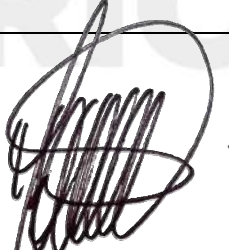



**LISTA DE CHEQUEO CUENTAS DE COBRO
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| INFORMACIÓN DEL CONTRATO | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--------|-------------|---|---------|--------|----------|
| NOMBRE CONTRATISTA | | FUNDACION SAYAL 35 R.L. OSCAR DAVID TORRES | | | | | | |
| C.C. O NIT | | 901.125.098-7 C.C. No. 1.099.371.504 de Lebrija (S/der) | | | | | | |
| TIPO DE CONTRATO | | PRESTACION DE SERVICIOS | | | | | | |
| NÚMERO CONTRATO | | 133/2026 | | | | | | |
| VALOR DEL CONTRATO | | SETENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE (\$71.724.000,00) | | | | | | |
| PERIODO DEL VALOR COBRADO | | DÍA:17 | MES:04 | AÑO:2026 | — | DÍA: 12 | MES:05 | AÑO:2026 |
| VALOR A COBRAR | | CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS (14.456.000,00) M/CTE | | | | | | |
| DOCUMENTOS | | VERIFICACIÓN | | OBSERVACIÓN | | | | |
| | | SI | NO | | | | | |
| 1 | OBLIGACIÓN CONTRAÍDA | X | | | | | | |
| 2 | ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES | X | | | | | | |
| 3 | ACTA INFORME FINAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES | | X | | | | | |
| 4 | FACTURA O CUENTA DE COBRO | X | | | | | | |
| 5 | PLANILLAS PAGADAS DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL PERSONA NATURAL / PERSONA JURÍDICA, CERTIFICADO FIRMADO POR REVISOR FISCAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DE CONFORMIDAD CON LA LEY. | X | | | | | | |
| 6 | FORMATO INFORMACIÓN BANCARIA Y CERTIFICACIÓN BANCARIA | X | | | | | | |
| 7 | FORMATO DE RETENCIÓN (PARA LA PRIMERA CUENTA DE COBRO) | | X | | | | | |
| 8 | ESTAMPILLAS | X | | | | | | |
| 9 | ACTA DE INICIO | X | | | | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|---------|---------|----------|
| FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN | DÍA: 28 | MES: 05 | AÑO:2026 |
|---------------------------------------|---------|---------|----------|

| FIRMAS RESPONSABLES | |
|---|---|
|  |  |
| REVISADO SUPERVISOR | REVISADO CONTRATACION |
| RADICADO SECRETARÍA DE HACIENDA | |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 3156295344

**OBLIGACION CONTRAIDA
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA | | | | | | | | |
|---|--|---|---------|---|---------------------------|-------------------|-----------|-----------|
| NOMBRE COMPLETO | | FUNDACION SAYAL 35 | | | | | | |
| C.C. O NIT | | 901.125.098-7 | | | | | | |
| NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO | | 3178854476 | | | | | | |
| VALOR COBRADO | | CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS (14.456.000,00) M/CTE | | | | | | |
| PERIODO DEL VALOR COBRADO | | DÍA: 17 | MES: 04 | AÑO: 2026 | — | DÍA:12 | MES:05 | AÑO: 2026 |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATO: | | | | | | | | |
| TIPO DE CONTRATO | | CONTRATO No. | | | FECHA INICIO DEL CONTRATO | | | |
| PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | | 133-2026 | | | DÍA:17 | MES:02 | AÑO:2026 | |
| CDP: 26A00215 | | FECHA: 05-02-2026 | | RP: 26A00326 | | FECHA: 16-02-2026 | | |
| CDP ADICIONAL: 26A00347 | | FECHA: 06-05-2026 | | RP ADICIONAL: 26A00836 | | FECHA: 12-05-2026 | | |
| OBJETO CONTRACTUAL: | | ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES Y ASISTENCIA, ACTUALIZACION, ASISTENCIA TECNICA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA ADOPCION DE POLITICAS PUBLICAS SOCIALES, EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER SE ENCUENTRA ENMARCADO EN EL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA GESTIÓN EN LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER | | | | | | |
| CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA | | | | | | | | |
| ENTIDAD BANCARIA | | DAVIVIENDA | | | | | | |
| NÚMERO DE CUENTA | | 0550108900837940 | | | AHORROS | X | CORRIENTE | |
| DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO "CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA" ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD. | | | | | | | | |
| CONTROL DE SUPERVISIÓN | | | | | | | | |
| NOMBRE SUPERVISOR | | MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA | | | | | | |
| CARGO SUPERVISOR | | SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL | | | | | | |
| FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN | | DÍA: 28 | MES: 05 | AÑO: 2026 | | | | |
| CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO DENOMINADO DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR DEL CONTRATO | | | | | | | | |
| FIRMAS RESPONSABLES | | | | | | | | |
|  FUNDACION SAYAL 35 NIT No. 901.125.098-7 R.L. OSCAR DAVID TORRES C.C. No. 1.099.371.504 de Lebrija (S/der) | | | |  MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA SUPERVISORA DEL CONTRATO | | | | |

**ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE
ACTIVIDADES – CONTRATO PRESTACION DE
SERVICIOS**

| | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| ACTA N°. | 04 | | TIPO DE CONTRATO | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | |
| INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO | | | | | | |
| No. DE CONTRATO | 133-2026 | | FECHA DE CONTRATO | 16 DE FEBRERO 2026 | | |
| NOMBRE CONTRATISTA | FUNDACION SAYAL 35 NIT No. 901.125.098-7 R.L. OSCAR DAVID TORRES C.C. No. 1.099.371.504 de Lebrija (S/der) | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO | | | | | | |
| ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES Y ASISTENCIA, ACTUALIZACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA ADOPCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIALES, EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER SE ENCUENTRA ENMARCADO EN EL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA GESTIÓN EN LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER | | | | | | |
| LUGAR DE EJECUCION | MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | MÓNICA MARCELA PEREZ ESPARZA | | | | | |
| CARGO DEL SUPERVISOR | SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL | | | | | |
| OFICINA GESTORA | SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL | | | | | |
| PLAZO DEL CONTRATO | DOS (02) MESES Y VEINTISEIS (26) DÍAS | | PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica) | UN (01) MES Y TRECE (13) DÍAS | | |
| VALOR DEL CONTRATO | (\$47.816.000,00) | | VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (Si aplica) | (\$23.908.000,00) | | |
| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO | 17/02/2026 | | | | | |
| FECHA DE TERMINACION INICIAL | 12/05/2026 | | FECHA DE TERMINACION CON ADICION (Si aplica) | 25/06/2026 | | |
| REGISTRO PRESUPUESTALES | | | | | | |
| REGISTROS INICIALES | | | | | | |
| N° DE CDP | 26A00214 | | FECHA DE EXPEDICIÓN CDP | 05-02-2026 | | |
| N° DE RP | 26A00326 | | FECHA DE EXPEDICIÓN RP | 16-02-2026 | | |
| REGISTROS ADICIONALES (Si aplica) | | | | | | |
| N° DE CDP | 26A00347 | | FECHA DE EXPEDICIÓN CDP | 06-05-2026 | | |
| N° DE RP | 26A00836 | | FECHA DE EXPEDICIÓN RP | 12-05-2026 | | |
| Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento o no de las obligaciones del Contratista frente a la Afiliación y a los aportes al sistema de seguridad social, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002: | | | | | | |
| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | |
| PERIODO | FECHA DE PAGO | NÚMERO PLANILLA | IBC | VALOR SALUD | VALOR PENSIÓN | VALOR ARL |
| ABRIL/MAYO – LAURA CRISTINA GELVEZ HERNANDEZ | 06/04/2026 12/05/2026 | 72678592 81298177 | \$ 3.200.000 \$2.500.000 | \$ 400.000 312.500 | \$ 512.200 \$400.000 | \$78.000 \$60.900 |
| ABRIL/MAYO GILBERTO SÁNCHEZ NAVARRO | 14/04/2026 05/5/2026 | 75552823 80195054 | \$ 1.750.905 \$ 1.750.905 | \$ 218.900 \$ 218.900 | \$ 280.200 \$ 280.200 | \$ 9200 \$ 9200 |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 3156295344

**ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE
ACTIVIDADES – CONTRATO PRESTACION DE
SERVICIOS**

| | | | | | | |
|---|---|--|---|----------------------------|--|--------------------|
| ABRIL ZOILA MILENA SOTELO FUENTES | 10/04/2026 | 9503792226 | \$ 1,800,000 | \$ 225.000 | \$ 288.000 | \$ 9.400 |
| ABRIL/MAYO FUNDACION SAYAL 35 | 07/05/2026 26/05/2026 | 1750636623 1750981169 | \$ 1.750.905 \$ 1.750.905 | \$ 70.100 \$ 70.100 | \$ 280.200 \$ 280.200 | \$9.200 \$9.200 |
| PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica) | | | | | | |
| NOMBRE ASEGURADORA | | NUMERO DE PÓLIZA | | FECHA DE APROBACIÓN | | |
| N/A | | N/A | | N/A | | |
| ESTAMPILLAS | | | | | | |
| TIPO DE ESTAMPILLA | | Nº ESTAMPILLA | | FECHA PAGO | | |
| DEPARTAMENTAL | | 2502600356733 | | 28/05/2026 | | |
| MUNICIPAL | | (92) 02500924984954 (92) 025007924982008 486928 497870 828410 403522 464188 | | 28/05/2026 | | |
| PERIODO DE EJECUCION DEL CONTRATO | | | | | | |
| PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN | | | 17/04/2026 a 12/05/2026 | | | |
| VALOR A PAGAR | | | CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS (14.456.000,00) M/CTE | | | |
| ACTIVIDADES CONTRACTUALES | | | | | | |
| DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, SE RELACIONAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN: | | | | | | |
| No. | ACTIVIDAD CONTRACTUAL | ACTIVIDAD REALIZADA | | | EVIDENCIA / SOPORTE | |
| 1. | Apoyar para cumplir con los lineamientos de VSP de notificación inmediata y semanal: apoyar con el cumplimiento de lo estipulado en los lineamientos de vigilancia en salud pública del INS en los diversos eventos, apoyando en la implementación, operativización y seguimiento de SIVIGILA en el municipio de Rionegro Santander y sus UPGDA | Se procede a realizar actualización del sivigila escritorio. Notificación semanal Semana 15: 20/04/2026 Semana 16: 27/04/2026 Semana 17: 04/05/2026 Semana 18: 11/05/2026 | | | Se adjunta pantallazo de actualización del sistema SIVIGILA. Anexo 1 | |
| 2. | Apoyar con Asistencia técnica: brindar asistencia técnica a integrantes del SIVIGILA municipal a través de asistencia técnica por los diferentes medios (presenciales, virtuales o telefónicos) y participar de las asistencias que se realicen por el equipo de epidemiología de la secretaria de salud | 07052026 Actualización conceptos básicos de vigilancia en salud pública, laboratorio e inmunizaciones de PFA (polio)" | | | Anexo 2-. Actas de asistencia | |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 3156295344

| | | | |
|----|---|---|--|
| | departamental. | | |
| 3. | Apoyar para ajustar y clasificar de casos: Realizar los ajustes correspondientes y en los tiempos estipulados de los eventos probables y sospechosos en el SIVIGILA, así mismo, realizar clasificación final de casos, si los eventos así lo requieren. | Se procede a realizar del sistema de vigilancia en donde del periodo del 17/04/2026 al 12/05/2026 se realizan los ajustes solicitados. | Anexo 3: f Se solicita ajuste de eventos reportados |
| 4. | Apoyar en la identificación y seguimiento de los eventos de interés en salud pública, casos de menores de 5 años con riesgo en salud y velar por la intervención oportuna de los actores o instituciones responsables para garantía de los derechos en salud. | Se procede a revisar base de datos de los eventos reportados en sistema de vigilancia en donde dentro del periodo del 17/04/2026 al 12/05/2026 NO se reportaron eventos de desnutrición aguda en menores de cinco años. | No se reportaron eventos de desnutrición en menores de cinco años. |
| 5. | Apoyar para realizar los comités de vigilancia en salud: apoyar en la realización ordinaria o extraordinaria de los comités de vigilancia en salud COVE, COVECOM, ESTADISTICA VITALES, ETV y PAI, en concordancias con los actos administrativos que adopten cada comité. | Se realiza convocatoria y ejecución de comités de COVE, ESTIADTIACAS VITALES, ETV, Y PAI del mes de Abril. | Anexo 4: Actas |
| 6. | Apoyo unidad de análisis: convocar y/o acompañar la realización de las unidades de análisis según competencias, teniendo en cuenta los plazos máximos y según lineamientos | Se procede a revisar base de datos de los eventos reportados en sistema de vigilancia en donde dentro del periodo del 17/04/2026 al 12/05/2026 se realiza envió de unidad de análisis. | Anexo 5. Correo pantallazo. |
| 7. | Apoyar y coordinar las búsqueda activa institucional-BAI y búsqueda activa comunitaria-BAC de acuerdo a los lineamientos nacionales para la vigilancia en salud publica | Se realiza acompañamiento búsqueda activas instituciones de la UPGD existentes en el municipio, en donde se realiza búsqueda en transmisibles, salud bucal y sarampión rubeola del periodo de Abril 2026 | Anexo 6: Pantallazo del envío de información |
| 8. | Apoyar en el seguimiento y socialización de los indicadores de la resolución 256 de 2016 | La evaluación y seguimiento de estos indicadores se realiza trimestralmente, del periodo 17/04/2026 al 12/05/2026 se realiza revisión de los indicadores del primer trimestre del año 2026. | Anexo 7. Acta. |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 9. | Apoyar y coordinar en seguimiento a coberturas de vacunación, monitoreos rápidos, monitoreos, verificación, evaluación, análisis y seguimiento a los indicadores del programa PAI de manera mensual para biológico trazadores, esquema regular, COVID-19, trimestral o según se requiera; formulación o actualización y seguimiento de planes de vacunación. | En el periodo del 17/04/2026 al 12/05/2026, se realiza monitoreo rápidos de vacunación. Se realiza desarrollo comités del programa ampliado de inmunización, en donde se dan a conocer las coberturas de vacunación, y se realiza envío de las jornadas de vacunación planificadas para el periodo de intensificación. Se hace solicitud ante las EAPB las metas y/o estimaciones para realizar evaluación con lo vacunado. | Anexo 08: Foto |
| 10. | Participar de las asistencias técnicas convocadas por el ministerio de salud y Protección Social, las secretarías de salud del departamento de Santander u otra entidad donde se traten temas relacionados directamente o sean transversales a las anteriores actividades o acciones. | Esta actividad es desarrollada con la actividad 3, soportes adjuntos en dicha obligación. | Esta actividad es desarrollada con la actividad 3, soportes adjuntos en dicha obligación. |
| 11. | Apoyar en elaborar plan de trabajo en sectores determinados teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la zona en el municipio, factores protectores y determinantes, en coordinación la secretaria de salud de Rionegro y profesionales de apoyo y gestión pública de la secretaria de salud de Santander cuando así se requiera. | Se realiza el plan de trabajo durante el mes de ejecución de contrato en el barrio mirabel y las actividades que requiere el contrato | Anexo 9 : Fotos |
| 12. | Apoyar la realización de acciones informativas colectivas a la comunidad para la prevención y mitigación del dengue y demás eventos que se requieran. | Se realiza el plan de trabaja durante el mes de ejecución de contrato en el barrio mirabel y las actividades que requiere el contrato | Anexo 10. Fotos |
| 13. | Apoyar las investigaciones de campo para la identificación y seguimiento de los eventos de interés en salud pública | Se realizó llamadas a los pacientes Se realiza charla educativa a la comunidad general en el parque Principal de María Ramos municipio de Rionegro Santander. Busqueda de posible criaderos de mosquito para dengue a los establecimientos públicos, hospital, | Anexo 11: fotos |

| | | | |
|-----|--|---|------------------|
| | | concejo, teatro, alcadia. | |
| 14. | Apoyar en la revisión y seguimiento de esquemas de vacunación en menores de cinco años identificando susceptibles y participar en las jornadas de vacunación nacional, municipal y monitoreos rápidos de cobertura cuando se requieran | Se apoya a la jornada de vacunación municipal en la zona urbana en el parque principal de Rionegro, coliseo municipal y vacunaton nocturno en el barrio quebrada seca. | Anexo 12: Fotos |
| 15. | Apoyar las estrategias de búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud publica requeridos por el ente municipal. | Se realiza búsqueda activa comunitaria en el barrio mirabel. | Anexo 13: Foto |
| 16. | Apoyar en las actividades de movilización social para la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (TBC) y sintomáticos del sistema nervioso periférico (HANSEN). | Se realiza búsqueda activa de apacientes sospechosos de lepra y tuberculosis, se le brinda educación para sintomatología y se celebra el día internación se la tuberculosis | Anexo 14: Foto |
| 17. | Participar en la organización y capacitaciones realizadas por la Secretaria de Salud, Mujer y Bienestar Social, según requerimiento. | Se recibe la capacitación virtual de parte de la secretaria departamental PAI sobre la vacunación de niños menores de 5 años para la cobertura rápida del monitoreo de vacunación. Capacitación de tuberculosis por la secretaria departamental. Reunión COVE en la alcaldía en la sala de juntas. | Anexo 1185: Foto |
| 18 | Apoyar el seguimiento de condiciones de salud de la población privada de la libertad PPL. | Se realiza Apoyar a jornada de vacunación de felinos y caninos en los barrios el prado y álamos | Anexo 16: Foto |
| 19 | Apoyar a la inspección vigilancia y control realizadas por el técnico ambiental de la secretaria de salud departamental. | Se realiza Apoyar a la inspección vigilancia y control realizadas por el técnico ambiental de la secretaria de salud departamental de Bucaramanga para los pacientes positivos de la enfermedad. Traer medicamentos de tuberculosis de la secretaria de salud departamental de Bucaramanga para los pacientes positivos de la enfermedad. Se realiza en el barrio mirabel atención primaria en salud APS. | Anexo 17: Foto |
| 20. | Apoyar en el seguimiento, monitoreo y cargue del PTS y PAS 2026, | 1. Elaboracion AVAL MONITOREO EJECUCION PAS 2026 T1 RIONEGRO SANTANDER. 1 Folio 2. Cargue Plataforma Oficial 1 Folio | Anexo 18: Foto |

| | | | |
|-----|--|---|----------------|
| 21. | Asesorar y apoyar en la proyección de informes o requerimientos relacionados con la planeación integral en salud. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud Ejecucion de Ingresos y Gastos - Corte 31 de Marzo 2026, para elaboracion correspondiente a la Circular 044-2021 - Ejecución a Recursos no comprometidos del SGP componente SP vigencias anteriores. 1 Folio 2. Reporte de información correspondiente Auto reporte y Circular 044 <ol style="list-style-type: none"> 1. REPORTE RECURSOS NO COMPROMETIDOS DEL SGP-SP - VIGENCIAS ANTERIORES 2. REPORTE RECURSOS NO COMPROMETIDOS DEL SGP-SP - VIGENCIAS ANTERIORES (CORRECCIONES) 3. REPORTE EJECUCION DE RECURSOS NO COMPROMETIDOS SGP-SP VIGENCIAS ANTERIORES <p>7 Folios.</p> | Anexo 19: Foto |
| 22. | Asesorar y apoyar en la evaluación del PTS y PAS 2026 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión presencial con Doctora MONICA MARCELA PEREZ – Secretaria de Salud junto con la profesional INGRID VERA AMAYA – Profesional de Apoyo Seguimiento a Equipos Básico en Salud y PIC para el seguimiento de las Metas de Producto y sus indicadores, y las actividades a realizar en el cumplimiento a las líneas de acción en la ejecución del Plan de Acción en Salud. Se anexa Acta con 3 folios. | Anexo 20: Foto |
| 23. | Asesorar y apoyar en la rendición de cuentas del PTS y PAS 2026 | Se encuentran sin desarrollo, debió a que no cuentan con cronograma de apertura de plataformas, solicitudes o invitaciones por parte de los entes de vigilancia y control. | N/A |
| 24. | Apoyar en la participación en reuniones u otros eventos organizados o liderados por la secretaria de salud departamental, el ministerio de salud y protección social, la Supersalud u otras entidades. | <ol style="list-style-type: none"> 1. asistencia a Capacitación Secretaria de Salud Departamental – Enfoque de Género, Intersectorial, Diferencial de Contexto y Otros. 1 Folio | Anexo 21: Foto |
| 25. | Apoyar y coordinar para el cumplimiento de la presentación o cargue de | <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo en estructuración carpetas correspondientes a Evaluación Capacidad Gestión | Anexo 22: Foto |

**ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE
ACTIVIDADES – CONTRATO PRESTACION DE
SERVICIOS**

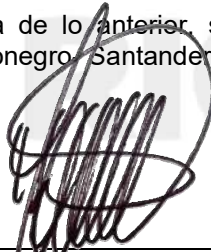
| | | | |
|-----|---|---|-----------|
| | información requerida por el Ministerio de Salud, el instituto nacional de salud, la Supersalud o la secretaría de salud departamental. | <p>Municipal - Vigencia 2025. 2 Folios</p> <p>2. Revision Cargue Circular 030 - Saneamiento Cartera. 1 Folio</p> <p>3. Acompañamiento Sustentación PAMEC ESE Municipal. 1 Acta 5 Folios</p> <p>4. Soporte Acta con Oficina Control Interno. 1 Acta 2 Folios</p> <p>5. Soporte Acta con Planeación Municipal. 1 Acta 3 Folios</p> <p>6. Seguimiento a Asignación Perfil SI-APS - Plataforma SISPRO 1 Folio</p> | |
| 26. | Implementar y hacerle seguimiento a la política de salud pública. | <p>1. Acta de Verificación proceso Participación Social. Se nexa Acta con 2 folios.</p> | Anexo 23. |

Se reunieron el SUPERVISOR del contrato y el CONTRATISTA con el fin de revisar, verificar y aprobar las actividades realizadas por el contratista durante este periodo cumplido de ejecución del contrato. Por tal motivo, el suscrito SUPERVISOR se sirve CERTIFICAR que el contratista cumplió a cabalidad con las actividades designadas en este periodo de ejecución, las cuales, se relacionan en la presente Acta; así como también, de cumplir con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda.

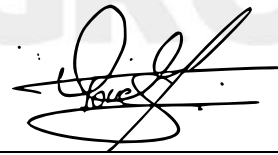
En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance parcial de este periodo cumplido de ejecución del contrato es el siguiente:

| BALANCE PARCIAL DE LA EJECUCION DEL CONTRATO | | |
|---|-------------------|-------------------------|
| DETALLE | CONTRATADO | PAGOS REALIZADOS |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 47.816.000,00 | |
| VALOR DEL CONTRATO CON ADICION (Si aplica) | \$ 23.908.000,00 | |
| PRIMER PAGO | | \$ 16.680.000,00 |
| SEGUNDO PAGO | | \$ 16.680.000,00 |
| TERCER PAGO | | \$ 14.456.000,00 |
| CUARTO | | \$ 0 |
| QUINTO Y/O ULTIMO PAGO | | \$ |
| SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR | | \$ 23.908.000,00 |
| TOTAL (Sumas iguales) | \$71.724.000,00 | \$71.724.000,00 |

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Rionegro, Santander, el día **veintiocho (28)** de **mayo** de dos mil veintiséis (2026).



MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA
SECRETARIO DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
SUPERVISOR DEL CONTRATO



FUNDACION SAYAL 35
NIT No. 901.125.098-7
R.L. OSCAR DAVID TORRES
C.C. No. 1.099.371.504 de Lebrija (S/der)
CONTRATISTA



FUNDACIÓN SAYAL35
NIT 901,125,098-7 - No Responsable de IVA
CL 12 12 31 LEBRIJA - SANTANDER
Teléfono: 3188344346
contadora.funsayal35@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.FE 68

| | |
|------------|------------|
| Expedida | Vence |
| 2026/05/27 | 2026/05/27 |

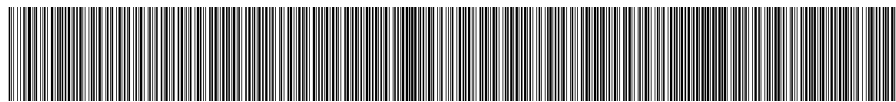
| | |
|--|-----------------------------|
| Cliente: MUNICIPIO DE RIONEGRO | Nit : 890,204,646 -3 |
| Dirección: CRA 10 N 11 - 32 | Tel: |
| Ciudad: RIONEGRO - SANTANDER Correo: desarrolloeconomico@rionegro-santander.gov.co | |

| # | Código | Descripción | Medida | IVA | Cantidad | Valor Unitario | Valor Total |
|----------------------|--------|--|--------|-------|----------|----------------|-----------------|
| 1 | S9 | ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES Y ASISTENCIA, ACTUALIZACIÓN, ASISTENCIA TECNICA Y ACOM PAÑAMIENTO EN LA ADOPCION DE POLITICAS PUBLICAS SOCIALES, EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER SE ENCUENTRA ENMARCADO EN EL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA GESTIÓN EN LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER | Unid | 0.00% | 1 | 14,456,000.00 | \$14,456,000.00 |
| Sub Total | | | | | | | \$14,456,000.00 |
| Total Factura | | | | | | | \$14,456,000.00 |
| Total ítems:1 | | | | | | | |

Son: CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/L
Forma de pago:Crédito , Plazo: 2026/05/27
CONVENIO 133-26

Resolución facturación No. 18764107648023 del 2026/03/26 al 2027/03/26, consecutivos autorizados del FE60 al FE5000
No responsable de IVA Entidad Sin Ánimo de Lucro Régimen tributario especial

Firma y Sello del Cliente: _____ Fecha Recibido: _____



Cufe: 96d4cf8f3ca3a2a0b613e232ee51e831b98063c3794ffa12b60d688dd83cb0054b6c0da1326707d2e1d48cb155118ad8

Representación impresa de factura electrónica de venta

Operador: CADENA S.A Nit: 890930534

Fecha hora validación: 2026-05-27 11:49



FUNDACIÓN SAYAL35 NIT.901125098-7

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PERSONA JURIDICA

MARY NELCY VARGAS PATIÑO identificado con C.C 1.098.660.244 de Bucaramanga con tarjeta profesional 210678-T de la junta central de contadores, en mi condición de revisor fiscal de la FUNDACION SAYAL35 con NIT 901125098-7 acuerdo a lo señalado en el artículo 9 de la ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO que, la FUNDACION SAYAL 35, ha efectuado el pago por concepto aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, caja de compensación familiar, se encuentra a paz y salvo durante los últimos seis(6) meses calendario. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002

La presente certificación se expide en Lebrija a los catorce(14) días del mes de mayo del 2026.

Mary Nelcy Vargas Patiño
CC. 1.098.660.244

FUNDACIÓN SAYAL35
NIT.901125098-7
Fundacionsayal35@hotmail.com

COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.660.244**

VARGAS PATIÑO
APELLIDOS

MARY NELCY
NOMBRES

Mary Nelcy Vargas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1988**

GUAPOTA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G. S. RH

F
SEXO

19-OCT-2006 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vajha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAJHA



P-2700100-59156939-F-1098660244-20070219 02745070508 02 222904334

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industrial y Turismo

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO**

210678-T

**MARY NELCY
VARGAS PATIÑO
C.C. 1098660244**

**RESOLUCION INSCRIPCION 852
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**

DIRECTOR GENERAL



FECHA 22/12/2015

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA

221267

213410

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901125098 | NÚMERO PLANILLA: | 1750612929 | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | LEBRIJA | DEPARTAMENTO: | FUNDACION SAYAL 35 | PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES febrero | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | 2026 |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CRA 14C 12 03 | TELÉFONO: | SANTANDER | DÍAS DE MORA: | 2 | MES | marzo |
| DIRECCIÓN: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | 3163021 | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/03/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9996217013 |
| TIPO APORTANTE: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES | | | | |
| TIPO EMPRESA: | ÚNICO | | Otros tipos de educación n.c.p. | | | | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | | | | | | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI | | | | |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|-------------------|---------------|-------------|-------------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | \$ 280.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 400 | \$ 0 | \$ 280.200 | \$ 400 | \$ 0 | \$ 280.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 280.200 | \$ 400 | \$ 0 | \$ 280.600 |

| TOTAL APORTES A SALUD | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-----------|-------------|------------------|---------------|-------------|------------------|------|-----------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 70.100 | \$ 0 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 70.100 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 70.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 70.100 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 70.200 | | |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|---------|-----------------|---------------|--------------|-----------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 9.200 | \$ 9.200 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 9.300 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 9.200 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 9.300 |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------|-----------|--------|-----------|--------------|------------------|---------------|-------------|------------------|--|--|--|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | APORTES | | MORA | | TOTALES | | | | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | | | | | | | |
| CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 1 | \$ 70.100 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 70.200 | | | | | | | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | \$ 70.100 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 70.200 | | | |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|-----------|------------|------------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|---------------|------------------|----------|-----------|------------|-------------|---------------|------------------|----------|-----------|-------------------|---------------|----------|-----------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APOORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APOORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APOORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1099371504 | TORRES HERRERA OSCAR DAVID | DEPEND | | \$ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | 1.750.905 | \$ 280.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 280.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | 1.750.905 | \$ 70.100 | \$ 0 | \$ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | 1.750.905 | \$ 1 | \$ 9.200 | 30 | 1.750.905 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | \$ 70.100 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | | | | | | | | | | | | | | |

TOTAL PAGADO: \$ 430.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------|-------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901125098 | NÚMERO PLANILLA: | 1750636623 | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | LEBRIJA | DEPARTAMENTO: | FUNDACION SAYAL 35 | PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MARZO AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | 2026 |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CRA 14C 12 03 | TELÉFONO: | SANTANDER | DÍAS DE MORA: | 13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9996714807 |
| DIRECCIÓN: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/07 | | |
| TIPO APORTANTE: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros tipos de educación n.c.p. | | | | |
| TIPO EMPRESA: | ÚNICO | | | | | | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | | | | | | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI | | | | |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|-------------------|-----------------|-------------------|--------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | \$ 280.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 2.600 | \$ 0 | \$ 280.200 | \$ 2.600 | \$ 282.800 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 280.200 | \$ 2.600 | \$ 282.800 | |

| TOTAL APORTES A SALUD | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-----------|-------------|------------------|---------------|-------------|------------------|------|-----------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 70.100 | \$ 0 | \$ 700 | \$ 0 | \$ 70.100 | \$ 700 | \$ 0 | \$ 70.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 70.100 | \$ 700 | \$ 0 | \$ 70.800 | | |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|---------|-----------------|---------------|--------------|-----------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 9.200 | \$ 9.200 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 9.300 | | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 9.200 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 9.300 |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------|-----------|--------|-----------|--------------|---------|--|--|------------------|---------------|-------------|------------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | APORTES | | MORA | | TOTALES | | | | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | | | | | | | |
| CCF40 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | 1 | \$ 70.100 | \$ 700 | \$ 0 | \$ 70.800 | | | | | | | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 70.100 | \$ 700 | \$ 0 | \$ 70.800 |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|-----------|------------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|---------------|------------------|----------|-----------|------------|-------------|---------------|------------------|----------|-----------|-------------------|---------------|----------|-----------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APOORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APOORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APOORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | TOTAL APOORTE | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1099371504 | TORRES HERRERA OSCAR DAVID | DEPEND | | \$ 1.750.905 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | 1.750.905 | \$ 280.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 280.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | 1.750.905 | \$ 70.100 | \$ 0 | \$ 70.100 | 14-11 - ARL SURA | 30 | 1.750.905 | \$ 1 | \$ 9.200 | 30 | 1.750.905 | CCF40-COMFENALCO SANTANDER | \$ 70.100 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | | | | | | | | | | | | | | |

TOTAL PAGADO: \$ 433.700

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1098684222 | LAURA CRISTINA GELVEZ HERNANDEZ | | calle 13 14 35 | 6188033 | cristinagelvels2290@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | SANTANDER | RIONEGRO | |

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 72678592 | 06/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$990.000 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 400.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 400.000 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 512.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 512.000 | 1 | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 78.000 | | | | 78.000 | 0 | 0 | 78.000 | | | 780 | 78.000 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 400.000 | 400.000 |
| PenSIÓN | 1 | 512.000 | 512.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 78.000 | 78.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 990.000 | 990.000 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1098684222 | LAURA CRISTINA GELVEZ HERNANDEZ | | calle 13 14 35 | 6188033 | cristinagelves2290@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | SANTANDER | RIONEGRO | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 72678592 | 06/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$990.000 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------|--------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-----------|-------------------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|------------------------|----------|-----------|------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | | Cotizante | Sueldo | Extranjero | Colom. anterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | USP | SAJ | ICE | LMA | VAC | APP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | | | | | |
| 1 | CC 1098684222 | GELVEZ HERNANDEZ LAURA CRISTINA | | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 3.200.000 | 30 | 512.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 3.200.000 | 30 | 400.000 | 14-23 | 3.200.000 | 30 | 3 | 78.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1098684222 | LAURA CRISTINA GELVEZ HERNANDEZ | | calle 13 14 35 | 6188033 | cristinagelvez2290@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | SANTANDER | RIONEGRO | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 81298177 | 12/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | \$0 | \$773.400 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 312.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 312.500 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 400.000 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 60.900 | | | | 60.900 | 0 | 0 | 60.900 | | | 609 | 60.900 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|--|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | | | | | | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 312.500 | 312.500 |
| Pensión | 1 | 400.000 | 400.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 60.900 | 60.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 773.400 | 773.400 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1098684222 | LAURA CRISTINA GELVEZ HERNANDEZ | | calle 13 14 35 | 6188033 | cristinagelvez2290@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | SANTANDER | RIONEGRO | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 81298177 | 12/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | \$0 | \$773.400 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|--|-----------------------|-------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|----|---------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|-----|------------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|---------|----------------------|-----------|---------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | | | Cotizante | Salud | Extranjero | Calom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAP | SP | SP | SEN | SEN | IGE | LMA | VAC | APP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización/Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | | | | |
| 1 | CC 1098684222 | GELVEZ HERNANDEZ LAURA CRISTINA | | | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.500.000 | 30 | 400.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 2.500.000 | 30 | 312.500 | 14-23 | 2.500.000 | 30 | 3 | 60.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 91464005 | GILBERTO SANCHEZ NAVARRO | | PUESTO DE SALUD LLANO DE PALMAS | 3024454119 | gilbertosanchez2072@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | SANTANDER | RIONEGRO | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 75552823 | 14/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$508.300 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.200 | | | | 9.200 | 0 | 0 | 9.200 | | | 92 | 9.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|--|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | | | | | | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 508.300 | 508.300 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 91464005 | GILBERTO SANCHEZ NAVARRO | | PUESTO DE SALUD LLANO DE PALMAS | 3024454119 | gilbertosanchez2072@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | SANTANDER | RIONEGRO | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 75552823 | 14/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$508.300 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------|--|-----------------------|-------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------|----------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | | Cotizante | Salud | Extranjero | Calom. exterior | Exonemado | ING | RET | TDE | TDE | TDP | SP | SP | SEN | SEN | IGE | LMA | VAC | APP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización/Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | | | | | | | | | |
| 1 | CC 91464005 | SANCHEZ NAVARRO GILBERTO | | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-23 | 1.750.905 | 30 | 1 | 9.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 91464005 | GILBERTO SANCHEZ NAVARRO | | PUESTO DE SALUD LLANO DE PALMAS | 3024454119 | gilbertosanchez2072@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | SANTANDER | RIONEGRO | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 80195054 | 05/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | \$0 | \$508.300 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.200 | | | | 9.200 | 0 | 0 | 9.200 | | | 92 | 9.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|--|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | | | | | | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 508.300 | 508.300 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 91464005 | GILBERTO SANCHEZ NAVARRO | | PUESTO DE SALUD LLANO DE PALMAS | 3024454119 | gilbertosanchez2072@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | SANTANDER | RIONEGRO | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 80195054 | 05/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | \$0 | \$508.300 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------|--|-----------------------|-------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|-------------------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|----------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | | Cotizante | Salud | Extranjero | Calom. exterior | Exonemado | ING | RET | TDE | TAP | SP | SP | SEN | ISE | LMA | VAC | APP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización/Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | | | | | | | |
| 1 | CC 91464005 | SANCHEZ NAVARRO GILBERTO | | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-23 | 1.750.905 | 30 | 1 | 9.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Planilla Resumen


| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 63550360 | | SOTELO FUENTES ZOILA MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 36 N. 14-42 Ofic 301 | BUCARAMANGA-SANTANDER | 3163541666 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 289308919 | 9503792226 | I | 2026/05/15 | 2026/05/07 | BANCOLOMBIA | 0 | \$522,400 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|----------|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|--------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------|-----|-------------|-----------|------|-----|-----------|--------------|-------|-----|-------------|--------|---------|-----|--------|-----------------------|---------------|-----------|
| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | del | tae | tdp | tap | vs | pc | cor | vst | sln | lge | lma | vac | avp | vct | irt | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes | |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 63550360 | SOTELO ZOILA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | \$1,800,000 | \$288,000 | EPS010 | 30 | \$1,800,000 | \$225,000 | | 0 | \$0 | \$0 | 14-23 | 30 | \$1,800,000 | 0.522% | \$9,400 | 0 | \$0 | \$0 | No | \$522,400 |
| Total Afiliados(1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \$1,800,000 | \$288,000 | \$1,800,000 | \$225,000 | \$0 | \$0 | \$1,800,000 | \$9,400 | \$0 | \$0 | \$522,400 | | | | | | | | | | | |

Planilla Resumen

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$288,000 | \$0 | \$0 | \$288,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$288,000 | \$0 | \$0 | \$288,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$9,400 | \$0 | \$0 | \$9,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$9,400 | \$0 | \$0 | \$9,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$225,000 | \$0 | \$0 | \$225,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | \$225,000 | \$0 | \$0 | \$225,000 |
| TOTAL | | | | 1 | \$522,400 | \$0 | \$0 | \$522,400 |

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|-----------|
|  | MUNICIPIO DE RIONEGRO (SANTANDER) | Código | 110-10-08 |
| | INFORMACIÓN BANCARIA PARA PAGOS | Versión | 2 |
| | | Fecha | 20/02/24 |

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 28 DE MAYO DE 2026

INFORMACION GENERAL

| | | | | | | | | |
|--|----------|-----------|----------------|-------------------------------|---|----|-------------|------|
| PERSONA | Natural | | IDENTIFICACION | CC | | No | 901125098-7 | D.V. |
| | Jurídica | X | | CE | | | | |
| | | | | NIT | X | | | |
| APELLIDOS / EMPRESA | | | | NOMBRES / REPRESENTANTE LEGAL | | | | |
| FUNDACION SAYAL 35 | | | | OSCAR DAVID TORRES | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | CIUDAD | | | | |
| CONJUNTO ALTOS DE CATALUÑA TORRE 3 APARTAMENTO 304 | | | | LEBRIJA | | | | |
| TELEFONO FIJO | | | | MOVIL / CELULAR | | | | |
| Número | | Extensión | | Número | | | | |
| | | | | 3178854476 | | | | |
| E-MAIL | | | | | | | | |
| fundacionsayal35@hotmail.com | | | | | | | | |

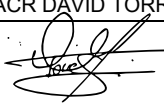
INFORMACION BANCARIA

| TIPO DE CUENTA | NÚMERO | BANCO |
|----------------|------------------|------------|
| AHORROS | 0550108900837940 | DAVIVIENDA |

VERIFIQUE QUE LA CUENTA ESTÉ ACTIVA

OBSERVACIÓN

Certifico que la información aquí suministrada es **Legible y Verídica**.

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------|---|---|----|--|----|--|-----|---|--------|-------------|
| REPRESENTANTE LEGAL | NOMBRE | OSACR DAVID TORRES | <table border="1"> <tr><td>CC</td><td></td></tr> <tr><td>CE</td><td></td></tr> <tr><td>NIT</td><td>X</td></tr> </table> | CC | | CE | | NIT | X | Número | 901125098-7 |
| CC | | | | | | | | | | | |
| CE | | | | | | | | | | | |
| NIT | X | | | | | | | | | | |
| | FIRMA |  | | | | | | | | | |



CERTIFICACION

SANTANDER, LEBRIJA, 14/05/2026

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **FUNDACIÓN SAYAL35** con **NIT 9011250987** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 0550108900837940

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

1.676.856 =

MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER
SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
FORMATO PAGO ESTAMPILLA MUNICIPAL

| | | | |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| Nombre y/o Razon Social: | FUNDACION SAYAL 35 | Numero Contrato: | 133/2026 |
| Cedula o Nit: | 901.125.098 | Fecha Contrato: | 16/02/2026 |
| Telefono: | 3214459147 | Valor Base : | 14.456.000 |
| Direccion: | CALLE 12 # 12-31 | Valor Total Contrato: | 47.816.000 |
| Municipio: | LEBRIJA | Valor Orden de Pago: | 14.456.000 |
| Departamento: | SANTANDER | No. Orden de Pago: | FE68 |

LIQUIDACION

| | | | |
|--|------------|--------------------------------|------------------|
| Estampilla Pro-Adulto: | 4% | FONDO PENSIONES | 578.240 |
| Cuenta corriente fonpet No. 108021155 Davivienda | 20% (4%) | ALCALDIA MUNICIPAL | 115.648 |
| Cuenta Ahorros No. 108124819 Davivienda | 70% | PRO-CASA DEL ANCIANO | 323.814 |
| Cuenta Ahorros No. 048500071393 Davivienda | 30% | | 138.778 |
| Estampilla Pro-Cultura: | 1,5% | PRO CULTURA | 216.840 |
| Cuenta Ahorros No. 108093725 Davivienda | | | 173.472 |
| Cuenta corriente fonpet No. 108018946 Davivienda | 20% (0,5%) | FONDO PENSIONES | 43.368 |
| Estampilla Pro-Deporte: | 1,5% | | 216.840 |
| Cuenta Ahorros No. 048500075428 Davivienda | | | 216.840 |
| Industria y Comercio | 0,6% | | 86.736 |
| Cuenta Ahorros No. 048500086979 Davivienda | | | 86.736 |
| Estampilla Justicia familiar | 2,0% | Acuerdo N' 14 del 19 dic 2023 | - |
| Cuenta Ahorros No. 048500085690 Davivienda | | | - |
| Fecha Expedicion: | 28/05/2026 | VALOR TOTAL A CONSIGNAR | 1.098.656 |

51 28 MAY 2026 0485
PROCESADO



FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio: Cultura Código convenio / No. cuenta: 108093725
Referencia 1: 901175097 Referencia 2: 108093725

| | | | |
|-------------|-------|-------------|-------|
| No. factura | Valor | No. factura | Valor |
| | | | |

51 28 MAY 2026 0485
PROCESADO

FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

Efectivo Cheque Cuenta de Ahorro Cuenta Corriente Tarjeta de Crédito*

RELACION DE CHEQUES LOCALES

| | | | |
|--------------|------------|-----------------------|-------|
| Código banco | No. Cheque | No. cuenta del cheque | Valor |
| | | | |

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 173.472
Total cheque \$
Total \$ 173.472

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario: Fundacion Sayal Identificación del beneficiario: Santal Valor a cobrar \$

PAGO DE PLANILLA

Planilla asistida Pin único Número planilla / Pin único: Periodo liquidado (AAAA/MM):

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCION

Nombre y apellidos: Fundacion Sayal Teléfono: Ciudad: Rionegro
Documento identidad: CC CE TI NIT No. documento: 901125098

Firma de quien realiza la transacción: Huella:



FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio: Pro Adulto Código convenio / No. cuenta: 048500071393
Referencia 1: 901125098 Referencia 2:

| | | | |
|-------------|-------|-------------|-------|
| No. factura | Valor | No. factura | Valor |
| | | | |

51 28 MAY 2026 0485
PROCESADO

FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

Efectivo Cheque Cuenta de Ahorro Cuenta Corriente Tarjeta de Crédito*

RELACION DE CHEQUES LOCALES

| | | | |
|--------------|------------|-----------------------|-------|
| Código banco | No. Cheque | No. cuenta del cheque | Valor |
| | | | |

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 138.778
Total cheque \$
Total \$ 138.778

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario: Fundacion Sayal Identificación del beneficiario: Rionegro Valor a cobrar \$

PAGO DE PLANILLA

Planilla asistida Pin único Número planilla / Pin único: Periodo liquidado (AAAA/MM):

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCION

Nombre y apellidos: Fundacion Sayal Teléfono: Ciudad: Rionegro
Documento identidad: CC CE TI NIT No. documento: 901125098

Firma de quien realiza la transacción: Huella:

- CLIENTE -

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo N°
2502600356733

| | | |
|--|-------------------|---------------------------------|
| Trámite CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION | Contribuyente | |
| | Tipo de Doc. N.I. | Número 9011250987 |
| Contribuyente PRO HOSPITAL PRO UIS | Nombre | FUNDACION SAYAL 35 |
| | Dirección | |
| | Municipio | Departamento |
| | \$289.100 | |
| | \$289.100 | |
| Total a Pagar | | \$578.200 |
| Fecha de Expedición 2026/05/28 | | Fecha Limite de Pago 2026/06/03 |
| Con destino a: Alcaldía de Rionegro | | |



VALOR TOTAL CONTRATO 47.816.000
FECHA CONTRATO 16/02/2026
VALOR ORDEN DE PAGO 14.456.000
NUMERO ORDEN DE PAGO FE68
VALOR BASE 14.456.000
NRO. CONTRATO 002

| | | |
|--|---------------|---------------------------------|
| Trámite CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION | Recibo N° | |
| | 2502600356733 | |
| Contribuyente PRO HOSPITAL PRO UIS | Nombre | FUNDACION SAYAL 35 |
| | Dirección | |
| | Municipio | Departamento |
| | \$289.100 | |
| | \$289.100 | |
| Total a Pagar | | \$578.200 |
| Fecha de Expedición 2026/05/28 | | Fecha Limite de Pago 2026/06/03 |
| Con destino a: Alcaldía de Rionegro | | |



VALOR TOTAL CONTRATO 47.816.000
FECHA CONTRATO 16/02/2026
VALOR ORDEN DE PAGO 14.456.000
NUMERO ORDEN DE PAGO FE68
VALOR BASE 14.456.000
NRO. CONTRATO 002

BANCO DAVIVIENDA
Depositos Efectivo
Fecha: 28/05/2026 Hora: 15:24:47
Jornada: Normal
Oficina: 0485
Terminal: CJ0485W101
Usuario: EGZ
Tipo Producto: Cta Corriente
No Cuenta: 0000000108021155
Titular Producto: MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER
Vr. Efectivo: \$115,648.00
Vr. Cheque: \$0.00
Vr. Total: \$115,648.00
Costo transaccion: \$11,200.00
No Transaccion: 486928
Quien realiza la transaccion
Tipo Id: NIT
No Id: 9011250987
Transaccion exitosa en linea
Por favor verifique que la informacion impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 28/05/2026 Hora: 15:25:57
Jornada: Normal
Oficina: 0485
Terminal: CJ0485W101
Usuario: EGZ
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio: Mpio Rionegro IND y CIO
Cuenta Convenio: *****6979
Codigo Convenio: 01608348
No. Referencia 1: 9011250987
No. Referencia 2:

Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$86,736.00
Costo transaccion: \$0.00
No. Transaccion: 828410
Quien realiza la transaccion
Tipo Id: NIT
Numero Id: 9011250987
Transaccion exitosa en linea
Por favor verifique que la informacion impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA
Depositos Efectivo
Fecha: 28/05/2026 Hora: 15:25:19
Jornada: Normal
Oficina: 0485
Terminal: CJ0485W101
Usuario: EGZ
Tipo Producto: Cta Corriente
No Cuenta: 0000000108018946
Titular Producto: MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER
Vr. Efectivo: \$43,368.00
Vr. Cheque: \$0.00
Vr. Total: \$43,368.00
Costo transaccion: \$11,200.00
No Transaccion: 403522
Quien realiza la transaccion
Tipo Id: NIT
No Id: 9011250987
Transaccion exitosa en linea
Por favor verifique que la informacion impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 28/05/2026 Hora: 15:25:39
Jornada: Normal
Oficina: 0485
Terminal: CJ0485W101
Usuario: EGZ
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio: RECAUDO PRODEPORTE
Cuenta Convenio: *****5428
Codigo Convenio: 01620384
No. Referencia 1: 9011250987
No. Referencia 2:

Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$216,840.00
Costo transaccion: \$0.00
No. Transaccion: 464188
Quien realiza la transaccion
Tipo Id: NIT
Numero Id: 9011250987
Transaccion exitosa en linea
Por favor verifique que la informacion impresa es correcta.

