidad de la historia clínica, manteniendo la fuente primaria para soportar la atención y la facturación de los servicios.	Presté atención médica durante siete días del 27 de junio al 01 de julio de 2025 realizando turnos de consulta externa, reformulación, así como solicitud de exámenes de control con adecuado diligenciamiento, con fecha, firma y/ o sello medico legible (anexo 7).	Se anexan soportes
8	Realizar el registro de las atenciones en los formatos de Historias Clínicas que maneja la Entidad.	Se brindó atención médica a pacientes durante la consulta, plasmado adicionalmente en historia clínica (anexo 7).	Se anexan soportes
<b>APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.</b>			

Se demuestra el cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como con el pago de las planillas al sistema de seguridad social integral según corresponde, adjuntando copia de los soportes de pago.

VALOR A CANCELAR HONORARIOS	BASE COTIZACION CONTRATISTA	PERIODO	No. PLANILLA:
\$ 2.000.000	\$1.423.500	JUNIO 27 A JULIO 1 DE 2025	9487313640
OPERADOR	FECHA DE PAGO:	TOTAL, PLANILLA	
APORTES EN LINEA	09/06/2025	<b>\$716.800</b>	
TIPO ADMINISTRADORA	ENTIDAD	VALOR APORTES	
EPS	NUEVA EPS	\$162.500	
AFP	PORVENIR	\$208.000	
ARL	POSITIVA	\$6.800	

#### ANEXOS Y DOCUMENTOS DE SOPORTE DEL PRESENTE INFORME

Al presente informe, anexo los siguientes documentos como soporte:

1. Las Evidencia del cumplimiento de las actividades realizadas durante el período informado, reposan en archivo de la ESE.
2. Copia de la Planilla de Pago de los Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes de junio y julio 2025.
3. Cuenta de Cobro No. 001 de fecha primero (01) días de julio de 2025.

#### VALOR A PAGAR QUE SE SOPORTA CON EL PRESENTE INFORME

Valor total del Contrato	\$2.000.000.00 COP
Valor Pago soportado con en este informe	\$2.000.000.00 COP

Elaborado por Jhon Alberto Rincón Sandoval Medico General.



NOMBRE: Jhon Alberto Rincón Sandoval  
C.C. No. 1098755190  
Medico General  
Contratista

#### ANEXOS REGISTRO FOTOGRAFICO

ANEXO 1:

Lectura de folio de historia clínica

Digitada	1 Apellido	2 Apellido	1 Nombre	2 Nombre	Sexo	Tipo	Número de documento	Fecha Nto	Años	Meses	EPS
vie 27 jun 8:22 am	ZARATE	DIAZ	GERMAN		M	CC	5589923	06/09/87	57	9	COOSALUD GUACAMA

PARA LO DE LAS DEFENSAS

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 57 AÑOS INGRESA CAMBIANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSULTA ANTE CUADRO CLÍNICO PREVIO DE LEUCOPENIA LEVE REPORTADO EN ÚLTIMO HEMOGRAMA DE CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ADICIONALMENTE PACIENTE CON DIETA BAJA EN FRUTAS Y VERDURAS VARIADAS ASÍ COMO PROTEÍNAS, NO ENOLISMO CRÓNICO, POR LO CUAL INDICARON TAMBAJES ITS. PERFIL VITAMÍNICO B ASÍ COMO NIVELES DE RETINOL A. EN EL MOMENTO NEGA NUEVA SINTOMATOLOGÍA, NO SIGNOS DE ENFERMEDADES TROPICALES OSÍTOMAS. NEGA SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS DURANTE LA CONSULTA.

Antecedentes médicos:

NEGA SINTOMATOLOGÍA PREVIA A CUADRO ACTUAL

Antecedentes quirúrgicos:

NEGA

Antecedente traumáticos:

NEGA

Antecedentes tóxico-alérgicos:

NO MEDICAMENTOSO U OTROS, NO CONSUMO DE SPA MÁS ALLÁ DE ETILISMO OCASIONAL, EXPOSICIÓN A HUMO DE LEÑA DESDE LA INFANCIA.

Antecedentes farmacológicos:

SUPLEMENTACIÓ VITAMÍNICA ENCASA. COMPLEJO B



ANEXO 2 Y 3 :

**NOTA REMISION**

ESE CENTRO DE SALUD JUAN SOLERI Dirección: Calle 6 N 3-13 Teléfono: 3138501609

Nombres: **BENAVIDES LOPEZ ISABELLA**

Nº Identidad: 1022448676 Tipo Id RC Sexo F Fecha Nto: 24/09/18 Años 6 Meses 9

Sin dirección. Tel:3232528011. Vereda: LA LAGUNA. Mun: EL GUACAMAYO. Rural. Depto: SANTANDER

Empresa: **NUEVA EPS**

**INGRESO:** 000896 **FECHA INGRESO:** dom 29/jun/25 4:49 pm **ESTADO DEL INGRESO:** Activa Página 1 de 2

**Condiciones traslado:** Del paciente: No grave **Tipo referencia:** Urgencia **Asistencia ruta:** Por auxiliar enfermer

**IPS objeto:** HOSPITAL REGIONAL MANUELA B **Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLO **Elaborado:** 29/06/2025 5:17:44 p. m.