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 28/05/2026 Hora: 15:25:03
Jornada: Normal
Oficina: 0485
Terminal: CJ0485W101
Usuario: EGZ
DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio: ESTAMPILLAS PROANCIANO 70 MUNICI
Cuenta Convenio: *****4819
Codigo Convenio: 01433788
No. Referencia 1: 9011250987
No. Referencia 2:
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$323,814.00
Costo transaccion: \$0.00
No. Transaccion: 497870
Quien realiza la transaccion
Tipo Id: NIT
Numero Id: 9011250987
Transaccion exitosa en linea
Por favor verifique que la informacion impresa es correcta.

ACTA DE INICIO

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| TIPO DE CONTRATO: | MINIMA CUANTIA | |
| CONTRATO: | No. 133 | FECHA: 16 de febrero de 2026 |
| OBJETO | "ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL EN LA EJECUCION DE ACCIONES Y ASISTENCIA, ACTUALIZACION, ASISTENCIA TECNICA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA ADOPCION DE POLITICAS SOCIAÑES EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER SE ENCUENTRA ENMARCADO EN EL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA GESTION EN LA SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER" | |
| CONTRATISTA | FUNDACION SAYAL 35 Rep. Legal Oscar David Torres Herrera | |
| CEDULA O NIT | 901.125.098-7 C.C. 1.099.371.504 de Lebrija (S/der) | |
| VALOR INICIAL: | CUARENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS DIECIESEIS MIL PESOS (47.816.000) M/CTE | |
| ANTICIPO | NO APLICA | |
| PLAZO INICIAL: | DOS (2) MESES, VEINTISEIS (26) DIAS | |
| NOMBRE INTERVENTOR | No Aplica | |
| NUMERO CONTRATO DEL INTERVENTOR | No Aplica | |
| Nit o C.C. DEL INTERVENTOR | No Aplica | |
| SUPERVISORA | MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA | |
| FECHA DE INICIACION: | 17/02/2026 | |
| FECHA DE TERMINACION: | 12/05/2026 | |
| OFICINA GESTORA: | SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL | |

En Rionegro-Santander, a los diecisiete (17) días del mes de febrero de 2026, en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Rionegro-Santander, se reunieron **MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA**, en calidad de Supervisora del presente convenio y **FUNDACION SAYAL 35 Rep. Legal Oscar David Torres Herrera**, quien comparece a nombre propio y/o como representante legal, de la parte contratista y considerando que se encuentran revisados todos los requisitos para dar inicio a la ejecución del presente contrato, se suscribe la presente acta.

CONSIDERANDO

1. APROBACION POLIZAS

No aplica, conforme al artículo 2.2.1.2.1.4.5 del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.

2. SOPORTES FINANCIEROS

| CONCEPTO | NUMERO | FECHA (DDMMAA) | RUBRO PRESUPUESTAL | FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR |
|----------|----------|----------------|---------------------------------|------------------------|------------------|
| C.D.P. | 26A00215 | 05/02/2026 | 2.3.2.02.02.19.05.009.190503505 | SGSP | \$47.816.000= |
| R.P. | 26A00326 | 16/02/2026 | 2.3.2.02.02.19.05.009.190503505 | SGSP | \$47.816.000,00= |

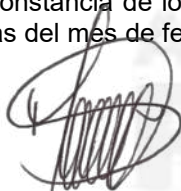
3. FORMA DE PAGO:

EL MUNICIPIO DE RIONEGRO, SANTANDER, pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante **TRES (03) PAGOS** de la siguiente manera: **DOS (02) PAGOS MENSUALIDAD VENCIDA** cada uno por un valor correspondiente a: **DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS (\$16.680.000,00) M/CTE**, y un **TERCER (03)PAGO la terminación CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS (14.456.000,00) M/CTE**, de acuerdo con los informes que presente el supervisor del contrato y una vez legalizada la obligación contraída, con el cumplimiento de los requisitos legales y administrativos necesarios para el diligenciamiento de la objeto contractual dado por el supervisor designado por el municipio, acompañado de acreditación por parte del CONTRATISTA del pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral y estampillas, de conformidad con el Artículo 23 parágrafo 1 de la Ley 1150 de 2007.

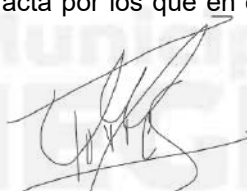
ACUERDAN:

1. Firmar la presente acta de inicio del contrato No. 133, de fecha dieciséis (16) días de febrero de 2026.
2. Fijar como fecha de inicio del contrato 133, de fecha diecisiete (17) días de febrero de 2026.
3. Fijar como fecha de terminación del contrato No. 133, el día doce (12) de mayo de 2026.


Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los diecisiete (17) días del mes de febrero de 2026.



MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA
Secretaria de Salud, Mujer y Bienestar Social
Supervisora



FUNDACION SAYAL 35
Rep. Legal Oscar David Torres Herrera
Contratista

| ACCIÓN: | NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA | FIRMA | FECHA |
|---|--------------------------------------|---|------------|
| Proyectó | MARIA JOSE GUTIERREZ MONSALVE – CPS |  | 17/02/2026 |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo que bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma. | | | |

Obligación No. 1.

Apoyar para cumplir con los lineamientos de VSP de notificación inmediata y semanal: apoyar con el cumplimiento de lo estipulado en los lineamientos de vigilancia en salud pública del INS en los diversos eventos, apoyando en la implementación, operativización y seguimiento de SIVIGILA en el municipio de Rionegro Santander y sus UPGDA

Anexo 1:

Se procede a realizar actualización del sivigila escritorio.

Notificación semanal

Semana 15: 20/04/2026

Semana 16: 27/04/2026

Semana 17:04/05/2026

Semana 18: 11/05/2026



Consultas / Reporte cumplimiento semanal

Año:
 Semana:
 Fecha Desde:
 Fecha Hasta:
 Departamentos:

Municipios:
 Unidades Informadoras: Tipo de informe:
 No incluir
 Departamento
 Municipio
 UPGD

| nom_dep | nom_mun | nom_upgd | raz_soc | res_noti | activa... | tipo_uni | cod_mun | nom_mun | cod_dep | nom_dep | ensilencio |
|---|---------------------------------------|----------|---------|---|-----------|----------|---------|----------|---------|-----------|------------|
| <input type="button" value="↑ nom_dep X"/> <input type="button" value="↑ nom_mun X"/> | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="button" value="↓ nom_dep: SANTANDER"/> | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="button" value="↓ nom_mun: RIONEGRO"/> | | | | | | | | | | | |
| 68615000000 | RIONEGRO | | | LAURA CRISTINA GELVEZ HERNANDEZ, Tel: 3024454119 | sí | UI | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | sí |
| 686150073301 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO | | | CARLOS ALBERTO BRAVO RODRIGUEZ, Tel: 3108548548 | sí | UPGD | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | NO |
| 686150073302 | CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL | | | CARLOS ALBERTO BRAVO RODRIGUEZ, Tel: 3108548548 | sí | UI | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | sí |

Consultas / Reporte cumplimiento semanal



Año: 2026 Semana: 16 Fecha Desde: 19/04/2026 Fecha Hasta: 25/04/2026 Departamentos: 68 - SANTANDER

Municipios: 68615 - RIONEGRO Unidades Informadoras: Tipo de informe: No incluir Departamento Municipio UPGD **CONSULTAR**

| nom_dep | nom_mun | nom_dep | cod_dep | nom_mun | cod_mun | tipo_uni | activa... | res_noti | raz_soc | raz_soc | ensilencio |
|---------------------------|---------------------------------------|-----------|---------|----------|---------|----------|-----------|---|---------|---------|------------|
| nom_dep: SANTANDER | | | | | | | | | | | |
| nom_mun: RIONEGRO | | | | | | | | | | | |
| 68615000000 | RIONEGRO | SANTANDER | 68 | RIONEGRO | 68615 | UI | Sí | LAURA CRISTINA GELVEZ HERNANDEZ, Tel: 3024454119 | | | Sí |
| 686150073301 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO | SANTANDER | 68 | RIONEGRO | 68615 | UPGD | Sí | CARLOS ALBERTO BRAVO RODRIGUEZ, Tel: 3105548548 | | | NO |
| 686150073302 | CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL | SANTANDER | 68 | RIONEGRO | 68615 | UI | Sí | CARLOS ALBERTO BRAVO RODRIGUEZ, Tel: 3105548548 | | | Sí |

Consultas / Reporte cumplimiento semanal



Año: Semana: Fecha Desde: Fecha Hasta: Departamentos:

Municipios:

Unidades Informadoras: Tipo de informe: No incluir Departamento Municipio UPGD

| nom_dep | nom_mun | nom_upgd | raz_soc | res_noti | activa... | tipo_uni | cod_mun | nom_mun | cod_dep | nom_dep | ensilencio |
|--------------|--------------------------------------|---|---------|----------|-----------|----------|----------|---------|-----------|---------|------------|
| 686150000000 | RIONEGRO | LAURA CRISTINA GELVEZ HERNANDEZ, Tel: 3024454119 | | Sí | UI | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | Sí | |
| 686150073301 | EMPRESA SOCIAL DE ESTADO SAN ANTONIO | CARLOS ALBERTO BRAVO RODRIGUEZ, Tel: 3106548546 | | Sí | UPGD | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | NO | |
| 686150073302 | CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL | CARLOS ALBERTO BRAVO RODRIGUEZ, Tel: 3106548546 | | Sí | UI | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | Sí | |

Consultas / Reporte cumplimiento semanal



Año: 2026 Semana: 18 Fecha Desde: 03/05/2026 Fecha Hasta: 09/05/2026 Departamentos: 68 - SANTANDER

Municipios: 68615 - RIONEGRO Unidades Informadoras: Tipo de informe: No incluir Departamento Municipio UPGD

| nom_dep | nom_mun | nom_mun | cod_dep | nom_dep | ensilancio | | |
|--------------|---------------------------------------|---|---------|----------|------------|-----------|----|
| 68615000000 | RIONEGRO | Laura Cristina Gelvez Hernandez, Tel: 3024454119 | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | SI |
| 686150073301 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO | Carlos Alberto Bravo Rodriguez, Tel: 3108548548 | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | NO |
| 686150073302 | CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL | Carlos Alberto Bravo Rodriguez, Tel: 3108548548 | 68615 | RIONEGRO | 68 | SANTANDER | SI |

Obligación No. 2.

Apoyar con Asistencia técnica: brindar asistencia técnica a integrantes del SIVIGILA municipal a través de asistencia técnica por los diferentes medios (presenciales, virtuales o telefónicos) y participar de las asistencias que se realicen por el equipo de epidemiología de la secretaria de salud departamental.

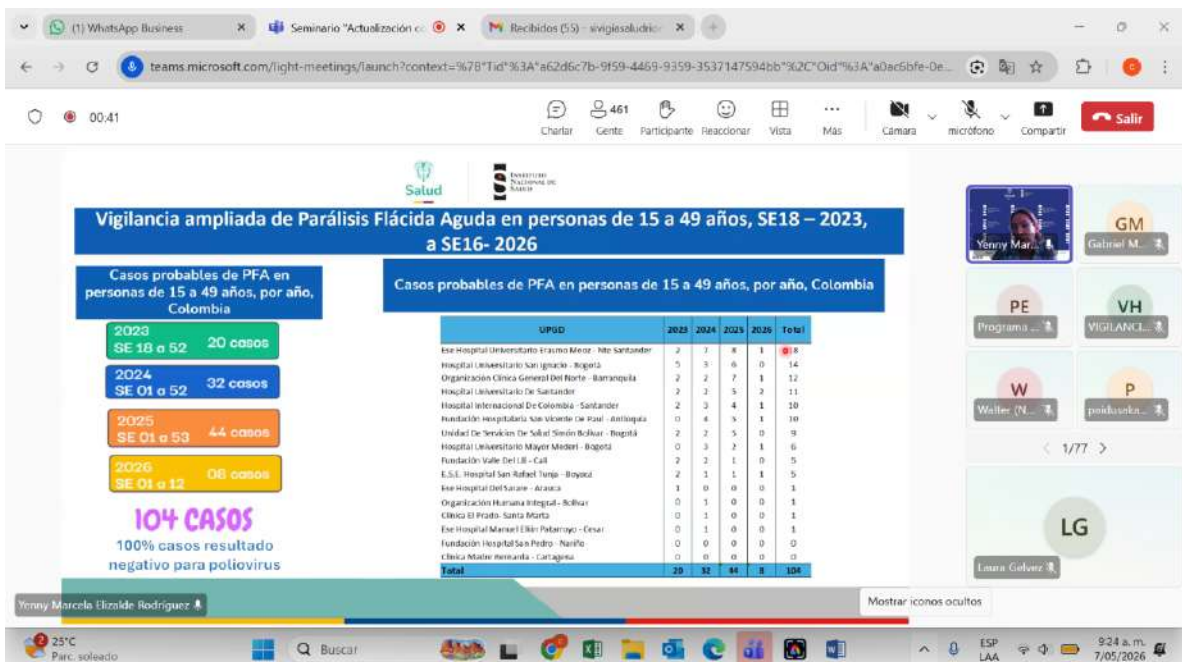
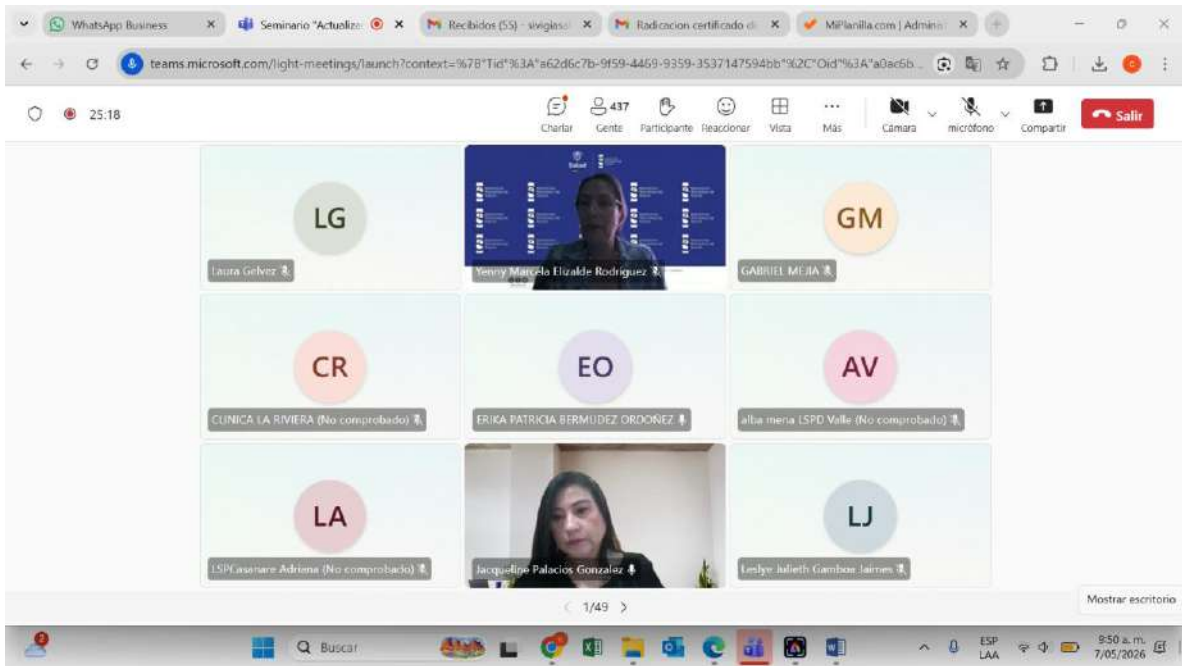
Actividad realizada

07052026 Actualización conceptos básicos de vigilancia en salud publica, laboratorio e inmunizaciones de PFA (polio)"

Anexos: 2

Acta y/o pantallazos de las asistencias

07052026 Actualización conceptos básicos de vigilancia en salud pública, laboratorio e inmunizaciones de PFA (polio)"



Obligación No. 3.

Ajustes y clasificaciones finales de casos: Realizar los ajustes correspondientes y en los tiempos estipulados de los eventos probables y sospechosos en el SIVIGILA, así mismo realizar clasificación final de caso, si el evento así lo requiere.

Anexo 3

Se procede a realizar del sistema de vigilancia en donde del periodo del 17/04/2026 al 12/05/2025 se solicitaron los ajustes solicitados.



Gmail

sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

Fwd: Ajustes EDA colectivo SE 10

secretariadesalud rionegro-santander <secretariadesalud@rionegro-santander.gov.co> 14 de abril de 2026 a las 16:54
Para: sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

Buen dia,

Envío para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,



MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA
Secretaria de Salud, Mujer y Bienestar Social.
Tel: 316-7647353
secretariadesalud@Rionegro-Santander.gov.co

----- Forwarded message -----

De: **Factores de Riesgo del Ambiente - Secretaría de Salud** <fra@santander.gov.co>
Date: mar, 14 abr 2026 a las 16:18
Subject: Ajustes EDA colectivo SE 10
To: secretariadesalud@rionegro-santander.gov.co <secretariadesalud@rionegro-santander.gov.co>

Buenas tardes

Señores
Municipio de Rionegro
Santander

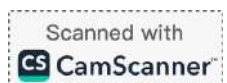
Asunto: Notificación Semana epidemióloga 10

De acuerdo a la revisión de base de datos se evidencia silencio en la semana 10 por parte del municipio, se sugiere revisar si hay casos relacionados, de no ser así se puede y deben notificar en negativo

| nmun_notif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| RIONEGRO | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 |

Agradecemos la gestión del municipio

Atentamente





Gmail

sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

Fwd: Ajustes requeridos – Caso evento 300 (Agresión por animal)

secretariadesalud rionegro-santander <secretariadesalud@rionegro-santander.gov.co>

23 de abril de 2026 a las 8:27

Para: sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

Buen día,

Envío para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,



MONICA MARCELA PEREZ ESPARZA
Secretaria de Salud, Mujer y Bienestar Social.
Tel: 316-7647353
secretariadesalud@Rionegro-Santander.gov.co

----- Forwarded message -----

De: **Salud Publica** <saludpublica@isabu.gov.co>

Date: jue, 23 abr 2026 a las 8:22

Subject: Ajustes requeridos – Caso evento 300 (Agresión por animal)

To: EPIDEMIOLOGIA ESESAR <epidemiologia@esesanantonio.com>, secretariadesalud@rionegro-santander.gov.co <secretariadesalud@rionegro-santander.gov.co>

Cc: Centro de salud Campo Hermoso <cscampoh.isabu@gmail.com>, transmisibles <transmisibles@isabu.gov.co>

Cordial saludo,

Se informa que se recibió el caso **No. 1042347431**, correspondiente al **evento 300 – Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia**, atendido por el servicio de urgencias del **Hospital de Rionegro**, con historia clínica y órdenes de tratamiento adjuntas.

Al realizar la verificación del caso, alineando la información con el **algoritmo de clasificación y la guía de atención vigente**, se identifican las siguientes observaciones:

- En la historia clínica se registra que el **canino es observable**, por lo cual **no se debe ordenar la administración de suero antirrábico ni inicio de vacunación**, sino el **seguimiento del animal durante 10 días**, verificando que no presente signos de alarma (cambios de comportamiento, agresividad, babaza, fotofobia o inapetencia).
- En caso de requerirse vacunación, el esquema indicado corresponde a **4 dosis (días 0, 3, 7 y 14)**.
- Para pacientes con **condiciones de riesgo** (diabetes, inmunosupresión, hipotiroidismo, entre otros), el esquema se ajusta a **5 dosis (días 0, 3, 7, 14 y entre día 21–28 se aplica la 5 dosis)**.
- Se menciona la realización de la **ficha epidemiológica**, sin embargo, **no se evidencia soporte de la misma ni notificación en SIVIGILA** a la fecha.

Por lo anterior, se solicita:

1. **Ajuste de la historia clínica** conforme a los lineamientos técnicos.
2. Remitir la **ficha epidemiológica diligenciada**.
3. Realizar la **notificación en SIVIGILA** de manera oportuna, si aplica.
4. Llamar al paciente desde la ESE de Rionegro orientar y educar al paciente frente al evento

Agradezco su gestión para la **subsanción de las inconsistencias** y el envío de los soportes correspondientes.



Margy Johanna Rios Suarez
Profesional Especializado Área de Salud Publica

☎ 313 2619622
📍 Carrera 9 calle 12 Norte, Bucaramanga, Santander
☎ (607) 698 5833
✉ saludpublica@isabu.gov.co



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.net

CONOCE LA RED DE CENTROS DE SALUD ISABU EN TU BARRIO

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad exclusiva del Instituto de Salud de Bucaramanga - ESE ISABU, su información es únicamente para el uso del destinatario, y puede contener información confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario de este correo, se le notifica que cualquier distribución o reproducción del mismo, o de cualquiera de sus anexos, está estrictamente prohibida. Si usted ha recibido este mensaje por error, por favor notifíquenos inmediatamente y elimine su texto original, incluidos los anexos, o destruya cualquier reproducción del mismo, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está estrictamente prohibido; de igual manera es ilegal cualquier revisión uso y acción que se tome respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma, aplicamos la Ley Estatutaria 1581 de 2012, que protege el derecho de acceso a la información pública.



Libre de virus. www.avast.com

 **accidente rabico (1).pdf**
1603K

Obligación No. 5

Apoyar para realizar los comités de vigilancia en salud: apoyar en la realización ordinaria o extraordinaria de los comités de vigilancia en salud COVE, COVECOM, ESTADISTICA VITALES, ETV y PAI, en concordancias con los actos administrativos que adopten cada comité.

Actividad realizada

Se realiza convocatoria y ejecución de comités de COVE, ESTIADTIACAS VITALES, ETV, Y PAI del mes de Abril

Se anexa pantallazo de convocatoria se anexa, acta y asistencia.

Anexo: 4

Acta y registro de asistencia



ACTA COMITÉ VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

ACTA COMITÉ VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Acta. No. 04

| | |
|---------------------|---|
| RESPONSABLE: | Laura Cristina Gelvez Hernández |
| DEPENDENCIA: | Secretaria de salud, mujer y bienestar social |
| LUGAR: | Sala de Juntas administración municipal |
| HORA Y FECHA | HORA: 02:30 pm, 24 de Abril del 2026 |

ORDEN DE LA REUNIÓN

| | |
|-----------|--|
| 01 | Saludo de presentación y bienvenida |
| 02 | Eventos de interés en salud publica |
| 03 | Revisión indicadores 0256 del I trimestre del 2026 |
| 04 | Auxilios psicológicos |
| 05 | Proposiciones y varios |
| 06 | Cierre de la reunión |

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo el 24 de Abril del 2026 a las 02:30 pm, se al comité de vigilancia epidemiológica del mes de Abril.

Toma palabra la secretaria de salud, mujer y bienestar social Mónica Marcela Pérez Esparza, quien brinda un saludo de bienvenida, y recalca la importancia de asistir a estos comités, y sede la palabra a la profesional de Laura cristina gelvez Hernández, quien procede a dar a conocer el orden del día, e informando con los eventos de salud pública reportados y retroalimentados a través del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA.

Siendo orden del día se produce a invitar al profesional de calidad Javier Correa de la ESE San Antonio para que de a conocer los indicadores de la resolución 0256 del primer trimestre de la vigencia actual

Indicadores del dominio de seguridad:

| No. INDICADOR | NOMBRE DEL INDICADOR | ANALISIS DEL INDICADOR |
|---------------|--|--|
| P.1.1 | Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación | Este indicador en el primer trimestre fue 66.7 %, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025, se sugiere revisar la captación de las gestantes de manera oportuna formulando estrategias que generen impacto, debido a que ha sido un indicador que no mejora. Se indagan causales de las gestantes que ingresan tardíamente, en donde informan que la mayoría de ellas son migrantes. |



ACTA COMITÉ DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PÚBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|--------|---|---|
| P.1.2. | Proporción de gestantes con valoración por odontología | <p>En este indicador se obtiene un 93.3, teniendo el mismo porcentaje del primer trimestre del año 2025, sin embargo es un indicador que aún le falta aumentar, debido a que la aplicabilidad de la ruta materno perinatal debe ser integral.</p> <p>Líder calidad informa que las gestantes son direccionadas de manera inmediata a valoración por odontología cuando iniciar CPN, pero que algunas gestantes no desean ser valoradas, se indaga firma disenso, odontóloga informa que no se realizan.</p> |
| P.1.4 | Tasa de mortalidad perinatal | <p>En este trimestre la ESE atiende un parto, no teniendo mortalidad perinatales o neonatales tardías.</p> <p>Se sugiere continuar con la aplicabilidad de la ruta y así mitigar la presencia de estos eventos y tener atenciones a partos.</p> |
| P.1.5 | Relación morbilidad materna extrema /muerte materna temprana (MME/MM) | <p>No se reportan casos de morbilidad ni mortalidad materna en el primer trimestre, se sugiere continuar con la aplicabilidad de la ruta para mantener indicador en cero en la vigencia siguiente.</p> <p>Sin embargo, desde vigilancia en salud pública realizan retroalimentación de casos por residencia, los cuales han tenido atención de controles prenatales en la ESE, en donde se solicita el seguimiento en los tiempos establecidos y realizar a la entidad territorial.</p> |
| P.1.6 | Proporción de recién nacido con tamizaje para hipotiroidismo | <p>Registan un parto atendido en el trimestre.</p> |
| P.1.7 | Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratorio aguda (IRA) en menores de cinco años. | <p>En este trimestre no se tiene reingresos hospitalarios por infección respiratorio aguda (IRA) en menores de cinco años, se sugiere continuar con el seguimiento de estos eventos y realizar la aplicabilidad de la guía clínica para así evitar reingreso por esta casusa, y continuar con el indicador en cero.</p> |
| P.1.8 | Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años. | <p>No se tiene letalidad por infección respiratorio aguda en menores de cinco años, igual que los trimestres anteriores.</p> |



ACTACOMITE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|----------------|---|---|
| P.1.9. | Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) | No se tiene letalidad por enfermedad diarreica aguda EDA en menores de cinco años. |
| P 1.10 | Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) | En este indicador se obtiene un 83.3% , siendo bajo, para este indicador, se solicita plan de mejora, debido a que a todas las gestantes se les debe garantizar la asesoría y toma de VIH, y según los datos socializados no fue realizado en su totalidad. |
| P 1.11 | Proporción de niños u niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) | No se cuenta con niños o niñas menores de 18 meses hijos de madres viviendo con VIH. Importante continuar con la aplicabilidad de la ruta, así detectar la enfermedad y con ello la transmisión vertical. |
| P.1.12 | Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto. | En el primer trimestre del 2026, líder de calidad informa que se atendió un parto, sin embargo, en el tablero de indicadores registran que no aplica la toma de serología en el parto, se sugiere revisar información antes de ser socializada. |
| P.1.14. | Proporción de personas con hipertensión arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un período determinado. (1 vez al año) | En este trimestre se obtiene un 64%, siendo el mismo porcentaje del primer trimestre del año 2025, se sugiere realizar formulación de estrategias para así poder aumentar la proporción de medición de LDL en personas con hipertensión. Se indaga como se está realizando demanda de los pacientes hipertensos, informan que están captando los usuarios que van llegando a la ESE y se está haciendo demanda inducida por medio de bases de datos suministrada por parte de la EAPB,, se solicita enviar esos soportes a la entidad territorial. |
| P 1.15 | Proporción de personas con diabetes a quienes se les realizo toma de hemoglobina glicosada en el último semestre. | Hemoglobina glucosada no se realiza el análisis de este laboratorio, sin embargo, es importante realizar seguimiento a este laboratorio en la aplicabilidad de la ruta. |
| P.1.16 | Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL (año con seguimiento) | En el primer trimestre se obtiene un 56%, siendo el mismo porcentaje al primer trimestre del año 2025, se sugiere realizar formulación de estrategias para así |



ACTACOMITE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Código 110
Versión 02
Fecha 31/01/2024

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|----------------|---|---|
| | | <p>poder aumentar la proporción de medición de LDL en personas con diabetes mellitus.</p> <p>Se indaga como se está realizando demanda de los pacientes diabetes mellitus, informan que están captando los usuarios que van llegando a la ESE y se está haciendo demanda inducida por medio de bases de datos suministrada por parte de la EAPB, se solicita enviar esos soportes a la entidad territorial.</p> |
| P.1.17. | Proporción de personas con hipertensión arterial (HTA), estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC) | <p>En este trimestre se tiene una proporción del 85%, siendo la misma del primer trimestre del año 2025.</p> <p>Lider informa que se cuenta con medico líder del programa, el cual esta realizando aplicabilidad de la ruta, se sugiere continuar con estrategias.</p> |
| P.1.18. | Proporción de personas con diabetes mellitus, estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC) | <p>En este trimestre se tiene una proporción del 69 %, siendo el mismo porcentaje del primer trimestre del año 2025, siendo necesario formación de estrategias en donde se garantice estudiar a las personas con diagnóstico de diabetes mellitus sean estudiadas para enfermedad renal crónica, y así disminuir que estos terminen con enfermedades de alto costo.</p> |
| P.1.21. | Proporción de mujeres entre los 50 -69 años que cuentan con mamografía en los últimos 2 años (seguimiento y trazabilidad) | <p>Teniendo en cuenta que en la institución no se realizan las respectivas mamográficas, se sugiere solicitar un reporte a las EPS de mamografías efectivas según la prescripción realizada en la IPS.</p> <p>Dicha indicación ya se había solicitado, sin embargo, no evidencia número de ordenamiento de mamografías, ni el seguimiento a la mismas respecto a la toma.</p> |
| P.1.23. | Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año (hacer llamadas y seguimiento) reportar las negaciones a la EPS | <p>Este indicador arroja un porcentaje de 48 % siendo el mismo porcentaje del primer trimestre del año 2025, es bajo, se solicita nuevamente plan de mejora en donde se evidencie estrategias para mejorar dicho indicador. Además según profesional líder de PYM (Julieth Katherine Sánchez Duran)la meta de este indicador son 1200 citologías para el año, de las cuales se han tomado 77 en el primer trimestre. Dicha información no coincide con la registrada en el tablero de indicadores.</p> |



ACTA COMITÉ DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PÚBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|-------|--|---|
| | | Se sugiere nuevamente al líder de calidad, realizar revisión de datos y análisis de los mismos con líderes de procesos, antes de la revisión ante la entidad territorial. |
| P 2.6 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización | <p>En este indicador no se tiene pacientes caídos en el servicio de hospitalización, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> |
| P 2.7 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias | <p>En este indicador no se tiene pacientes caídos en el servicio de urgencias teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> |
| P 2.8 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa | <p>En este indicador no se tiene pacientes caídos en el servicio de consulta externa, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> |
| P 2.9 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica | <p>En este indicador no se tiene pacientes caídos en el servicio de diagnóstico y complementación terapéutica, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad</p> |



ACTACOMITE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|----------------|--|---|
| | | tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir. |
| P 2.10 | Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización | En este indicador no se tienen eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025. Se sugiere continuar con la aplicabilidad del protocolo seguridad del paciente para mantener este indicador. |
| P 2.11 | Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. | En este indicador no se tienen eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025. Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir. Se sugiere continuar con la aplicabilidad del protocolo seguridad del paciente para mantener este indicador. |
| P 2.12 | Tasa de úlceras por presión | En este indicador no se reportan úlceras por presión, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025. Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir. Se sugiere continuar con la aplicabilidad del protocolo seguridad del paciente para mantener este indicador. |
| P.2.13. | Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. | En este trimestre se tienen reingresos de dos usuarios por el servicio de urgencias en menos de 72 horas, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, se solicita revisar casuales, manejo; |



ACTACOMITE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|----------------|---|--|
| P. 2.14 | Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menores de 15 días. | <p>además realizar inducción y reinducción al talento humano.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> <p>En este trimestre no se tiene reingresos por el servicio de hospitalización en menos de 72 horas, se sugiere continuar con el seguimiento y aplicabilidad de guías clínicas para así evitar reingreso, y continuar con el indicador en cero.</p> |
| P 3.1 | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general. | <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> <p>El tiempo promedio de espera para la asignación de citas en este trimestre está a un día, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, teniendo adecuada oportunidad en la asignación.</p> |
| P 3.2 | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general. | <p>El tiempo promedio de espera para la asignación de citas en este trimestre está a un día, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, teniendo adecuada oportunidad en la asignación.</p> |
| P. 3.10 | Tiempo promedio de espera para la atención del pacientes clasificado como triage II (30 minutos) | <p>En este trimestre se tiene tiempo promedio de espera de diecisiete minutos para su atención, siendo un tiempo oportuno.</p> |
| P. 3.14 | Proporción de satisfacción global de usuarios de la IPS | <p>La proporción de satisfacción global para este trimestre es del 68%, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, se solicita revisar causales y formular plan de mejoramiento.</p> |
| P. 3.15 | Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo. | <p>La proporción de recomendar a un familiar la IPS para este trimestre es del 67%, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, se</p> |



ACTACOMITE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

solicita revisar causales y formular plan de mejoramiento. .

Se continua con el orden del dia, dando la palabra a la professional en psicologia Tatiana Prada en donde llevó a cabo una jornada de capacitación dirigida a los integrantes del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), con el propósito de fortalecer sus conocimientos y habilidades en la atención inicial de personas que atraviesan situaciones de crisis emocional, mediante la implementación de los Primeros Auxilios Psicológicos.

Durante el desarrollo de la actividad se abordaron conceptos fundamentales relacionados con la salud mental y la importancia de brindar una respuesta oportuna ante eventos que puedan afectar el bienestar emocional de las personas. Se explicó el enfoque de los Primeros Auxilios Psicológicos como una estrategia de intervención inmediata que busca estabilizar emocionalmente a la persona, disminuir el impacto del evento y facilitar su conexión con redes de apoyo y servicios institucionales.

Asimismo, se profundizó en los principios básicos de actuación, haciendo énfasis en la escucha activa, el acompañamiento respetuoso, la protección de la persona y la adecuada orientación hacia los servicios de atención en salud. Se orientó a los participantes en la identificación de signos de alarma que pueden evidenciar situaciones de riesgo, tales como conductas asociadas a crisis emocionales, posibles ideaciones suicidas, manifestaciones de violencia o consumo de sustancias psicoactivas. La metodología utilizada fue participativa, permitiendo la interacción constante con los asistentes, quienes compartieron experiencias y plantearon inquietudes relacionadas con situaciones reales en sus entornos laborales. Esto facilitó la comprensión práctica de los contenidos y fortaleció la apropiación de las herramientas brindadas durante la capacitación.

Se realizó una explicación teórica acompañada de ejemplos prácticos, promoviendo la participación activa de los asistentes.

(7) Fin de la reunión. Siendo 04: 30 .pm.

Siendo las cuatro de la tarde, se deja constancia que causa curiosidad que algunos indicadores tienen el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, por lo cual se sugieren revisar información, se da por terminado la reunión y se dejan compromisos.

COMPROMISOS

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|--|-----------------|------------|
| Realizar mesa de trabajo con líderes de procesos antes de la revisión con entidad territorial | ESE San Antonio | Trimestral |
| Realizar verificación de los datos registrados en el tablero de indicadores antes de la revisión con la entidad territorial. | ESE San Antonio | Trimestral |



**ACTACOMITE VIGILANCIA EN
SALUD PUBLICA**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| Formular planes de mejora a indicadores críticos. | Lider calidad ESE San Antonio | 30 de Abril 2026 |
| Documentar actividades formuladas en plan de mejora y enviar a entidad territorial. | Lider de calidad ESE San Antonio | Trimestral |
| Enviar pantallazo de reporte de 256 – 1552 por parte de la ESE al ente territorial para el respectivo seguimiento. | ESE San Antonio | Cuando se cargue información. |
| Enviar el tablero de indicadores de 256 en los primeros 10 días finalizados el trimestre al ente territorial. | ESE San Antonio | Trimestral |
| Continuar con el reporte de eventos de interés en salud pública de manera semanal e inmediata, de acuerdo al caso. | ESE San Antonio | Continuo |

Laura Cristina Gelvez Hernandez
LAURA CRISTINA GELVEZ HDEZ
Profesional apoyo Secretaria de Salud, M y BS
Rionegro Santander

Se adjunta registro fotográfico y listado de asistencia

Alcaldía Municipal de Rionegro



ACTA COMITÉ DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PÚBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A



REDMI NOTE 13



REDMI NOTE 13



ACTA COMITE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A





ACTA COMITÉ DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Código: 110
 Versión: 02
 Fecha: 31/01/2024

PROCESO: SALUD PÚBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | |
|---|--|
| INSTRUCCIONES Acta de Reuniones | |
| Código | |
| Versión | |
| Fecha | |
| PROCEDIMIENTO: N.A | |

RELACION DE PERSONAS QUE ASISTEN A LA REUNION
 (Este listado hace parte integral del acta de reunión)

| | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| TEMA A TRATAR O ACTIVIDAD A REALIZAR | Hoja No. 1 de 2 |
| 1. Socialización Indicadores ESE | 24 Abril 2026 |
| 2. Tercer inters Salud Pública 2026 | Sob Juntas Administración |
| 3. Asesorías Psicológicas | 2:30 pm |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | | | | | | TIPO DE VINCULACIÓN | ENTIDAD/ÁREA/OTRO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO DE CONTACTO | FIRMA |
|---------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|----------|-----------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------|-------|
| | DIRECTIVO | ASESOR | PROFESION | TÉCNICO/TECNOLOG | AUXILIAR | LIBRE NOMBRAMEN | | | | | |
| Beatriz Tenaglia Acuña | | | | | | | ESE San Antonio | beatriztenaglia@sanantonio.gov.co | 318 6319887 | <i>[Firma]</i> | |
| Laura Hermigua M | | | | | | | ESE San Antonio | laura.hermigua@sanantonio.gov.co | 318 31425766 | <i>[Firma]</i> | |
| Yuliet Sanchez Duran | | | | | | | ESE San Antonio | Yuliet.Sanchez@sanantonio.gov.co | 318 3558686 | <i>[Firma]</i> | |
| Carlos Alberto Bravo Lyon | X | | | | | | ESE San Antonio | carlosbravo@sanantonio.gov.co | 318 3558686 | <i>[Firma]</i> | |
| Mindy Eledi P. | | | | X | | | E.S.E. San Antonio | mindyeledi@sanantonio.gov.co | 318 3558686 | <i>[Firma]</i> | |
| Luz Melva Lopez Martinez | | | X | | | | E.S.E. San Antonio | luzmelvalopez@sanantonio.gov.co | 711 7251211 | <i>[Firma]</i> | |
| Nancy Boscana Gonzalez | | | X | | | | EPS Coosuel | nancyboscana@coosuel.gov.co | 5707517284 | <i>[Firma]</i> | |
| Caruvelo Gonzalez | | | X | | | | Coosuel | caruvelo@coosuel.gov.co | 323226502 | <i>[Firma]</i> | |
| Carolina Ho Sanchez M | | | | | X | | Bosqueron | carolinaho@bosqueron.gov.co | 3162982274 | <i>[Firma]</i> | |
| Patiana Andrea Procha | | X | | | | | ESMBS | patiana@esmbs.gov.co | 343061754 | <i>[Firma]</i> | |
| | | X | | | | | S. Salud | procha@salud.gov.co | 3162982274 | <i>[Firma]</i> | |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal Maria Ramos - Rionegro(Santander)

www.rionegro-santander.gov.co
 alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notifica.ciudadania@rionegro-santander.gov.co
 Contacto: 315 6295344

Modelo integrado de planeación y gestión





ACTA COMITÉ DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Código: 110
 Versión: 02
 Fecha: 31/01/2024

PROCESO: SALUD PÚBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|---|--|---------|
| Alcaldía Municipal de RIONEGRO Santander | | Código |
| INSTRUCCIONES Acta de Reuniones | | Versión |
| PROCEDIMIENTO: N.A | | Fecha |

RELACION DE PERSONAS QUE ASISTEN A LA REUNIÓN
 (Este listado hace parte integral del acta de reunión)

| | | | |
|---|---------------|----------------|---------|
| TEMA A TRATAR O ACTIVIDAD A REALIZAR | FECHA | LUGAR | HORA |
| 1. Socialización Indicadores ZSC | 24 Abril 2026 | Sala de Juntas | 2:30 PM |
| 2. Eventos Interiores en Salud Pública 2026 | | | |
| 3. Avances Psicológicos | | | |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | | | | TIPO DE VINCULACIÓN | | | | ENTIDAD/ÁREA/OTRO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO DE CONTACTO | FIRMA |
|--------------------------|-----------|--------|-----------|-----------|---------------------|--------------------|---------|-----------|-------------------|-----------------------------|----------------------|----------------|
| | DIRECTIVO | ASESOR | PROFESION | TECNÓLOGO | AUXILIAR | LIBRE NOMBRAMIENTO | CARRERA | PROFESION | | | | |
| Javier Correa | | X | | | | | | | X | Calidad | 3162016708 | Javier Correa |
| Jorge Andrés Becerra | | X | | | | | | | X | Sistemas | 316518009 | Jorge Becerra |
| Yennifer F. Rojas Cedeño | | | X | | | | | | | SALUD | 3103611971 | Yennifer Rojas |
| MIME LOPEZ | | | | | | | | | X | S.Total | 323534968 | MIME LOPEZ |
| Nydia Perez P | | | | | | | | | X | Comisaria | 3116296719 | Nydia Perez |
| Johan Cote R. | | X | | | | | | | X | Sec. Salud | 315420202 | Johan Cote |
| Blanca Perez | | | | | | | | | X | S. Salud | 3176116614 | Blanca Perez |
| Roxario Orta Arbo | | | X | | | | | | X | SECRETARIA DE PLANIFICACION | 3118155549 | Roxario Orta |
| Laura Cristina Gomez | | | | | | | | | X | Sec Salud | 312854114 | Laura Gomez |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)
 www.rionegro-santander.gov.co
 alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co
 Contacto: 315 6295344



mipg

Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Obligación No. 6

Apoyo unidad de análisis: convocar y/o acompañar la realización de las unidades de análisis según competencias, teniendo en cuenta los plazos máximos y según lineamientos

Anexo: 5

Se procede a revisar base de datos de los eventos reportados en sistema de vigilancia en donde dentro del periodo del 17/04/2026 al 12/05/2026 se realiza envío de unidad de análisis de un caso de mortalidad perinatal retroalimentado



Gmail

sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

Unidad de análisis MORTALIDAD PERINATAL L.D.C.B.

sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

28 de abril de 2026 a las
21:47

Para: maternidadseguraepidemiologia@santander.gov.co

Buen Dia

Realizo envio de unidad de análisis del evento retroalimentado de mortalidad perinatal y neonatal tardío de la usuaria LUZ DARY CORREA BERMUDEZ. CC: 1005461984

Acta unidad de análisis
Entrevista
Historias clínicas atenciones

Sin otro en particular , atenta a sus comentarios

--

Laura Cristina Gelvez Hernández
Profesional de apoyo secretaria de salud, M y BS
Rionegro Santander



Soportes Unidad Analisis L.D.C.B..zip

13756K

Obligación No. 7

Búsquedas Activas Institucionales BAI y Búsquedas Activas Comunitarias BAC: Ayudar en la realización de actividades de búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública y BAC de los eventos prevenibles según lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública.

Actividad realizada

Se realiza acompañamiento búsqueda activas instituciones de la UPGD existentes en el municipio, en donde se realiza búsqueda en transmisibles, salud bucal y sarampión rubeola del periodo de Marzo 2026.

Anexo: 6

Pantallazo correo electrónico enviado con BAC



Gmail

sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

RIPS Y BAI MARZO 2026 RIONEGRO SANTANDER

sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

23 de abril de 2026 a las
15:36

Para: BAIRIPS SANTANDER <bairipssantander@gmail.com>

Buen Dia

De manera atenta y respetuosa me permito enviar RIPS y BAI correspondiente al mes de MARZO 2026 del municipio de Rionegro Santander.