REMISION MANUELA BELTRAN

**Exposición de caso:**

PACIENTE INFANTE DE 6 AÑOS, FEMENINA, TRAJIDA POR LO S PADRE, TRAS CUADRO CLÍNICO DE CAÍDA MIENTRAS REALIZABA JUEGO DE PASAMANOS A UNA ALTURA DE 1.5 METROS RECIBIENDO TODA LA CARGA DE SU CUERPO Y TRAUMA CONTUSO A NIVEL DE MUÑECA IZQUIERDA, POSTERIORMENTE DOLOR DE MODERADA A ALTA INTENSIDAD, DEFORMIDAD EN BRAZO IZQUIERDO NIVEL DISTAL DE COMPROMISO RADIOCUBITAL APARENTE, POR LO CUAL CONSULTAN.



**ANEXO 4:**

**Lectura de foto de historia clínica**

Digitada	1Apellido :	2 Apellido	1 Nombre	2 Nombre	Sexo	Tipo	Número de documento	Fecha Nto	Años	Meses	EPS
mar, 1 jul 11:18 am	TAVERA	TORRES	ARMANDO		M	CC	6597861	11/0778	48	11	COOSALUD GUACAMA <u>C</u>

**Análisis y diagnóstico:**

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS INGRESA CAMBIANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DISESTESIAS, PARESTESIAS, DOLOR NEUROPÁTICO PROPIO DE NEUROPATIA DIABETICA, ADICIONAL INDICA LESIÓN EN PLANTA DEL PE CON SUPURACIÓN, QUE NO COMPROMETE TEJIDOS PROFUNDOS, CELULITIS LOCAL, COM DTO ADICIONAL MAL ADHERENTE MANEJO ANTIBIÓTICO ORAL.

AL MOMENTO DE VALORACIÓN, PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, COLABORADOR, EUPSÍDUICO, SIN LABILIDAD EMOCIONAL, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, SATURANDO A OXIGENO AMBIENTE, NO EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES, NO SIGNOS DE BAJO GASTO, MUCOSAS ROSADAS Y HÚMEDAS, SIN ADENOPATÍAS PE DIABETICO GRADO II, ASIMETRÍA EN PERNAS EN DIÁMETRO POR LO CUAL SE DA MANEJO ANTIBIÓTICO ASIMISMO SE INDICA, ECOGRAFIA DOPPLER, HEMOGLOBINA GLICADA, MANEJO ANTIBIÓTICO Y VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA PRIORITARIA, MANEJO ANALGÉSICO DE SU NEUROPATIA, PACIENTE REFIERE INTENDER YA CPTR CLÍNICA + CONDUCTA.

**Conducta:**

**PLAN:**

- PREGABALINA 75 MG CADA NOCHE POR 3 MESES ORAL # 90
- TYMENA 300 MG CADA DIA POR 3 MESES ORAL # 90
- CLINDAMICINA 300 MG CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS ORAL

SS ECOGRAFIA DOPPLER VENOSA Y ARTERIAL, H GLICADA, LABORATORIOS RCV Y VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA

**RECOMENDACIONES:**

- Diagnóstico ppal:** G590 MONONEUROPATIA DIABETICA
- Dx relacionado 1:** E144 DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS
- Diagnóstico 2:**



ANEXO 5 :

Lectura de todo de historia clínica

Digitada	1 Apellido	2 Apellido	1 Nombre	2 Nombre	Sexo	Tipo Id	Número de documento	Fecha Nto	Años	Meses	EPS
mar 01/07/25 15:59	DIAZ	MORENO	ALBA	YANNA	F	CC	63360221	02/04/70	55	2	COOSALUD GUACAMA) C

Análisis y diagnóstico:

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS INGRESA CAMBIANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSULTA PARA REFORMULACIÓN DE SU DOLOR NEURÓPICO, INDICA MANEJO DEL DOLOR CON MELOXICAM SIN MEJORA, YA CUEENTA CON TERAPIAS FÍSICAS, VALORACIÓN POR ORTOPEDIA CON RADIOGRAFIAS, PENDEITE A VALORACIÓN, INDICA TENER SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNÉTICA PENDIENTE A REALIZACIÓN, DESEOS DE INCAPACIDAD MÉDICA, SIN EMBARGO SE INDICA IMPORTANCIA DEL MANEJO INICIAL ANALGÉSICO Y DE FISIOTERAPIA, ASÍ COMO VALORACION DE LOS SNTOMAS.