Sin otro en participar

--

Laura Cristina Gelvez Hernández
Profesional de apoyo secretaria de salud, M y BS
Rionegro Santander

2 adjuntos

 **BAI MARZO 2026.xlsm**
2417K

 **RIPS MARZO.zip**
420K

Obligación No. 8

Apoyar en el seguimiento y socialización de los indicadores de la resolución 256 de 2016

Actividad realizada

La evaluación y seguimiento de estos indicadores se realiza trimestralmente, del periodo 17/04/2026 al 12/05/2026 se realiza revisión de los indicadores del primer trimestre del año 2026.

ANEXO: 7



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

ACTA REVISION INDICADORES 0256 Acta. No. 01

| | |
|---------------------|---|
| RESPONSABLE: | Laura Cristina Gelvez Hernandez |
| DEPENDENCIA: | Secretaria de salud, mujer y bienestar social |
| LUGAR: | Sala de Juntas administración municipal |
| HORA Y FECHA | HORA: 02:30 pm, 24 de Abril del 2026 |

ORDEN DE LA REUNIÓN

| | |
|-----------|--|
| 01 | Saludo de presentación y bienvenida |
| 02 | Revisión indicadores 0256 del I trimestre del 2026 |
| 03 | Proposiciones y varios |
| 04 | Cierre de la reunión |

DESARROLLO DE LA REUNION

Siendo el 24 de Abril del 2026 a las 02:30 pm, se da inicio a la revisión y análisis de los indicadores de la resolución 0256 del I trimestre 2026, a los participan las siguientes personas.

| Asistentes | Cargos |
|---------------------------------|---|
| Laura Cristina Gelvez Hernandez | Professional de apoyo secretaria de salud, mujer y bienestar social |
| Yennifer Katherine Rojas Rodas | Profesional apoyo PAMEC Secretaria de salud, mujer y bienestar social |
| Nelson Javier Correa | Lider calidad ESE San Antonio |
| Diego Becerra | Lider TICS ESE San Antonio |
| Invitados | Funcionarios secretaria de salud, mujer y bienestar social y de la ESE San Antonio. |

Indicadores del dominio de seguridad:

| No. INDICADOR | NOMBRE DEL INDICADOR | ANALISIS DEL INDICADOR |
|----------------------|--|--|
| P.1.1 | Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación | Este indicador en el primer trimestre fue 66.7 %, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025, se sugiere revisar la captación de las gestantes de manera oportuna formulando estrategias que generen impacto, debido a que ha sido un indicador que no mejora. Se indagan causales de las gestantes que ingresan tardíamente, en donde informan que la mayoría de ellas son migrantes. |
| P.1.2. | | |



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|---------------|---|---|
| | Proporción de gestantes con valoración por odontología | <p>En este indicador se obtiene un 93.3, teniendo el mismo porcentaje del primer trimestre del año 2025, sin embargo es un indicador que aún le falta aumentar, debido a que la aplicabilidad de la ruta materno perinatal debe ser integral.</p> <p>Líder calidad informa que las gestantes son direccionadas de manera inmediata a valoración por odontología cuando iniciar CPN, pero que algunas gestantes no desean ser valoradas, se indaga firma disenso, odontóloga informa que no se realizan.</p> |
| P. 1.4 | Tasa de mortalidad perinatal | <p>En este trimestre la ESE atiende un parto, no teniendo mortalidad perinatales o neonatales tardías.</p> <p>Se sugiere continuar con la aplicabilidad de la ruta y así mitigar la presencia de estos eventos y tener atenciones a partos.</p> |
| P.1.5 | Relación morbilidad materna extrema /muerte materna temprana (MME/MM) | <p>No se reportan casos de morbilidad ni mortalidad materna en el primer trimestre, se sugiere continuar con la aplicabilidad de la ruta para mantener indicador en cero en la vigencia siguiente.</p> <p>Sin embargo, desde vigilancia en salud pública realizan retroalimentación de casos por residencia, los cuales han tenido atención de controles prenatales en la ESE, en donde se solicita el seguimiento en los tiempos establecidos y realizar a la entidad territorial.</p> |
| P 1.6 | Proporción de recién nacido con tamizaje para hipotiroidismo | <p>Registan un parto atendido en el trimestre.</p> |
| P 1.7 | Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratorio aguda (IRA) en menores de cinco años. | <p>En este trimestre no se tiene reingresos hospitalarios por infección respiratorio aguda (IRA) en menores de cinco años, se sugiere continuar con el seguimiento de estos eventos y realizar la aplicabilidad de la guía clínica para así evitar reingreso por esta casusa, y continuar con el indicador en cero.</p> |
| P 1.8 | Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años. | <p>No se tiene letalidad por infección respiratorio aguda en menores de cinco años, igual que los trimestres anteriores.</p> |



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|----------------|---|---|
| P.1.9. | Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) | No se tiene letalidad por enfermedad diarreica aguda EDA en menores de cinco años. |
| P 1.10 | Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) | En este indicador se obtiene un 83.3% , siendo bajo, para este indicador, se solicita plan de mejora, debido a que a todas las gestantes se les debe garantizar la asesoría y toma de VIH, y según los datos socializados no fue realizado en su totalidad. |
| P 1.11 | Proporción de niños u niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) | No se cuenta con niños o niñas menores de 18 meses hijos de madres viviendo con VIH. Importante continuar con la aplicabilidad de la ruta, así detectar la enfermedad y con ello la transmisión vertical. |
| P.1.12 | Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto. | En el primer trimestre del 2026, líder de calidad informa que se atendió un parto, sin embargo, en el tablero de indicadores registran que no aplica la toma de serología en el parto, se sugiere revisar información antes de ser socializada. |
| P.1.14. | Proporción de personas con hipertensión arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un período determinado. (1 vez al año) | En este trimestre se obtiene un 64%, siendo el mismo porcentaje del primer trimestre del año 2025, se sugiere realizar formulación de estrategias para así poder aumentar la proporción de medición de LDL en personas con hipertensión. Se indaga como se está realizando demanda de los pacientes hipertensos, informan que están captando los usuarios que van llegando a la ESE y se está haciendo demanda inducida por medio de bases de datos suministrada por parte de la EAPB,, se solicita enviar esos soportes a la entidad territorial. |
| P 1.15 | Proporción de personas con diabetes a quienes se les realizo toma de hemoglobina glicosada en el último semestre. | Hemoglobina glucosada no se realiza el análisis de este laboratorio, sin embargo, es importante realizar seguimiento a este laboratorio en la aplicabilidad de la ruta. |
| P.1.16 | Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL (año con seguimiento) | En el primer trimestre se obtiene un 56%, siendo el mismo porcentaje al primer trimestre del año 2025, se sugiere realizar formulación de estrategias para así |



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|----------------|---|--|
| | | <p>poder aumentar la proporción de medición de LDL en personas con diabetes mellitus.</p> <p>Se indaga como se está realizando demanda de los pacientes diabetes mellitus, informan que están captando los usuarios que van llegando a la ESE y se está haciendo demanda inducida por medio de bases de datos suministrada por parte de la EAPB, se solicita enviar esos soportes a la entidad territorial.</p> |
| P.1.17. | Proporción de personas con hipertensión arterial (HTA), estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC) | <p>En este trimestre se tiene una proporción del 85%, siendo la misma del primer trimestre del año 2025.</p> <p>Lider informa que se cuenta con medico líder del programa, el cual esta realizando aplicabilidad de la ruta, se sugiere continuar con estrategias.</p> |
| P.1.18. | Proporción de personas con diabetes mellitus, estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC) | <p>En este trimestre se tiene una proporción del 69 %, siendo el mismo porcentaje del primer trimestre del año 2025, siendo necesario formación de estrategias en donde se garantice estudiar a las personas con diagnóstico de diabetes mellitus sean estudiadas para enfermedad renal crónica, y así disminuir que estos terminen con enfermedades de alto costo.</p> |
| P.1.21. | Proporción de mujeres entre los 50 -69 años que cuentan con mamografía en los últimos 2 años (seguimiento y trazabilidad) | <p>Teniendo en cuenta que en la institución no se realizan las respectivas mamográficas, se sugiere solicitar un reporte a las EPS de mamografías efectivas según la prescripción realizada en la IPS.</p> <p>Dicha indicación ya se había solicitado, sin embargo, no evidencia número de ordenamiento de mamografías, ni el seguimiento a la mismas respecto a la toma.</p> |
| P.1.23. | Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año (hacer llamadas y seguimiento) reportar las negaciones a la EPS | <p>Este indicador arroja un porcentaje de 48 % siendo el mismo porcentaje del primer trimestre del año 2025, es bajo, se solicita nuevamente plan de mejora en donde se evidencie estrategias para mejorar dicho indicador. Además según profesional líder de PYM (Julieth Katherine Sánchez Duran) la meta de este indicador son 1200 citologías para el año, de las cuales se han tomado 77 en el primer trimestre. Dicha información no coincide con la registrada en el tablero de indicadores.</p> |



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|--------------|--|---|
| | | Se sugiere nuevamente al líder de calidad, realizar revisión de datos y análisis de los mismos con líderes de procesos, antes de la revisión ante la entidad territorial. |
| P 2.6 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización | <p>En este indicador no se tiene pacientes caídos en el servicio de hospitalización, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> |
| P 2.7 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias | <p>En este indicador no se tiene pacientes caídos en el servicio de urgencias teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> |
| P 2.8 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa | <p>En este indicador no se tiene pacientes caídos en el servicio de consulta externa, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> |
| P 2.9 | Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica | <p>En este indicador no se tiene pacientes caídos en el servicio de diagnóstico y complementación terapéutica, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad</p> |



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|----------------|--|---|
| | | tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir. |
| P 2.10 | Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización | En este indicador no se tienen eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025. Se sugiere continuar con la aplicabilidad del protocolo seguridad del paciente para mantener este indicador. |
| P 2.11 | Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. | En este indicador no se tienen eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025. Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir. Se sugiere continuar con la aplicabilidad del protocolo seguridad del paciente para mantener este indicador. |
| P 2.12 | Tasa de úlceras por presión | En este indicador no se reportan úlceras por presión, teniendo el mismo comportamiento del primer trimestre de la vigencia 2025. Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir. Se sugiere continuar con la aplicabilidad del protocolo seguridad del paciente para mantener este indicador. |
| P.2.13. | Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. | En este trimestre se tienen reingresos de dos usuarios por el servicio de urgencias en menos de 72 horas, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, se solicita revisar casuales, manejo; |



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | | |
|-----------------------|--|---|
| <p>P. 2.14</p> | <p>Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menores de 15 días.</p> | <p>además realizar inducción y reinducción al talento humano.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> <p>En este trimestre no se tiene reingresos por el servicio de hospitalización en menos de 72 horas, se sugiere continuar con el seguimiento y aplicabilidad de guías clínicas para así evitar reingreso, y continuar con el indicador en cero.</p> <p>Además, se sugiere revisar la cantidad de usuarios atendidos en el servicio, debido que causa curiosidad tan alta demanda, líder informa que se toma número de consultas, y no número de pacientes atendidos, teniendo duplicidad en el dato a medir.</p> |
| <p>P 3.1</p> | <p>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.</p> | <p>El tiempo promedio de espera para la asignación de citas en este trimestre está a un día, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, teniendo adecuada oportunidad en la asignación.</p> |
| <p>P 3.2</p> | <p>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general.</p> | <p>El tiempo promedio de espera para la asignación de citas en este trimestre está a un día, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, teniendo adecuada oportunidad en la asignación.</p> |
| <p>P. 3.10</p> | <p>Tiempo promedio de espera para la atención del pacientes clasificado como triage II (30 minutos)</p> | <p>En este trimestre se tiene tiempo promedio de espera de diecisiete minutos para su atención, siendo un tiempo oportuno.</p> |
| <p>P. 3.14</p> | <p>Proporción de satisfacción global de usuarios de la IPS</p> | <p>La proporción de satisfacción global para este trimestre es del 68%, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, se solicita revisar causales y formular plan de mejoramiento.</p> |
| <p>P. 3.15</p> | <p>Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo.</p> | <p>La proporción de recomendar a un familiar la IPS para este trimestre es del 67%, siendo el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, se</p> |



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

Código 110
Versión 02
Fecha 31/01/2024

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

solicita revisar causales y formular plan de mejoramiento. .

(7) Fin de la reunión. Siendo 04: 00 .pm.

Siendo las cuatro de la tarde, se deja constancia que causa curiosidad que algunos indicadores tienen el mismo comportamiento del primer trimestre del año 2025, por lo cual se sugieren revisar información, se da por terminado la reunión y se dejan compromisos.

COMPROMISOS

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| Realizar mesa de trabajo con líderes de procesos antes de la revisión con entidad territorial | ESE San Antonio | Trimestral |
| Realizar verificación de los datos registrados en el tablero de indicadores antes de la revisión con la entidad territorial. | ESE San Antonio | Trimestral |
| Formular planes de mejora a indicadores críticos. | Lider calidad ESE San Antonio | 30 de Abril 2026 |
| Documentar actividades formuladas en plan de mejora y enviar a entidad territorial. | Lider de calidad ESE San Antonio | Trimestral |
| Enviar pantallazo de reporte de 256 – 1552 por parte de la ESE al ente territorial para el respectivo seguimiento. | ESE San Antonio | Cuando se cargue información. |
| Enviar el tablero de indicadores de 256 en los primeros 10 días finalizados el trimestre al ente territorial. | ESE San Antonio | Trimestral |

Laura Cristina Gelvez Hernandez

LAURA CRISTINA GELVEZ HDEZ

Profesional apoyo Secretaria de Salud, M y BS
Rionegro Santander

Se adjunta listado de asistencia



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A





ACTA INDICADORES RES 0256

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA

PROCEDIMIENTO: N.A

| | |
|------------------------------------|--|
| INSTRUCCIONES Acta de Reuniones | |
| Código | |
| Versión | |
| Fecha | |
| PROCEDIMIENTO: N.A | |

RELACION DE PERSONAS QUE ASISTEN A LA REUNION
(Este listado hace parte integral del acta de reunión)

Hoja No. 1 de 2

| | | |
|--------------------------------------|-------|----------------------------|
| TEMA A TRATAR O ACTIVIDAD A REALIZAR | FECHA | 24 Abril 2026 |
| 1. Seguimiento Indicadores 256 | LUGAR | Sala Juntas Administración |
| 2. Eventos inter Salud Pública 2026 | HORA | 2:30 PM |
| 3. Atendidos Psicológicos | | |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | | TIPO DE VINCULACION | | | | ENTIDAD/ AREA/ OTRO | CORREO ELECTRONICO | TELEFONO DE CONTACTO | FIRMA |
|--------------------------|-----------|--------|---------------------|----------------------|--------------------|---------|---------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-------|
| | DIRECTIVO | ASESOR | PROFESION | TECNICO/ AUXILIAR | LIBRE NOMBRAMEN | CARRERA | | | | |
| Beatriz Tenaglia Acuña | | | | | | | ESE San Antonio | beatriz1033@hotmail.com | 318 63191887 | |
| Laura Hernández M | | | | | | | ESE San Antonio | laura.hernandez@esesanantonio.gov.co | 3104255604 | |
| Yuliet Sanchez Durr | | | | | | | ESE San Antonio | yuliet.sanchez@esesanantonio.gov.co | 3105585886 | |
| Angie Abril Bravo Egan | X | | | | | | ESE San Antonio | angelabravo@esesanantonio.gov.co | 3108548548 | |
| Kathy Eledi P. | | | X | | | | E.S.E. San Antonio | katy.p@esesanantonio.gov.co | 7147231241 | |
| En Melia Lopez Martinez | | | X | | | | EPS Cosas Salud | melia.lopez@eps cosasalud.gov.co | 3107051784 | |
| Leidy Barrantes Santaluz | | | X | | | | Cosas Salud | leidy.barrantes@eps cosasalud.gov.co | 3103221607 | |
| Concepción Contreras | | | | X | | | Barronera | concepcion.contreras@barronera.gov.co | 3163482241 | |
| Valeria Ho Sanchez M | | | | | X | | SSMBS | valeria.ho@ssmbs.gov.co | 3103061784 | |
| Tatiana Arceba Procha | | X | | | | X | S. Salud | tatiana.procha@ssmbs.gov.co | 3152808780 | |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal Maria Ramos - Rionegro(Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 315 6295344

mipg modelo integrado de planeación y gestión



**ACTA
INDICADORES RES 0256**

| | |
|---------|------------|
| Código | 110 |
| Versión | 02 |
| Fecha | 31/01/2024 |

PROCESO: SALUD PUBLICA **PROCEDIMIENTO: N.A**

| | |
|---|--|
| INSTRUCCIONES Acta de Reuniones | |
| Código | |
| Versión | |
| Fecha | |
| PROCEDIMIENTO: N.A | |

RELACION DE PERSONAS QUE ASISTEN A LA REUNION
(Este listado hace parte integral del acta de reunion)

Hoja No. 2 de 2

| | |
|--|----------------|
| TEMA A TRATAR O ACTIVIDAD A REALIZAR | FECHA |
| 1. Socialización indicadores 256 | 24 Abril 2026 |
| 2. Eventos Inter en Salud Publica 2026 | Sala de juntas |
| 3. Auxilios Psicologicos | 2:30 PM |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | | | | | | TIPO DE VINCULACION | | | | ENTIDAD/ AREA/ OTRO | CORREO ELECTRONICO | TELEFONO DE CONTACTO | FIRMA | |
|----------------------------|-----------|--------|-----------|-----------------|----------|-----------------|---------------------|-----------|-----------|--|---------------------|---------------------|-------------------------------|-------------|--------------|
| | DIRECTIVO | ASESOR | PROFESION | TECNICO/ TECNOL | AUXILIAR | LIBRE NOMBRAMEN | CARRERA | PROFESION | CONTRATIS | | | | | | |
| 1. Jairo Correa | | | X | | | | | | | | | calidad | ceholder@correaconsulting.com | 308046708 | Jairo Correa |
| 2. Diego Andrés Becerra | | | X | | | | | | | | | Sistemas | systemas@esecorionegro.gov.co | 316518004 | [Firma] |
| 3. Yennifer E. Torres Loba | | | | | X | | | | | | | Salud | ytorres@esepulsa.gov.co | 3103611971 | [Firma] |
| 4. Jaime Lopez | | | | | | | | | | | | S. Total | jaime@saludtotal.gov.co | 323534968 | [Firma] |
| 5. Nydia Farez P | | | | | | | | | | | | Comisaria | comisaria@esepulsa.gov.co | 3116296719 | [Firma] |
| 6. Johan Cote P | | | X | | | | | | | | | Sec. Salud | plm@esepulsa.gov.co | 354902002 | [Firma] |
| 7. Milvia Perez | | | | | | | | | | | | S. Salud | esepulsa@esepulsa.gov.co | 317616614 | [Firma] |
| 8. Roxario Diaz Aris | | | | X | | | | | | | | Secretaria de Salud | secretaria@esepulsa.gov.co | 31318488524 | [Firma] |
| 9. Jairo Osuna Gomez | | | | | | | | | | | | Sec. Salud | osuna@esepulsa.gov.co | 3024154114 | [Firma] |
| 10. | | | | | | | | | | | | | | | Osuna Jairo |


 Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)
 www.rionegro-santander.gov.co
 alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co
 Contacto: 315 6295344

Obligación No. 9

Apoyar y coordinar en seguimiento a coberturas de vacunación, monitoreos rápidos, monitoreos, verificación, evaluación, análisis y seguimiento a los indicadores del programa PAI de manera mensual para biológico trazadores, esquema regular, COVID-19, trimestral o según se requiera; formulación o actualización y seguimiento de planes de vacunación.

Actividad realizada

.

En el periodo del 17/04/2026 al 12/05/2026, se realiza monitoreo rápidos de vacunación.

Se realiza desarrollo comités del programa ampliado de inmunización, en donde se dan a conocer las coberturas de vacunación, y se realiza envío de las jornadas de vacunación planificadas para el periodo de intensificación.

Anexo: 8

Soportes adjuntos en la actividad cinco, convocatorio, acta y asistencia



Gmail

sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

Monitoreo rapido de coberturas Rionegro

sivigiasaludrionegro sivigiasaludrionegro <sivigiasaludrionegro@rionegro-santander.gov.co>

29 de abril de 2026 a las
20:26

Para: inmunoprevenibles@santander.gov.co

Buen Dia

La presente tiene como fin enviar informe y formatos del monitoreo rápido de coberturas esquema regular de vacunación.

No se requirió la realización de barrido documentado, ni plan de contingencia.

Sin otro en particular

Laura Cristina Gelvez Hernandez
profesional de apoyo secretaria de salud, Mujer y BS
Rionegro Santander

4 adjuntos



Acta Capacitacion equipo de campo.pdf
824K



Acta Socializacion de resultados monitoreo.pdf
829K



Anexo 4. Formulario Recol MRV TRAZADORES.xlsx
114K



Santander - Anexo 5. Formatos BAC.xlsx
93K

ANEXO 9

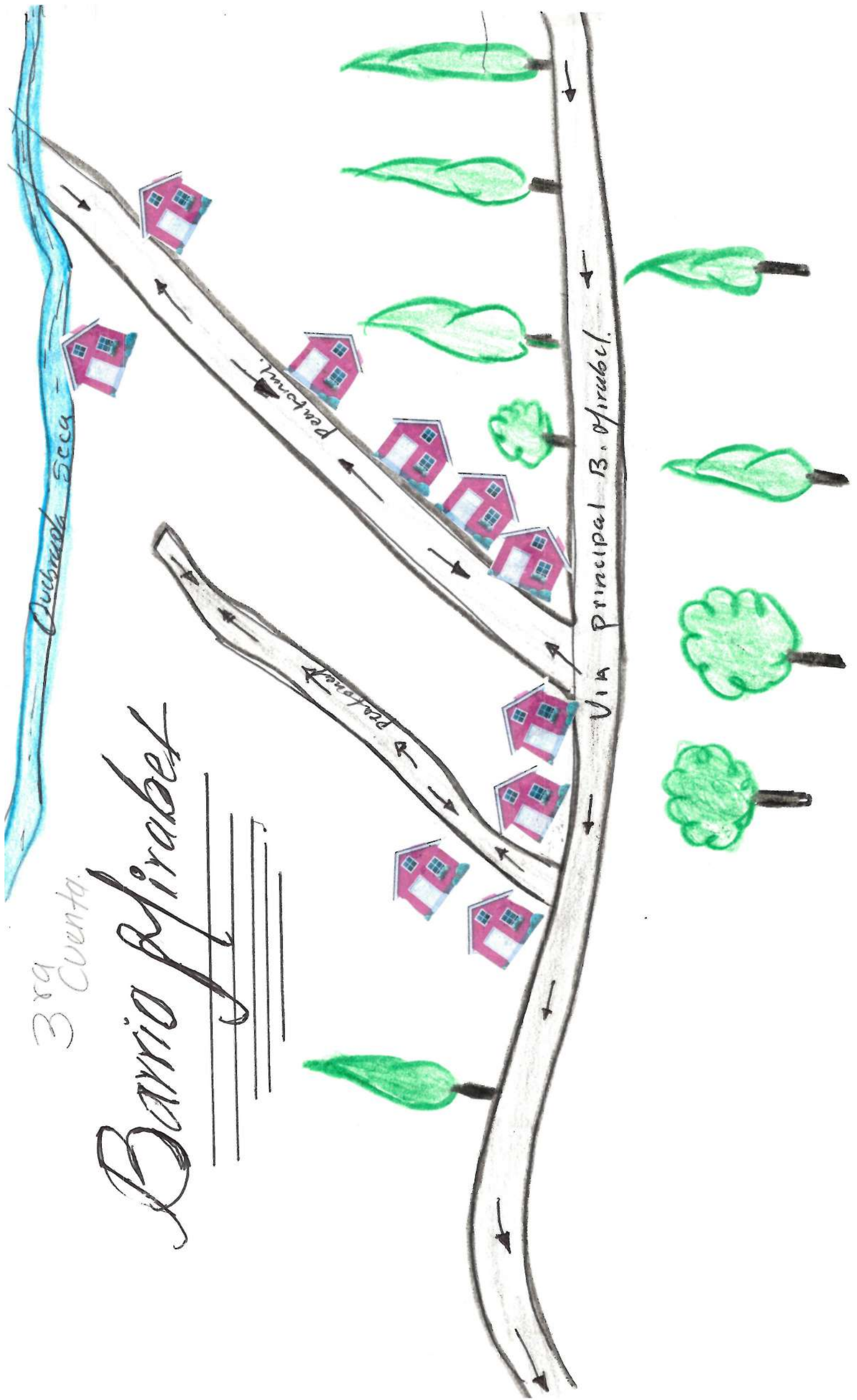
Apoyar en elaborar plan de trabajo en sectores determinados teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la zona en el municipio, factores protectores y determinantes, en coordinación la secretaria de salud de Rionegro y profesionales de apoyo y gestión pública de la secretaria de salud de Santander cuando así se requiera.

Se realiza el plan de trabaja durante el mes de ejecución de contrato en el barrio mirabel y las actividades que requiere el contrato



3ra Cuentá

Barrio Mirabel





PLAN DE TRABAJO
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



PERIODO DE TRABAJO: DEL 17 DEL MES Abril AL 22 AL MES DE Mayo DEL AÑO 2026
CONTRATISTA: Gilberto Santos Navarro

| FECHA | ACTIVIDAD DESARROLLADA | LUGAR | POBLACION DIRIGIDA |
|------------|--|--|---|
| 17-04/2026 | Busqueda de niño menor de 5 años. Sin vacunación en el corregimiento de Ilhavo de Palmas. | Ilhavo de Palmas | a la población de niños menores de 5 años |
| 19-04/2026 | Apoyo a la jornada de vacunación a niños menores de 5 años en el parque principal de Ilhavo de Palmas | Parque principal de Ilhavo de Palmas | a la población de niños menores de 5 años |
| 20-04/2026 | Busqueda de parente de calle y visita domiciliar a los parente por vía de tuberculosis | Barrios y vereda del municipio de Ilhavo de Palmas | a la población afectada por la tuberculosis |
| 21-04/2026 | Tracer medicamento de tuberculosis a la Secretaría de Salud Departamental, Guaramangra y visita a la PPL en la estación de policía de Rionegro | Secretaría de Salud Departamental, Estación de policía de Ilhavo de Palmas | a la población en seguimiento por la tuberculosis |
| 22-04/2026 | Cobertura rápida de mortero de vacunación para los niños menores de 5 años | Barrio Ajubal | a la población de niños menores de 5 años. |
| 23-04/2026 | Cobertura rápida de mortero de vacunación para los niños menores de 5 años | Barrio Ajubal | a la población de niños menores de 5 años |



PLAN DE TRABAJO
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER






PERIODO DE TRABAJO: DEL 7 DEL MES Abril AL 12 AL MES DE Mayo DEL AÑO 2026
CONTRATISTA: Silberto Sanchez Navarro

| FECHA | ACTIVIDAD DESARROLLADA | LUGAR | POBLACION DIRIGIDA |
|------------|--|--|---|
| 24-04/2026 | Capacitación de nueve Sinfancia y Reunión de COVE en la alcaldía de Pongoro | Alcaldía Municipal del Pongoro | Capacitación en las comunidades de Cedeo Infancia |
| 25-04/2026 | Apoyo de vacunación para niños menores de 5 años en el Colegio Municipal | Colégio Municipal | Para niños menores de 5 años |
| 27-04/2026 | Visita a los pepl. persona privada de la salud en la estación del policía de Pongoro | Estación de policía de Pongoro | a las persona privado de la libertad. |
| 28-04/2026 | Trasferir a los pepl. de Pongoro en la Secretaría de Salud de Occorongo | Secretaría de Salud departamental de Pongoro | a los pepl. positivo de tuberculosis |
| 29-04/2026 | Afinar primera en salud A.P.S en el Barrio Agrabel | Barrio Agrabel | a todas las familias del Barrio Agrabel. |
| 30-04/2026 | Capacitación de vacunación PAI departamental y Vacunaton Nocturno | Alcaldía municipal y el Barrio Quechada Seca | a los niños menores de 5 años |

PERIODO DE TRABAJO: DEL 19 DEL MES Abril AL 12 AL MES DE Mayo DEL AÑO 2026

 CONTRATISTA: Gilberto Sanchez Navarro

| FECHA | ACTIVIDAD DESARROLLADA | LUGAR | POBLACION DIRIGIDA |
|------------|--|--|--|
| 04-05/2026 | Visita a los personas privadas de la libertad PPL en la estación de policía de Rionegro | Estacion de policía de Rionegro | a las personas privadas de la libertad. |
| 05-05/2026 | Atencion primaria de Salud A.P.S. en el Barrio Agrícola | Barrio Agrícola | a todos los habitantes del Barrio Agrícola |
| 06-05/2026 | Rebrote a los establecimiento como el Consejo, Teatro municipal y Alcalalía Hospital de Rionegro CSE, para la prevención de posible enfermedad de dengue por parte | Consejo Teatro Alcalalía Hospital de Rionegro | para la prevención de posibles a Ciudadanos de riesgo por Dengue |
| 07-05/2026 | Apoyo a la jornada de vacunación Casina y Felina en el Barrio Alamos y Prado | Alamos y Prado | a las mascotas felina y canina para la prevención del mal de cebra |
| 08-05/2026 | Atencion primaria en Salud. A.P.S. en el Barrio Agrícola | Barrio Agrícola | a todos los familias del Barrio Agrícola. |
| 11-05/2026 | Charla educativa con la comunidad Rionegrana en el parque principal de Rionegro para la prevención y detección de dengue para el dengue | Parque principal de Rionegro | la prevención de dengue en el fono y vivienda |
| 12-05/2026 | Fraser medicamento a la secretaria de Salud Deptal. de TUBERCULOSIS | Bolaramenque | a los paciente positivo de Tuberculosis |

| ASPECTOS DEMOGRAFICOS | | |
|--|--|--|
| Nº | TOTAL DE VIVIENDAS | |
| 10 | TOTAL FAMILIAS | |
| 1 | TOTAL DE 7 DIAS A 5 AÑOS | |
| 3 | TOTAL DE 6 AÑOS A 11 AÑOS | |
| 2 | TOTAL DE NIÑOS DE 12 A 17 AÑOS | |
| 12 | TOTAL DE JOVENES DE 18 A 28 AÑOS | |
| 3 | TOTAL DE PERSONAS DE 29 A 59 AÑOS | |
| 0 | TOTAL DE PERSONAS MAYOR 60 AÑOS | |
| | TOTAL DE GESTANTES | |
| Nº | SISTEMA DE SEGURIDAD | |
| 5 | Nº DE PERSONAS CON REGIMEN CONTRIBUTIVO | |
| 13 | Nº DE PERSONAS CON REGIMEN SUBSIDIADO | |
| 0 | Nº DE PERSONAS CON REGIMEN ESPECIAL | |
| 0 | Nº DE PERSONAS SIN AFILIACION AL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO | |
| Nº | PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION | |
| 0 | GESTANTES PENDIENTES POR CONTROL PRENATAL | |
| 0 | NIÑOS MENORES DE 1 AÑO NO INSCRITOS EN CCD | |
| 0 | NIÑOS SIN ESQUEMA DE VACUNACION ADECUADO PARA LA EDAD | |
| 0 | Nº SINTOMATICOS RESPIRATORIOS | |
| Nº | RIESGOS AMBIENTALES | |
| 0 | VIVIENDAS SIN ACUEDUCTO | |
| 0 | VIVIENDAS SIN UNIDADES SANITARIAS | |
| 0 | VIVIENDAS CON INADECUADA DISPOSICION DE BASURAS | |
| 0 | VIVIENDAS CON PRESENCIA DE LARVAS DE AEDES AEGYPTI | |
| OBSERVACION: | | |
| FIRMA:  FECHA: 17.06.11 a 12 mayo 2016 | | |
| CONSOLIDADO CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA MUNICIPIO: <u>Rionegro</u> VEREDA O BARRIO: <u>Barrio el Jibarí</u> NOMBRE DEL RESPONSABLE: <u>Gilberto Sandoz Navarro</u> | | |
|  ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO | SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL RIONEGRO SANTANDER |  ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



DEPARTAMENTO: Santander
BARRIO / VEREDA: Arriba

MUNICIPIO: Rionegro
DIRECCION: Cra 13-4-01

NUMERO CASA: 69
NUMERO FAMILIAS: 01

1. COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta identidad 3. Cedula 4. Permiso permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (dias) | GENERO | | ESTADO CIVIL 1. Soltero (a) 2. Casada (o) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o compañero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISBEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISITA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Tecnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | | | DISCAPACIDA D 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Del habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|-----------------------------------|--|-------------------|---------------------|---|----------|---|---|--|---|--|--|--------------------|---|--|---|--|--|---|
| | | | | | | F | M | | | | | | | EAPB 1. Coosalud 2. Saludtotal 3. Nuevaeps 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | LUGAR ZONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | | | |
| | <u>Maria Sonia Flores</u> | <u>3</u> | <u>28335454</u> | <u>14-06-1969</u> | <u>57 años</u> | <u>X</u> | | <u>2</u> | <u>2</u> | <u>1</u> | <u>3</u> | <u>2</u> | <u>318489526-3</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>7</u> | | | |
| | <u>Helo oped Rucica</u> | <u>3</u> | <u>91468521</u> | <u>3-23-1984</u> | <u>42 años</u> | <u>X</u> | | <u>2</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>3</u> | <u>2</u> | <u>11</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>7</u> | | | |
| | <u>Harquardo Perez de la Cruz</u> | <u>3</u> | <u>28328046</u> | <u>12-03-1938</u> | <u>88 años</u> | <u>X</u> | | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>5</u> | <u>1111</u> | <u>3</u> | <u>1</u> | <u>7</u> | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

2. FACTORES DE RIESGO

| N° | PESO | TALLA | ANTECEDENTES | | | CONSUMO ALCOHOL | | FUMIA | | CONSUMO SPA | | | SINTOMATICOS RESPIRATORIOS | | | | SINTOMAS PIEL | | | | En la familia usan | Si trabaja en agricultura, utiliza maquina larga al realizar este oficio | | | | |
|----|------|-------|--|--|------------------------------|--|---|---|--|--|--|---|--|---|------------------------------|------------------------------|---------------|---|---|---|--------------------|--|---|---|---|---|
| | | | 1. Hipertension 2. Diabetes 3. Cancer 4. Renales 5. Otro 6. Ninguno | ADHERENCIA TTO 1. Si 2. No 3. No aplica | 1. Si 2. No 3. A veces | FRECUENCIA 1. Una vez a la semana 2. Dos veces por semana 3. Cada 15 dias 4. Una vez por mes | 1. Si 2. No 3. A veces 4. Otro | FRECUENCIA 1. Una vez a la semana 2. Dos veces a la semana 3. Tres veces a la semana | Ha presentado sudoracion nocturna? 1. Si 2. No | Ha presentado perdida de peso? 1. Si 2. No | Ha presentado alteraciones en la piel? 1. Si 2. No | Ha presentado alteraciones en los ojos? 1. Perdida cejas 2. Perdida pestafias 3. Ninguna | Ha presentado disminucion fuerza muscular? 1. Si 2. No | Ha perdido la sensibilidad al calor, dolor o tacto? 1. Si 2. No | 1. Si 2. No 3. A veces | 1. Si 2. No 3. A veces | | | | | | | | | | |
| | 64 | 160 | 6 | 2 | 2 | | | | | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 85 | 185 | 6 | 2 | 2 | | | | | | | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 64 | 158 | 01 | 1 | 2 | | | | | | | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



3. PROGRAMAS PROMOCION Y PREVENCIÓN

| N° | ATENCIÓN PRIMERA | | ATENCIÓN INFANCIA | | ATENCIÓN ADOLESCENCIA | | ATENCIÓN JUVENTUD | | ATENCIÓN ADULTEZ | | ATENCIÓN VEJEZ | | EMBARAZADA | | | |
|--------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------|--------------------|---------------------|-----------------|----------------|--------------------------------------|------------|-------------------|---------|
| | 7 DÍAS - 5 AÑOS | | 6 AÑOS - 11 AÑOS | | 12 AÑOS - 17 AÑOS | | 18 AÑOS - 28 AÑOS | | 29 AÑOS - 59 AÑOS | | 60 AÑOS Y MAS | | EMBARAZADA | ASISTE CPN | | |
| | 1. Crecimiento y desarrollo | 2. Odontología | 3. Laboratorios | 1. Consulta joven | 2. Odontología | 3. Laboratorios | 4. Planificación Familiar | 5. Citología | 6. Autoexamen mama | 1. Consulta adultez | 2. Laboratorios | 3. Odontología | | | 4. Agudeza visual | 5. Otro |
| | | | | | | | | | | | | | ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA desarrollo | | | |
| 3. Desparasitación | 4. Agudeza visual | 5. Programa ampliado inyecciones | ATENCIÓN INFANCIA desarrollo | | ATENCIÓN ADOLESCENCIA consulta joven | | CITOLOGÍA | | CITOLOGÍA | | CITOLOGÍA | | 1. Si | 2. No | 3. No aplica | |
| | | | ATENCIÓN PRIMERA desarrollo | | ATENCIÓN ADOLESCENCIA consulta joven | | CITOLOGÍA | | CITOLOGÍA | | CITOLOGÍA | | | | | 1. Si |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 123/1/61 | 2021-01-03 | | | | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | 123 | | | | | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | 1234 | | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO



4. ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | AGUA | | | | | | | DISPOSICION EXCRETAS | | | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | | | | | | | | | | | |
|----|---|----------------|--|----------------|---|----------------|---------------------------------------|----------------------|---|----------------|--|----------------|--|----------------|-------------------------|---|--|-------------------------|-------------------------|--|--------|-----|--|--|--|---|--|
| | FUENTE | | 1. La familia cuenta con agua tratada (hervida o filtrada o clorada). | | 2. En la vivienda hacen lavado y mantenimiento de las pilas (albercas) de agua. Se realizan con los vecinos jornadas para recoger inservibles | | Cúntas veces realizan lavado de pilas | | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva | | 1. Alcantarillado 2. Pozo septico 3. Campo abierto 4. ALCANTARILLADO | | RECICLA | | DISPOSICION FINAL | | Numero cuarto por vivienda | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL | | COCINA | | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pajaros 6. Otros 7. No | | | | |
| | 1. Acueducto 2. Pozo 3. Rio 4 Agua lluvia 5. Alfibe | 1. Si 2. No | 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 dias 3. Una vez al mes | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Rio 4. Enterrada 5. Campo abierto | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No 3. NA | 1. Material 2. Madera 3. Bareque 4. Tapia 5. Otro | 1. Independiente 2. Dentro de un cuarto | 1. Si 2. No 3. NA | 1. Si 2. No 3. NA | | | | | | | | |
| 1 | | 1 | | 1 | 2 | | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | | 1-2 | | | | 1 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| Fecha visita | Recomendaciones e informacion de salud | Remision a programas promocion y prevencion | Firma de quien recibe visita | Firma de quien realiza visita |
|-------------------------|--|--|---|---|
| 17 de febrero 12:00h | Se le brinda educacion sobre la importancia de no fumar debido al riesgo para la prevencion del cancer | Se envia a la familia de la cabecera en el hospital de Puentes |  |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



DEPARTAMENTO: Santander
BARRIO / VEREDA: Miraflores

MUNICIPIO: Rionegro
DIRECCION: Call 4 TIBU

NUMERO CASA: 70
NUMERO FAMILIAS: 21

1. COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta identidad 3. Cedula 4. Permiso permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (dias) | GENERO | | ESTADO CIVIL 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o compañero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISBEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISITA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Tecnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCLUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | | | DISCAPACIDA D 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Del habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|------------------------------|--|-------------------|---------------------|--|----------|----------|---|--|---|--|---|--------------------|---|--|---|----------|--|---|
| | | | | | | F | M | | | | | | | EAPB 1. Coosalud 2. Saludtotal 3. Nuevaeps 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | LUGAR ZONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | | | |
| | <u>Ómar Calderón M.</u> | <u>3</u> | <u>1099370615</u> | <u>11-03-1994</u> | <u>3200</u> | | <u>X</u> | <u>5</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>4</u> | <u>2</u> | <u>3203890425</u> | <u>3</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>7</u> | | |
| | <u>Shana Clarke Forzi</u> | <u>3</u> | <u>110892252</u> | <u>2-08-1991</u> | <u>3500</u> | <u>X</u> | | <u>5</u> | <u>2</u> | <u>1</u> | <u>4</u> | <u>2</u> | | <u>3</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>7</u> | | |
| | <u>Yorlany Villano O</u> | <u>2</u> | <u>110897381</u> | <u>11-02-2018</u> | <u>800</u> | <u>X</u> | | <u>1</u> | <u>3</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>6</u> | | <u>3</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>7</u> | | |
| | <u>Eucin Calderón Clarke</u> | <u>2</u> | <u>110898375</u> | <u>16-05-2023</u> | <u>200</u> | <u>X</u> | | <u>1</u> | <u>3</u> | <u>1</u> | <u>7</u> | <u>7</u> | | <u>3</u> | <u>1</u> | <u>1</u> | <u>7</u> | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



3. PROGRAMAS PROMOCION Y PREVENCIÓN

| N° | ATENCION PRIMERA | | ATENCION INFANCIA | | ATENCION ADOLESCENCIA | | ATENCION JUVENTUD | | | ATENCION ADULTEZ | | | ATENCION VEJEZ | | EMBARAZADA | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------|------------|--------------|
| | 7 DIAS - 5 AÑOS | | 6 AÑOS - 11 AÑOS | | 12 AÑOS - 17 AÑOS | | 18 AÑOS - 28 AÑOS | | | 29 AÑOS - 59 AÑOS | | | 60 AÑOS Y MAS | | EMBARAZADA | ASISTE CPN | |
| | ATENCION PRIMERA | ATENCION INFANCIA | ATENCION ADOLESCENCIA | ATENCION JUVENTUD | CITOLOGIA | PLANIFICACION | ATENCION JUVENTUD | CITOLOGIA | PLANIFICACION | ATENCION ADULTEZ | CITOLOGIA | PLANIFICACION | ATENCION VEJEZ | CITOLOGIA | | | |
| | 1. Crecimiento y desarrollo | 1. Crecimiento y desarrollo | 1. Consulta joven | 1. Consulta joven | fecha de la toma de citología | metodo con el cual esta planificando | 1. Consulta joven | fecha de la toma de citología | metodo con el cual esta planificando | 1. Consulta adultez | fecha de la toma de citología | metodo con el cual esta planificando | 1. Consulta adultez | fecha de la toma de citología | 1. SI | 2. NO | 3. No aplica |
| | 2. Desparasitación | 2. Odontología | 2. Odontología | 2. Odontología | 1. Negativo | 1. Inyectable mensual | 2. Laboratorios | 1. Negativo | 2. Inyectable mensual | 2. Laboratorios | 1. Negativo | 3. Oral trimestral | 2. Laboratorios adultez | 1. Negativo | 2. SI | 3. NO | 3. No aplica |
| | 3. Desparasitación | 3. Odontología | 3. Laboratorios | 3. Laboratorios | 2. Positivo | 2. Inyectable trimestral | 3. Planificación Familiar | 2. Positivo | 3. Inyectable trimestral | 3. Odontología | 2. Positivo | 4. Implante subdermico | 3. Odontología | 2. Positivo | 4. SI | 5. NO | 3. No aplica |
| | 4. Agudeza visual | 4. Agudeza visual | 4. Planificación Familiar | 4. Planificación Familiar | 6. Esterilización quirurgica | 3. Oral trimestral | 5. Citología | 3. Oral trimestral | 4. Implante subdermico | 5. Agudeza visual | 1. Negativo | 5. DIU | 4. Agudeza visual | 3. Odontología | 6. SI | 7. NO | 3. No aplica |
| | 5. Esquema PAS | 5. Programa ampliado inmunizaciones | 6. Autoexamen mama | 6. Autoexamen mama | 7. Ninguna | 4. Implante subdermico | 6. Autoexamen mama | 6. Esterilización quirurgica | 5. DIU | 6. Planificación familiar | 2. Positivo | 6. Esterilización quirurgica | 5. Otro | 4. Agudeza visual | 7. SI | 8. NO | 3. No aplica |
| | | | | | | 5. DIU | | 7. Ninguna | 6. Esterilización quirurgica | 7. Otro | | 7. Ninguna | | | | | |
| | | | | | | 6. Esterilización quirurgica | | | 7. Ninguna | | | | | | | | |
| | | | | | | 7. Ninguna | | | | 173 | 2024 | | | | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | 23416 | 0310 | 6 | | | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

4. ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | FUENTE 1. Acueducto 2. Pozo 3. Rio 4 Agua lluvia 5. Aljibe | AGUA | | | | DISPOSICION EXCRETAS 1. Alcantarillado 2. Pozo septico 3. Campo abierto 4. ALCANTARILLADO | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | | | |
|----|---|---|--|--|---|---|---------------------------|--|------------------------|-----------------------|---|--|--------|--|--|
| | | 1. La familia cuenta con agua tratada (hervida o filtrada o clorada). 1. Si 2. No | 2. En la vivienda hacen lavado y mantenimiento de las pilas (albercas) de agua. Se realizan con los vecinos jornadas para recoger inservibles 1. Si 2 No | Cuantas veces realizan lavado de pilas 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 dias 3. Una vez al mes | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva 1. Si 2. No | | RECICLA 1. Si 2. No | DISPOSICION FINAL 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Rito 4. Enterrada 5. Campo abierto | Numero cuarto vivienda | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL | | COCINA | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | |
| | | | | | | | | | | | 1. Material 2. Madera 3. Bataque 4. Tapia 5. Otro | 1. Independiente 2. Dentro de un cuarto | | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pajaros 6. Otros 7. No | VACUNADO RABIA 1. Si 2. No 3. NA |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| Fecha visita | Recomendaciones e informacion de salud | Remision a programas promocion y prevencion | Firma de quien recibe visita | Firma de quien realiza visita |
|--------------|---|---|------------------------------|-------------------------------|
| 12 de Agosto | Se le brado educacion sobre la importancia de NO hacer deposito de Agua para la procecion de la purga | Remite a Hospital de Rionegro para lo Asmo de la entolgia | Omar CAVERO M. | Gilberto Sueda |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