AL MOMENTO DE VALORACIÓN, PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, COLABORADORA, EUPSIQUICA, SIN LABILIDAD EMOCIONAL, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, SATURANDO A OXÍGENO AMBIENTE, NO EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES, NO SIGNOS DE BAJO GASTO MUCOSAS ROSADAS Y HÚMEDAS, SIN ADENOPATIAS, SE APRECIA COLUMNA LUMBOSACRA CON

Conducta:

TIAMINA 300 MG CADA DÍA POR 3 MESES ORAL #90  
 DIACERENA TAB 50 MG CADA DÍA POR 3 MESES ORAL # 90  
 ROXICAINA AL 5% CREMA TÓPICA CADA 8 HORAS EN ZONA DE DOLOR POR 3 MESES # 3 TUBOS  
 ACETAMINOFEN 500 MG 2 TABS CADA 6 HORAS SI DOLOR POR 3 MESES # 60  
 CODEINA TAB 30 MG CADA 8 HORAS SI DOLOR POR 3 A 5 DÍAS X 3 MESES # 45

SS1. TERAPIA FÍSICA ORIENTADA EN MEJORA DE MARCHA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR Y TÉCNICAS POSTURALES. #10 SESIONES

Diagnóstico ppal: M544 LUMBAGO CON CIÁTICA  
 Dx relacionado 1: M419 ESCOLIOSIS NO ESPECIFICADA  
 Dx relacionado 2: M199 ARTROSIS NO ESPECIFICADA  
 Dx relacionado 3:



ANEXO 6 Y 7 :

Digitada	1 Apellido	2 Apellido	1 Nombre	2 Nombre	Sexo	Tipo Id	Número de documento	Fecha Nto	Años	Meses	EPS
mar 01/07/25 9:38	TRASLAVIÑA	LAITON	ANA	FLOR	F	CC	27964535	01/02/39	88	5	COOSALUD GUACAJAY C

SE REALIZA TELECONSULTA CENTRO DE SALUD EN SANTA RITA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PACIENTE DE 86 AÑOS CON ANTECEDENTES DE: HTA, GASTRITIS CRÓNICA, EPOC, QUISTE SIMPLE RENAL IZQUIERDO, SIN ALTERACIÓN DE VÍA BILIAR, PEQUEÑO QUISTE SIMPLE OVARICO CON CANCER 125 NORMAL, PRESBIESOFAGO, PAN GASTROPATIA ERITEMATOSA CON ÁREAS DE ATROFIA Y DIVERTICULOSIS DE COLON IZQUIERDO, PACIENTE POLIMEDICADA QUE DEBE SER VALORADA POR MEDICINA INTERNA EN EL MOMENTO NIEGAN NUEVA SINTOMATOLOGÍA O SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS DURANTE LA CONSULTA.

AL MOMENTO DE VALORACIÓN, PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, COLABORADORA, EUPSIQUICA, SIN LABILIDAD EMOCIONAL, PACIENTE QUE SE ATIENDE POR TELECONSULTA, NO REPORTAN ANOMALIAS DEL CENTRO DE SALUD SANTA RITA POR LO CUAL SE REFORMULA ASIMISMO SE INDICA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA YA SEA PRESENCIAL O POR TELECONSULTA SEGÚN AUTORIZACIONES POSIBLES. NO POR LA EPS.

**Conducta:**

- LOSARTAN TAB 50 MG CADA 12 HORAS POR 3 MESES ORAL # 180
- FUROSEMIDA TAB DE 40 MG CADA 12 HORAS POR 3 MESES ORAL # 180
- BROMURO DE IPRATROPIO APLICAR 2 PUFF CADA 12 HORAS CON INHALOCÁMARA#3 POR 3 MESES
- SALBUTAMOL INH APLICAR 2 PUFF CADA 12 HORAS CON INHALOCÁMARA#3 POR 3 MESES
- ACETAMINOFEN TAB 500 MG TOMAR UNA TAB CADA 8 HORAS (SI DOLOR)#30
- TRAMADOL SOLUCION ORAL 100 MG/ML TOMAR 3 GOTAS CADA 12 HRS X DOLOR 3 MESES # 6 TARROS \*\*
- QUETIAPINA 25 AL DIA POR 3 MESES ORAL#90
- QUETIAPINA TAB 10 MG POR 3 MESES ORAL#90 EN ANIMAS

**Diagnóstico ppal:** I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

**Dx relacionado 1:** J849 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL NO ESPECIFICADA

**Dx relacionado 2:** F29X PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO NO ESPECIFICADA



El Guacamayo Santander, primero (01) de julio del dos mil veinticinco (2025)

Señores

**E. S. E. CENTRO DE SALUD JUAN SOLERI**  
**(El Guacamayo, Santander)**

**REF: AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA**

Cordial Saludo.

**Jhon Rincón**, mayor de edad e identificada con Cédula de Ciudadanía No **1098755190** de Bucaramanga (S), mediante este escrito, me permito AUTORIZAR para que realicen el Pago correspondiente a la Cuenta de Cobro No. 001 de fecha primero (01) del mes de Julio de dos mil veinticinco (2025), respecto al Contrato de Prestación de Servicios No. ESECSJS-085 de 2025, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

<b>CLASE DE CUENTA</b>	Ahorros
<b>BANCO</b>	Banco BBVA Colombia
<b>NUMERO</b>	0197005685

Atentamente,



**Jhon Alberto Rincón Sandoval**  
CC. 1098755190 de Bucaramanga Santander  
Cel: 3162670809