DEPARTAMENTO: Santander MUNICIPIO: Rionegro NUMERO CASA: 71
 BARRIO / VEREDA: Airebel DIRECCION: Rc 41113 NUMERO FAMILIAS: 01

1. COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta identidad 3. Cedula 4. Permiso permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (dias) | GENERO | | ESTADO CIVIL 1. Soltero (a) 2. Casada (o) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o companero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISITA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Tecnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | | | DISCAPACIDAD D 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Del habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|-------------------|--|-------------------|------------------|---|--------|---|---|---|--|---|---|-----------------|---|---|--|-------|--|--|
| | | | | | | F | M | | | | | | | EAPB 1. Coosalud 2. Saludtotal 3. Nuevaeaps 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | ZONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | LUGAR | | |
| | Salvador Duarte N | 3 | 9146249213-09 | 13-09-1969 | 57 años | | X | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 30834038 | 3 | 1 | 1 | 7 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

2. FACTORES DE RIESGO

| N° | PESO | TALLA | ANTECEDENTES | | | CONSUMO ALCOHOL | | FUMIA | | CONSUMO SPA | | | SINTOMATICOS RESPIRATORIOS | | | SINTOMAS PIEL | | | | En la familia usan | Si trabaja en agricultura, utiliza manga larga al realizar este oficio | | | | |
|----|------|-------|--|--|------------------------------|--|---|---|--|--|--|--|--|--|---|------------------------------|------------------------------|---|---|--------------------|--|---|---|---|--|
| | | | 1. Hipertension 2. Diabetes 3. Cancer 4. Renales 5. Otro 6. Ninguno | ADHERENCIA TIO 1. Si 2. No 3. No aplica | 1. Si 2. No 3. A veces | FRECUENCIA 1. Una vez a la semana 2. Dos veces por semana 3. Cada 15 dias 4. Una vez por mes | 1. Si 2. No 3. A veces 4. Otro | 1. Una vez a la semana 2. Dos veces a la semana 3. Tres veces a la semana | Ha presentado tos por 15 dias? 1. Si 2. No | ha presentado sudoracion nocturna? 1. Si 2. No | Ha presentado perdida de peso? 1. Si 2. No | Ha presentado alteraciones en la piel? 1. Si 2. No | Ha presentado alteraciones en los ojos? 1. Perdida cejas 2. Perdida pestañas 3. Ninguna | Ha presentado disminucion fuerza muscular? 1. Si 2. No | Ha perdido la sensibilidad al calor, dolor o tacto? 1. Si 2. No | 1. Si 2. No 3. A veces | 1. Si 2. No 3. A veces | | | | | | | | |
| | 75 | 170 | 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

4. ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | FUENTE | | AGUA | | | DISPOSICION EXCRETAS | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|---------|--------|----------------|-----------|----------------------|---|----------------|---|----------------|--|--|---|--|----------------|---------|-------------------|------------------------|-----------------------|---------------|--------|--|---|--|---|
| | 1. Acueducto | 2. Pozo | 3. Rio | 4. Agua lluvia | 5. Aljibe | | 1. La familia cuenta con agua tratada (hervida o filtrada o clorada). | 1. Si 2. No | 2. En la vivienda hacen lavado y mantenimiento de las pilas (albercas) de agua. Se realizan con los vecinos jornadas para recoger inservibles | 1. Si 2. No | Cuantas veces realizan lavado de pilas | 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 dias 3. Una vez al mes | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva | 1. Alcantarillado 2. Pozo septico 3. Campo abierto 4. ALCANTARILLADO | 1. SI 2. No | RECICLA | DISPOSICION FINAL | Numero cuarto vivienda | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL | COCINA | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pajaros 6. Otros 7. No | VACUNADO RABIA 1. Si 2. No 3. NA | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Rio 4. Enterrada 5. Campo abierto | 1. Material 2. Madera 3. Bareque 4. Tapia 5. Otro |
| 1 | | | | | | | | | | 1 | 1 | 2 | | | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1-2 | 1 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

Fecha visita

17 abril - 12 mayo

Recomendaciones e informacion de salud

Se le brinda Educacion Sobre Ss. Remite a programa
de prevencion de la lepra Coordinador

Remision a programas promocion y prevencion

Firma de quien recibe visita

Salvador Olanete

Firma de quien realiza visita

Gerberto Suarez



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



DEPARTAMENTO: Santander
BARRIO / VEREDA: Ajupul

MUNICIPIO: Rionegro
DIRECCION: Cra 4-157A335

NUMERO CASA: 92
NUMERO FAMILIAS: 01

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta Identidad 3. Cedula 4. Permiso permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (dias) | GENERO | | ESTADO CIVIL 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o compañero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISBEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISTA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Tecnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | | DISCAPACIDA D 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Del habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|---------------------------|--|-------------------|---------------------|---|--------|---|---|--|--|--|--|--------------------|--|---|---|---|---|
| | | | | | | F | M | | | | | | | EAPB 1. Coasud 2. Saludotal 3. Nuevaeps 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | LUGAR ZONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | | |
| | Guaceta Felles Eduardo | 3 | 28331892 | 19-05 1954 | 72 años | | | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 324866435 | 1 | 1 | 1 | 7 | |
| | Fredy Quabbo Felles | 3 | 91468758 | 3-10 1984 | 42 años | | X | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | | 1 | 1 | 1 | 7 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

2. FACTORES DE RIESGO

| N° | PESO | TALLA | ANTECEDENTES | | CONSUMO ALCOHOL | | FUMA | | CONSUMO SPA | | | SINTOMATICOS RESPIRATORIOS | | | | SINTOMAS PIEL | | | | En la familia usan | Si trabaja en agricultura, utiliza manga larga al realizar este oficio | | | | |
|----|------|-------|--|--|------------------------------|--|---|---|--|--|--------------------------------|--|--|--|---|------------------------------|------------------------------|---|---|--------------------|--|---|---|---|--|
| | | | 1. Hipertension 2. Diabetes 3. Cancer 4. Renales 5. Otro 6. Ninguno | ADHERENCIA TIO 1. Si 2. No 3. No aplica | 1. Si 2. No 3. A veces | FRECUENCIA 1. Una vez a la semana 2. Dos veces por semana 3. Cada 15 dias 4. Una vez por mes | 1. Si 2. No 3. A veces 4. Otro | FRECUENCIA 1. Una vez a la semana 2. Dos veces a la semana 3. Tres veces a la semana | Ha presentado tos por 15 dias? 1. Si 2. No | ha presentado sudoracion nocturna? 1. Si 2. No | Ha presentado perdida de peso? | Ha presentado alteraciones en la piel? 1. Si 2. No | Ha presentado alteraciones en los ojos? 1. Perdida cejas 2. Perdida pestañas 3. Ninguna | Ha presentado disminucion fuerza muscular? 1. Si 2. No | Ha perdido la sensibilidad al calor, dolor o tacto? 1. Si 2. No | 1. Si 2. No 3. A veces | 1. Si 2. No 3. A veces | | | | | | | | |
| | 79 | 159 | 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 86 | 170 | 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER**



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

4. ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | FUENTE 1. Acueducto 2. Pozo 3. Rio 4. Agua lluvia 5. Aljibe | AGUA | | Cuantas veces realizan lavado de pilas 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 días 3. Una vez al mes | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva 1. Si 2. No | DISPOSICION EXCRETAS 1. Alcantarillado 2. Pozo septico 3. Campo abierto 4. ALCANTARILLADO | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | | |
|----|--|----------------|--|--|---|--|-------------------------|-----------------------|---------------|--------|--|--|---|---|
| | | RECICLA | | | | | Numero cuarto vivienda | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL | COCINA | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pajaros 6. Otros 7. No | VACUNADO RABIA 1. Si 2. No 3. NA | | |
| | | 1. Si 2. No | 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Rio 4. Enterrada 5. Campo abierto | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| Fecha visita | Recomendaciones e informacion de salud | Remision a programas promocion y prevencion | Firma de quien recibe visita | Firma de quien realiza visita |
|---------------------|--|---|------------------------------|-------------------------------|
| 17 abril al 12 mayo | Se celebró Educacion sobre la leptos | Se remite al programa de Cardiovascular | Gustavo Teller | Gilberto Sanchez |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

DEPARTAMENTO: Santander
BARRIO / VEREDA: Marabá

MUNICIPIO: Rionegro
DIRECCION: Crc 4 # 13. 406

NUMERO CASA: 93
NUMERO FAMILIAS: 01

1. COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta identidad 3. Cedula 4. Permiso permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (dias) | GENERO | | ESTADO CIVIL 1. Soltero (a) 2. Casada (o) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o compañero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISBEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISITA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Tecnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | | | DISCAPACIDA D 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Del habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|----------------------|--|-------------------|---------------------|--|--------|---|---|--|---|--|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | F | M | | | | | | | EAPB 1. Coosalud 2. Saludtotal 3. Nuevaeps 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | LUGAR ZONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | | | |
| | Guillian Vera R. | 3 | 91465651 | 15.09 1978 | 47-20 | | X | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3193012210 | 3 | 7 | 1 | 7 | |
| | Karen Juana Montilla | 3 | 1100896875 | 15.09 1998 | 27-20 | X | | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 | 1 | 7 | |
| | Daily Share Vera M. | 2 | 1100897496 | 23.08 2018 | 7-20-05 | X | | 1 | 3 | 1 | 1 | 6 | 3 | 1 | 1 | 7 | 1 | 7 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

2. FACTORES DE RIESGO

| N° | PESO | TALLA | ANTECEDENTES | | CONSUMO ALCOHOL | | FUMA | | CONSUMO SPA | | SINTOMATICOS RESPIRATORIOS | | | SINTOMAS PIEL | | | | Si trabaja en agricultura, utiliza manga larga al realizar este oficio 1. SI 2. NO 3. A veces |
|----|------|-------|--|--|------------------------------|--|------------------------------|--|----------------|---|--|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | 1. Hipertension 2. Diabetes 3. Cancer 4. Renales 5. Otro 6. Ninguno | ADHERENCIA 1. SI 2. NO 3. No aplica | 1. SI 2. NO 3. A veces | FRECUENCIA 1. Una vez a la semana 2. Dos veces por semana 3. Cada 15 dias 4. Una vez por mes | 1. SI 2. NO 3. A veces | FRECUENCIA 1. Una cajetilla a la semana 2. Dos cajetillas a la semana 3. Tres cajetillas a la semana 4. Otro | 1. SI 2. NO | 1. SI 2. NO 3. Tres veces a la semana | Ha presentado sudoracion nocturna? 1. SI 2. NO | Ha presentado perdida de peso? 1. SI 2. NO | Ha presentado alteraciones en la piel? 1. SI 2. NO | Ha presentado alteraciones en los ojos? 1. Perdida cejas 2. Perdida pestañas 3. Ninguna | Ha presentado disminucion fuerza muscular? 1. SI 2. NO | Ha perdido la sensibilidad al calor, dolor o tacto? 1. SI 2. NO | En la familia usan 1. SI 2. NO 3. A veces | |
| | 98 | 173 | 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 80 | 162 | 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 30 | 130 | 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

4. ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | FUENTE 1. Acueducto 2. Pozo 3. Rio 4 Agua lluvia 5. Aljibe | AGUA | | | DISPOSICION EXCRETAS 1. Alcantarillado 2. Pozo septico 3. Campo abierto 4. ALCANTARILLADO | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | |
|----|---|---|---|--|--|---|---------------------------|---|------------------------|-----------------------|--|--|--|
| | | 1. La familia cuenta con agua tratada (hervida o filtrada o clorada). 1. SI 2. NO | 2. En la vivienda hacen lavado y mantenimiento de las pilas (albercas) de agua. Se realizan con los vecinos jornadas para recoger inservibles 1. SI 2. NO | Cuántas veces realizan lavado de pilas 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 días 3. Una vez al mes | | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva 1. SI 2. NO | RECICLA 1. SI 2. NO | DISPOSICION FINAL 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Rio 4. Enterrada 5. Campo abierto | Numero cuarto vivienda | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL 1. Material 2. Madera 3. Bataque 4. Tapia 5. Otro | COCINA 1. Independiente 2. Dentro de un cuarto | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pejaros 6. Otros 7. NO |
| 1 | | 1 | 1 | 7 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1-2 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

| Fecha visita | Recomendaciones e informacion de salud | Remision a programas promocion y prevencion | Firma de quien recibe visita | Firma de quien realiza visita |
|---------------------|---|---|------------------------------|-------------------------------|
| 14 abril al 12 mayo | Se le brinda Educacion sobre la Tuberculosis y Dengue | Se Remite al programa de Cardiavascular | Karen Mantilla | Gilberto Sanchez |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

4. ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | FUENTE 1. Acueducto 2. Pozo 3. Rio 4. Agua lluvia 5. Aljibe | AGUA | | | DISPOSICION EXCRETAS | | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | | |
|----|--|---|---|--|---|--|---------------------------|---|------------------------|-----------------------|--|--|--|--|
| | | 1. La familia cuenta con agua tratada (hervida o filtrada o clorada). 1. Si 2. No | 2. En la vivienda hacen lavado y mantenimiento de las pilas (albercas) de agua. Se realizan con los vecinos jornadas para recoger inservibles 1. Si 2. No | Cuántas veces realizan lavado de pilas 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 días 3. Una vez al mes | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva 1. Si 2. No | 1. Alcantarillado 2. Pozo séptico 3. Campo abierto 4. ALCANTARILLADO | RECICLA 1. Si 2. No | DISPOSICION FINAL 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Rio 4. Enterrada 5. Campo abierto | Numero cuarto vivienda | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL 1. Material 2. Madera 3. Bareque 4. Tapia 5. Otro | COCINA 1. Independiente 2. Dentro de un cuarto | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pajaros 6. Otros 7. No | VACUNADO RABIA 1. Si 2. No 3. NA |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| Fecha visita | Recomendaciones e informacion de salud | Remision a programas promocion y prevencion | Firma de quien recibe visita | Firma de quien realiza visita |
|------------------|--|--|------------------------------|-------------------------------|
| 17 abril - 12 mg | Se le brinda educacion sobre la prevencion de la tuberculosis y Dengue | Remite al punto al programa de control de tuberculosis | Juanita Venier | Edberto Sanchez |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



DEPARTAMENTO: *Santander*
BARRIO / VEREDA: *Minibel*

MUNICIPIO: *Santander*
DIRECCION: *Salud 13 A 16-02*

NUMERO CASA: *75*
NUMERO FAMILIAS: *01*

1. COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta identidad 3. Cedula 4. Partido permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (dias) | GENERO | | ESTADO CIVIL 1. Soltero (a) 2. Casada (o) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o compañero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISBEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISITA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Tecnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | LUGAR ZOONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | DISCAPACIDA D 1. Motore 2. Auditiva 3. Visual 4. Dej habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|---|--|-------------------|-----------------------|---|--------|----------|---|--|---|--|--|--------------------|---|---|----------|--|---|
| | | | | | | F | M | | | | | | | EAPB 1. Coosalud 2. Saludtotal 3. Nuevaeps 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | | | |
| | <i>Israel Fuentes Lisavero</i> | 3 | <i>1100891254</i> | <i>13-05 1989</i> | <i>3700</i> | | <i>X</i> | <i>2</i> | <i>1</i> | <i>1</i> | <i>3</i> | <i>2</i> | <i>3102202256</i> | <i>2</i> | <i>2</i> | <i>2</i> | <i>2</i> | |
| | <i>Yenny Carolina Quila</i> | 3 | <i>1100894163</i> | <i>11-10 1993</i> | <i>3200</i> | | <i>X</i> | <i>2</i> | <i>1</i> | <i>1</i> | <i>3</i> | <i>2</i> | | <i>2</i> | <i>2</i> | <i>2</i> | <i>7</i> | |
| | <i>Estrella Valentinna fuente Avila</i> | 2 | <i>1100895003</i> | <i>21-03 2013</i> | <i>1300</i> | | <i>X</i> | <i>1</i> | <i>3</i> | <i>1</i> | <i>3</i> | <i>6</i> | | <i>2</i> | <i>2</i> | <i>2</i> | <i>7</i> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



DEPARTAMENTO: Santander
BARRIO / VEREDA: Apuéblor

MUNICIPIO: Rionegro
DIRECCIÓN: Calle 13 A. 16-02

NUMERO CASA: 26
NUMERO FAMILIAS: 01

3. COMPOSICIÓN NÚCLEO FAMILIAR

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta identidad 3. Cédula 4. Permiso permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (días) | GENERO F M | ESTADO CIVIL 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o compañero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISTA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Técnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante por edad 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | DISCAPACIDA D 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Del habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|-----------------------|--|-------------------|---------------------|---|------------------|---|--|---|--|--|--------------------|--|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | EAPB 1. Coosalud 2. Saludotal 3. Nuevaeps 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | LUGAR ZONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | |
| | Carmen Cecilia Forero | 3 | 37225045 | 12-06 19 | 59 | F | 4 | 1 | 1 | 2 | 30220286 | 1 | 1 | 7 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

2. FACTORES DE RIESGO

| N° | PESO | TALLA | ANTECEDENTES | | | CONSUMO ALCOHOL | | FUMA | | CONSUMO SPA | | | SINTOMATICOS RESPIRATORIOS | | | | SINTOMAS PIEL | | | | En la familia usan | Si trabaja en agricultura, utiliza manga larga al realizar este oficio | |
|----|------|-------|--|--|--|------------------------------|---|----------------|---|--|--|--|--|---|--|---|------------------------------|------------------------------|---|---|--------------------|--|--|
| | | | 1. Hipertension 2. Diabetes 3. Cancer 4. Renales 5. Otro 6. Ninguno | ADHERENCIA TTO 1. Si 2. No 3. No aplica | FRECUENCIA 1. Una vez a la semana 2. Dos veces por semana 3. Cada 15 dias 4. Una vez por mns | 1. Si 2. No 3. A veces | 1. Si 2. No 3. Una cajetilla a la semana 4. Otro | 1. Si 2. No | FRECUENCIA 1. Una vez a la semana 2. Dos veces a la semana 3. Tres veces a la semana | Ha presentado tos por 15 dias? 1. Si 2. No | ha presentado sudoracion nocturna? 1. Si 2. No | Ha presentado perdida de peso? 1. Si 2. No | Ha presentado alteraciones en la piel? 1. Si 2. No | Ha presentado alteraciones en los ojos? 1. Perdida cejas 2. Perdida pestafias 3. Ninguna | Ha presentado disminucion fuerza muscular? 1. Si 2. No | Ha perdido la sensibilidad al calor, dolor o tacto? 1. Si 2. No | 1. Si 2. No 3. A veces | 1. Si 2. No 3. A veces | | | | | |
| | 65 | 165 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER**



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

3. PROGRAMAS PROMOCION Y PREVENCION

| N° | ATENCIÓN PRIMERA | | ATENCIÓN INFANCIA 6 AÑOS - 11 AÑOS | | ATENCIÓN ADOLESCENCIA 12 AÑOS - 17 AÑOS | | | ATENCIÓN JUVENTUD 18 AÑOS - 28 AÑOS | | | ATENCIÓN ADULTOZ 29 AÑOS - 59 AÑOS | | | ATENCIÓN VEJEZ 60 AÑOS Y MAS | | EMBARAZADA | | | |
|----|------------------|----|--|----|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--|---|---------------------------------|------------|------------|----|----|-------------------------------|
| | 7 DIAS - 5 AÑOS | | ATENCIÓN ADOLESCENCIA 1. Consulta joven 2. Odontología 3. Laboratorios 4. Planificación Familiar 5. Citología 6. Autoexamen mama | | CITOLOGIA | PLANIFICACION metodo con el cual esta planificando 1. Inyectable mensual 2. Inyectable trimestral 3. Oral 4. Implante subdermico 5. DIU 6. Esterilización quirurgica 7. Ninguna | ATENCIÓN JUVENTUD 1. Consulta joven 2. Odontología 3. Laboratorios 4. Planificación Familiar 5. Citología 6. Autoexamen mama | CITOLOGIA | PLANIFICACION metodo con el cual esta planificando 1. Inyectable mensual 2. Inyectable trimestral 3. Oral 4. Implante subdermico 5. DIU 6. Esterilización quirurgica 7. Ninguna | ATENCIÓN ADULTOZ 1. Consulta adulto 2. Laboratorios 3. Odontología 4. Citología 5. Agudeza visual 6. Planificación familiar 7. Otro | CITOLOGIA | PLANIFICACION metodo con el cual esta planificando 1. Inyectable mensual 2. Inyectable trimestral 3. Oral 4. Implante subdermico 5. DIU 6. Esterilización quirurgica 7. Ninguna | ATENCIÓN VEJEZ 1. Consult 2. Laboratorios 3. Odontología 4. Agudeza visual 5. Otro | | EMBARAZADA | ASISTE CPN | | | |
| | SI | NO | SI | NO | | | | | | | | | SI | NO | | | SI | NO | fecha de la toma de citologia |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

**ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER**



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

4. ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | FUENTE | | | AGUA | | | DISPOSICION EXCRETAS | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | | | | | | | |
|----|--------------|---------|--------|----------------|-----------|---|----------------------|---|--|---|--|---------------------------|---|------------------------|-----------------------|--|--|--|--|----------------|
| | 1. Acueducto | 2. Pozo | 3. Rio | 4. Agua lluvia | 5. Aljibe | 1. La familia cuenta con agua tratada (hervida o filtrada o clorada). 1. Si 2. No | | 2. En la vivienda hacen lavado y mantenimiento de las pilas (albercas) de agua. Se realizan con los vecinos jornadas para recoger inservibles 1. Si 2. No | Cuantas veces realizan lavado de pilas 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 dias 3. Una vez al mes | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva 1. Si 2. No | 1. Alcantarillado 2. Pozo septico 3. Campo abierto 4. ALCANTARILLADO | RECICLA 1. Si 2. No | DISPOSICION FINAL 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Rio 4. Enterrada 5. Campo abierto | Numero cuarto vivienda | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL 1. Material 2. Madera 3. Bataque 4. Tapia 5. Otro | COCINA 1. Independiente 2. Dentro de un cuarto | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pajaros 6. Otros 7. No | VACUNADO RABIA 1. Si 2. No 3. NA | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1. Si 2. No |
| 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 4 | 1 | | 1 | | 1 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



Fecha visita

17 de abril al 12 mayo

Recomendaciones e informacion de salud

Se celebrada charra sobre la importancia de la prevención de P.D. fueron citados de zoonosis

Remision a programas promocion y prevencion

Se Remite al programa de Control de Zoonosis

Firma de quien recibe visita

[Handwritten Signature]

Firma de quien realiza visita

Gilberto Sandoz

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



DEPARTAMENTO: Santandía MUNICIPIO: Rionegro NUMERO CASA: 37
 BARRIO / VEREDA: Mirabel DIRECCION: calle 13/16-02 NUMERO FAMILIAS: 01
 1. COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta Identidad 3. Cedula 4. Permiso permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (dias) | GENERO | | ESTADOCIVIL 1. Soltero (a) 2. Casada (o) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o compañero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISITA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Tecnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCCUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | | | DISCAPACIDAD D 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Del habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|------------------------|--|-------------------|---------------------|---|--------|---|--|--|--|--|---|--------------------|--|--|--|-------|--|--|
| | | | | | | F | M | | | | | | | EAPB 1. Coosalud 2. Saludtotal 3. Nucevaejs 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | ZONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | LUGAR | | |
| | <i>Isolina Cadogan</i> | 3 | 28336926 | 28-91 | 7120 | X | | 4 | 1 | 1 | 2 | 3001001821 | 3 | 1 | 1 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO



ALCALDIA MUNICIPAL
DE RIONEGRO

4. ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | AGUA | | | | DISPOSICION EXCRETAS | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | | | | |
|----|--|---|---|--|----------------------|---|---------------------------|---|------------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|
| | FUENTE 1. Acueducto 2. Pozo 3. Rio 4. Agua lluvia 5. Aljibe | 1. La familia cuenta con agua tratada (hervida o filtrada o clorada). 1. Si 2. No | 2. En la vivienda hacen lavado y mantenimiento de las pilas (albercas) de agua. Se realizan con los vecinos jornadas para recoger inservibles 1. Si 2. No | Cuantas veces realizan lavado de pilas 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 dias 3. Una vez al mes | | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva 1. Si 2. No | RECICLA 1. Si 2. No | DISPOSICION FINAL 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Rio 4. Enterrada 5. Campo abierto | Numero cuarto vivienda | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL 1. Material 2. Madera 3. Bareque 4. Tapia 5. Otro | COCINA 1. Independiente 2. Dentro de un cuarto | DOMESTICOS | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pajaros 6. Otros 7. No | VACUNADO RABIA 1. Si 2. No 3. NA | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |



ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| Fecha visita | Recomendaciones e informacion de salud | Remision a programas promocion y prevencion | Firma de quien recibe visita | Firma de quien realiza visita |
|---------------------|--|---|------------------------------|-------------------------------|
| 17 abril 01 12 mayo | Se le hizo Educacion sobre febricitosis | Se Remite al programa de Condorcetosis | Julian Badger | Bilbert Sandoz |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



DEPARTAMENTO: Santander
BARRIO / VEREDA: Apule

MUNICIPIO: Rionegro
DIRECCIÓN: Calle 13/16/04

NUMERO CASA: 78
NUMERO FAMILIAS: 01

1. COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID 1. Registro civil 2. Tarjeta identidad 3. Cedula 4. Permiso permanencia 5. Otro | N° IDENTIFICACION | FECHA NACIMIENTO | EDAD a (años) m (meses) d (dias) | GENERO | | ESTADO CIVIL 1. Soltero (a) 2. Casada (o) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Union libre 6. Otro | PARENTESCO 1. Jefe (a) familia 2. Conyugue o compañero 3. Hijo (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otros | SISEN 1. SI 2. NO 3. A LA ESPERA VISITA | NIVEL ESCOLARIDAD 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria 4. Tecnico 5. Profesional 6. Otro 7. Sin estudio | OCUPACION 1. Empleado 2. Independiente 3. Ama de casa 4. Pensionado 5. Desempleado 6. Estudiante 7. No aplica por edad | NUMERO CONTACTO | ASEGURAMIENTO | | | | | DISCAPACIDAD D 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Del habla 5. Mental 6. Otro 7. Ninguna |
|----|------------------------|--|-------------------|------------------|--|--------|---|---|---|--|---|---|-----------------|--|---|--|---|--|--|
| | | | | | | F | M | | | | | | | EAPB 1. Coosolid 2. Saludtotal 3. Nuevaeps 4. Otro 5. No tiene seguro | REGIMEN 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Regimen especial 4. Otro | LUGAR ZONIFICACION 1. Rionegro 2. Bucaramanga 3. Florida 4. Piedecuesta 5. Otro | | | |
| | Johana Paola Puentes | | 3-1100896436 | 10-12-1997 | 28 años | X | | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3142705154 | 1 | 2 | 1 | 7 | | |
| | Darling Tailana Cuello | | 3-1100896809 | 05-11-2016 | 9 años | X | | 1 | 3 | 1 | 1 | 6 | | 1 | 2 | 1 | 7 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



ALCALDIA MUNICIPAL DE RIONEGRO

3. PROGRAMAS PROMOCION Y PREVENCIÓN

| N° | ATENCION PRIMERA | | ATENCION INFANCIA 6 AÑOS - 11 AÑOS | | ATENCION ADOLESCENCIA 12 AÑOS - 17 AÑOS | | ATENCION JUVENTUD 18 AÑOS - 28 AÑOS | | ATENCION ADULTEZ 29 AÑOS - 59 AÑOS | | ATENCION VEJEZ 60 AÑOS Y MAS | | EMBARAZADA | | | |
|----|------------------|----|------------------------------------|----|---|--|---|--|---|---|---|--|---|---|--------------------------------|---|
| | SI | NO | SI | NO | CITOLOGIA | PLANIFICACION metodo con el cual esta planificando | CITOLOGIA | PLANIFICACION metodo con el cual esta planificando | ATENCION ADULTEZ | CITOLOGIA | ATENCION VEJEZ | CITOLOGIA | EMBARAZADA | ASISTE CPN | | |
| | | | | | 1. Consulta joven 2. Odontología 3. Laboratorios 4. Planificación Familiar 5. Citología 6. Autoexamen mama | 1. Inyectable mensual 2. Inyectable trimestral 3. Oral 4. Implante subdermico 5. DIU 6. Esterilizacion quirurgica 7. Ninguna | fecha de la toma de citología 1. Negativo 2. Positivo | resultado citología 1. Negativo 2. Positivo | 1. Consulta adultez 2. Laboratorios 3. Odontología 4. Citología 5. Agudeza visual 6. Planificación familiar 7. Otro | fecha de la toma de citología 1. Negativo 2. Positivo | resultado citología 1. Negativo 2. Positivo | 1. Consulta adultez 2. Laboratorios 3. Odontología 4. Agudeza visual 5. Otro | fecha de la toma de citología 1. Negativo 2. Positivo | resultado citología 1. Negativo 2. Positivo | 1. Si 2. No 3. No aplica | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 2026 30-03 | 123456 | | | | | | 2 | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

ATENCION PRIMARIA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



4 ESTADO VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE

| N° | FUENTE 1. Acueducto 2. Pozo 3. Río 4. Agua lluvia 5. Aljibe | AGUA | | | | Cuántas veces realizan lavado de pilas 1. Una vez a la semana 2. Una vez cada 15 días 3. Una vez al mes | Pozo recolector y pilas limpia sin presencia de larva 1. Si 2. No | DISPOSICION EXCRETAS 1. Alcantarillado 2. Pozo septico 3. Campo abierto 4. ALCANTARILLADO | MANEJO RESIDUOS SOLIDOS | | VIVIENDA | | | PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS | | | |
|----|--|----------------|----------------|---|------------------------|--|---|--|-------------------------|---|--|---|--------|----------------------------------|---|--|---|
| | | RECICLA | | DISPOSICION FINAL 1. Recolectada 2. Quemada 3. Tirada al Río 4. Enterrada 5. Campo abierto | Numero cuarto vivienda | | | | # Personas por cuarto | TIPO MATERIAL | | | COCINA | | | 1. Perro 2. Gato 3. Cerdos 4. Aves de corral 5. Pajaros 6. Otros 7. No | VACUNADO RABIA 1. Si 2. No 3. NA |
| | | 1. Si 2. No | 1. Si 2. No | | | | | | | 1. Material 2. Madera 3. Bataque 4. Tapia 5. Otro | 1. Independiente 2. Dentro de un cuarto | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 10

Apoyar la realización de acciones informativas colectivas a la comunidad para la prevención y mitigación del dengue y demás eventos que se requieran.

Se realiza charla educativa a la comunidad general en el parque Principal de María Ramos municipio de Rionegro Santander.

Busqueda de posible criaderos de mosquito para dengue a los establecimientos públicos , hospital, concejo, teatro, alcaldia





MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER
 FORMATO DE ASISTENCIA - CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN INTERVENIDA

SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL

Lugar: Parque Municipal de Rio Negro Municipio: Fecha: 17 de abril de 2018 Hora: 8:30 A.M. por
 Objeto: Determinar y medir los posibles Cradidos de mujeres y tener en cuenta el problema de salud
 Territorio Tratar/Actividad: Denguex

| Nº | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO H M | CICLO VITAL | | | | | BARRIO, VEREDA O CORRESMIENTO | CELULAR | ENFOQUE DIFERENCIAL | | | | | | | | | | UBICACION GEOGRAFICA U R | FIRMA | | | | | |
|----|---------------------|------------------------|----------------|--------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|-------------------------------|---------|---------------------|-------------------------|---------------------------|----------------|------------------------|------------|-------------------------------------|-------------------------|-------|-------|--------------------------------|-------|--|--|--|--|--|
| | | | | PRIMERA INFANCIA (0 A 5) | INFANCIA (6 A 11) | ADOLESCENCIA (12 A 17) | JOVENES (18 A 29) | ADULTO (30 A 59) | | | ADULTO MAYOR (60 +) | MUJER CABEZA DE FAMILIA | PERSONAS CON DISCAPACIDAD | ETHIA INDIGENA | ETHIA AFRODESCENDIENTE | ETHIA ROOM | VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO O FORZADO | VICTIMA DE OTROS HECHOS | LGBTI | OTROS | | | | | | | |
| 1 | [Signature] | 142214722 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Bryan Andres Florez | 63513126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Luz Helena | 28335700 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Elcida | 28335700 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Karol Belves | 28335700 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Jenny Gelvez | 100878154 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Jefe Suroyondo | 1098609255 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Madri Rojas | 3754929 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Mariela Herrera | 30612911557 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Editha Rosnyne | 917262106 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Janeth Aguibol | 63293628 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Jairo Rincón | 657567707 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



MUNICIPIO DE RIONEGRO SANTANDER
 FORMATO DE ASISTENCIA - CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN INTERVENIDA

SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL

Lugar: Pueblo Principal de Fronero Municipio: Fronero Fecha: 17 abril al 12 mayo Hora: 8:30 am
 Objetivo: prevenir y disminuir los posibles cuadros de dengue
 Temas a Tratar/Actividad: Dengue

| N° | NOMBRE Y APELLIDO | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | | CICLO VITAL | | | | | BARRIO, VEREDA O CORREGIMIENTO | CELULAR | MUJER CABEZA DE FAMILIA | PERSONAS CON DISCAPACIDAD | ETNIA INDIGENA | ETNIA AFRODESCENDIENTE | ETNIA ROOM | VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO O FORZADO | VICTIMA DE OTROS HECHOS | LGBTI | OTROS | UBICACION GEOGRAFICA | | FIRMA | |
|----|--------------------------|------------------------|------|---|--------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------|------------------------|------------|-------------------------------------|-------------------------|-------|-------|----------------------|---|-------|---------------------|
| | | | H | M | PRIMERA INFANCIA (0 A 5) | INFANCIA (6 A 11) | ADOLESCENCIA (12 A 17) | JOVENES (14 A 28) | ADULTO (29 A 59) | | | | | | | | | | | | ADULTO MAYOR (60 +) | U | | R |
| 1 | DANARA RAMON | 1100896112 | | X | | | | X | | | B. Alamos | 3102474293 | X | | | | | | | | | | | DANARA RAMON |
| 2 | MARISOL BASTIDAS | 1098753888 | | | | | | X | | | B. La Bomba | 3006057400 | X | | | | | | | | | | | MARISOL BASTIDAS |
| 3 | SILVIA OTRA | 11009045471 | | X | | | | X | | | B. Cristo Rey | 3138741322 | X | | | | | | | | | | | SILVIA OTRA |
| 4 | CARMEN CUADROS | 63342213 | | | | | | X | | | B. CAISO RCM | 3178519506 | X | | | | | | | | | | | CARMEN C. |
| 5 | YRABUENDAS CORTIERS | 100548626 | | | | | | X | | | B. MICHIEL | 3144800938 | X | | | | | | | | | | | YRABUENDAS CORTIERS |
| 6 | PROCELMA SUAREZ B | 1100894388 | | X | | | | X | | | V. VERDEARRENO | 3177827805 | X | | | | | | | | | | | PROCELMA SUAREZ B. |
| 7 | CRISTINA DIAMONTE SUAREZ | 1015965543 | | X | | | | X | | | V. VERDEARRENO | 307571897 | X | | | | | | | | | | | CRISTINA SUAREZ |
| 8 | NELCY VEGA RODRIGUEZ | 1098612519 | | X | | | | X | | | Vereda los COCOS. | 3195648257 | X | | | | | | | | | | | NELCY VEGA R. |
| 9 | NATALIA FLOREZ | 1100894897 | | X | | | | X | | | MIRABEL. | 3152493767 | X | | | | | | | | | | | NATALIA FLOREZ |
| 10 | ROCIONELY SALAZAR | 1650373 | | X | | | | X | | | HONDURAS | 3008400529 | X | | | | | | | | | | | ROCIONELY S. |
| 11 | SANDRA CASTAÑO | 110282101 | | X | | | | X | | | EL ROMERO | 3176753266 | X | | | | | | | | | | | SANDRA CASTAÑO |
| 12 | CESAR LUIS PINO | 1003805189 | | | | | | | | | vereda carriño | 311554451 | | | | | | | | | | | X | CESAR LUIS PINO |
| 13 | ROBAL PARRA | 20552008 | | | | | | | | | la meseta | 3046787777 | | | | | | | | | | | X | ROBAL PARRA |



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DENGUE
GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA
SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL



FECHA DE VISITA: 08 MAY 2023

Semana de notificación 12

FECHA DE NOTIFICACION: 28 MAY 2023

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: 28 MAY 2023

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente: PATRICIA SAENZ JORRA

Edad 55 años Tipo de ID CC No de identificación 28336124

Telefono 312577332 Municipio: SONGRO

Lugar de Residencia: Cabecera municipal: SI NO Barrio: Dirección:

Zona rural: SI NO Vereda: colorado Finca/Ubicación: finca villa 102

Ocupación Ama de casa

Lugar donde labora o estudia

Tipo de aseguramiento: C S Esp Exc NA Aseguradora COOSALUD

Esta embarazada al momento del diagnostico SI NO

Semanas de gestacion

PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

| Nº | Nombre Completo | Parentesco | A presentado Sintomatología, relacionada con Dengue. | TIPO | TENENCIA |
|----|-----------------|------------|--|---|--|
| 1 | Victor E Moreno | esposo | NO | Casa <input checked="" type="checkbox"/> | Propia <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | | | | Apartamento <input type="checkbox"/> | Alquilada <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | Pieza <input type="checkbox"/> | Comodato <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | PISOS | TECHOS |
| 5 | | | | Cemento <input checked="" type="checkbox"/> | Zinc <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | | | | Madera <input type="checkbox"/> | Placa <input type="checkbox"/> |
| 7 | | | | Tierra <input type="checkbox"/> | Teja <input type="checkbox"/> |
| 8 | | | | Baldosa <input type="checkbox"/> | Otro: Cuál? <input type="checkbox"/> |
| | | | | PAREDES | Otros |
| | | | | Pañeladas <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | | | Ladrillo <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Madera <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Desecho <input type="checkbox"/> | |

2. DATOS DE LA ATENCIÓN

Síntomas iniciales:

Fiebre SI NO
Dolor de Cabeza SI NO
Dolor retrocular SI NO
Dolor Muscular SI NO
Dolor Articular SI NO

Erupción o rash SI NO
Dolor abdominal intenso y continuo SI NO
Vómito persistente SI NO
Diarrea SI NO

Antes de recibir atención médica, tomo algún medicamento SI NO

Consultó en alguna farmacia? SI NO

Cual: _____

Ubicación: _____

Cuáles?
Acetaminofen SI NO
Diclofenaco SI NO
Diporona SI NO
Naproxeno SI NO
Otro: _____

4. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

COMORBILIDADES PRESENTADAS

| | | |
|---------------------------|--|-----------------------------|
| Hipertensión arterial | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| EPOC | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad vascular grave | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad ácido péptica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedades autoinmunes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Infecciones concomitantes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| VIH /SIDA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

RIESGO SOCIAL

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Abandono familiar o social | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Adicción a sustancias psicoactivas | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Menor de 1 año de edad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Menor de edad en protección | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Recluso | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Mayor de 65 Años de edad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Habitante de la calle | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Condición de discapacidad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Desplazado por la violencia o víctima de conflicto | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Habitante de asentamiento humano | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

5. OBSERVACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL DOMICILIO Y PERIDOMICILIO

En los alrededores tiene inservibles: Llantas, latas, botellas, valdes, bolsas, etc? SI NO

Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Dentro de la vivienda hay inservibles al aire libre? SI NO

Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Hay depósitos de agua (floreros, llantas, plantas, pilas)? SI NO

Cuáles? Tanque elevado SI NO

Tanque bajo SI NO

Llantas SI NO

Plantas SI NO

Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) SI NO Cuáles?: _____

Hay larvas en los depósitos de agua? SI NO

En cuáles? Tanque elevado SI NO

Tanque bajo SI NO

Llantas SI NO

Plantas SI NO

Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) SI NO Cuáles?: _____

La vivienda cuenta con : Agua potable las 24 horas del día SI NO

Alcantarillado SI NO

Frecuencia de recolección de basuras: 0 veces por semana.

Recomendaciones realizadas para la prevención del dengue

Limpiar la pila cada semana con jabón y cepillo? SI NO

Recolectar y eliminar escombros y cosas que no utiliza? SI NO

Limpiar y tapar los recipientes donde deposita el agua? SI NO

Utilizar toldillo y repelente? SI NO

5. OBSERVACIONES

Belcy Paes Parra
hermana
Nombre de quien RECIBE la visita

Gilberto Sanchez N
Nombre de quien REALIZA la visita



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DENGUE
GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA
SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL



FECHA DE VISITA: 00 04 2008

Semana de notificación 13

FECHA DE NOTIFICACION: 01 04 2008

Corregimiento 1 de Bucaramanga

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS 04 04 2008

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente: ALIAN FRANCISCO Hernandez GOSA

Edad Años Tipo de ID RC No de identificación 1096077210

Telefono 3045384522 Municipio: Bucaramanga

Lugar de Residencia: Cabecera municipal: SI NO Barrio: _____ Dirección: _____

Zona rural: SI NO Vereda: Angelino Finca/Ubicación: _____

Ocupación Estudiante colegio "Guadalupe Chiriquiana"

Lugar donde labora o estudia Kennedy Buro

Tipo de aseguramiento: C Esp Exc NA Aseguradora Famisanor

Esta embarazada al momento del diagnostico SI NO

Semanas de gestacion _____

PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

| Nº | Nombre Completo | Parentesco | A presentado Sintomatología, relacionada con Dengue. | TIPO | TENENCIA |
|----|------------------------|----------------|--|---|--|
| 1 | <u>Yomile P SOSAA</u> | <u>madre</u> | <u>NO</u> | Casa <input checked="" type="checkbox"/> | Propia <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | <u>David R. Homais</u> | <u>Hermano</u> | <u>SI</u> | Apartamento <input type="checkbox"/> | Alquilada <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | Pieza <input type="checkbox"/> | Comodato <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | PISOS | TECHOS |
| 5 | | | | Cemento <input checked="" type="checkbox"/> | Zinc <input type="checkbox"/> |
| 6 | | | | Madera <input type="checkbox"/> | Placa <input type="checkbox"/> |
| 7 | | | | Tierra <input type="checkbox"/> | Toja <input type="checkbox"/> |
| 8 | | | | Baldosa <input type="checkbox"/> | Otro: Cuál? _____ |
| | | | | PAREDES | Otros |
| | | | | Pañeladas <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | | | Ladrillo <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Madera <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Desecho <input type="checkbox"/> | |

2. DATOS DE LA ATENCIÓN

Síntomas iniciales:

| | | | |
|------------------|--|------------------------------------|--|
| Fiebre | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Erupción o rash | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Dolor abdominal intenso y continuo | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor retrocular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Vómito persistente | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor Muscular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Diarrea | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor Articular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

Antes de recibir atención médica, tomo algún medicamento SI NO

Consultó en alguna farmacia? SI NO

Cual: _____

Ubicación: _____

Cuáles?

| | |
|--------------|--|
| Acetaminofen | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Diclofenaco | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Diporona | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Naproxeno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Otro: | _____ |

4. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

COMORBILIDADES PRESENTADAS

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|--|
| Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| EPOC | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad vascular grave | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad ácido péptica | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedades autoinmunes | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Infecciones concomitantes | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| VIH /SIDA | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

RIESGO SOCIAL

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Abandono familiar o social | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Adicción a sustancias psicoactivas | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Menor de 1 año de edad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Menor de edad en protección | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Recluso | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Mayor de 65 Años de edad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Habitante de la calle | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Condición de discapacidad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Desplazado por la violencia o víctima de conflicto | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Habitante de asentamiento humano | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

5. OBSERVACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL DOMICILIO Y PERIDOMICILIO

En los alrededores tiene inservibles: Llantas, latas, botellas, valdes, bolsas, etc? SI NO
 Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Dentro de la vivienda hay inservibles al aire libre? SI NO
 Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Hay depósitos de agua (floreros, llantas, plantas, pilas)? SI NO
 Cuáles?

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Tanque elevado | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Tanque bajo | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Llantas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Plantas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

 Cuáles?: _____

Hay larvas en los depósitos de agua? SI NO
 En cuáles?

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Tanque elevado | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Tanque bajo | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Llantas | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Plantas | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

 Cuáles?: _____

La vivienda cuenta con :

| | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| Agua potable las 24 horas del día | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Alcantarillado | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Frecuencia de recolección de basuras: 3 veces por semana.

Recomendaciones realizadas para la prevención del dengue

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Limpiar la pila cada semana con jabón y cepillo | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Recolectar y eliminar escombros y cosas que no utiliza | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Limpiar y tapar los recipientes donde deposita el agua | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Utilizar toldillo y repelente | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

5. OBSERVACIONES

Yomaira P. Sosa
 Nombre de quien RECIBE la visita

Gilberto Sanchez N
 Nombre de quien REALIZA la visita

ACTA VISITA
INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL CRIADEROS PARA DENGUE
RIONEGRO SANTANDER

| | |
|---|---------------|
| Fecha: 05-05/2016 | Hora: 8:30 am |
| Dirección: Calle 13-15-14 | |
| Tipo de establecimiento: Hospital de Rionegro | |
| Nombre persona recibe visita: Leydy Paola Bravo | |
| En calidad de: Lider SST y Ambiente | |

Motivo Visita:

Se revisa el establecimiento del hospital para seguimiento para la prevención del posible criadero de mosquito

Resultados de inspección:

Se realiza la inspección o calor donde se observa el fango principal fangos y fangos se revisa la planta física del establecimiento donde se ve bien organizado sin ningún depósito de agua para criadero de mosquito o larva.

Recomendación y/o compromisos:

- 1) Tapar el borde de la fanga de fango de Aguas Residuales.
- 2) Mantener limpio y seco

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 3156295344

Anexos:

Registro fotografico

Cealy Paola Bueno

Nombre persona recibe Visita

Cargo: *Lider SST y Ambiental*

Numero de Contacto: *3005224526*

Gilberto Sanchez Navarro

Nombre de persona quien realiza la visita

Cargo *fax de información Secretario de salud*

mujer y bienestar social Rionegro

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 3156295344

ACTA VISITA
INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL CRIADEROS PARA DENGUE
RIONEGRO SANTANDER

| | |
|---|------------------|
| Fecha: <u>6 mayo / 2026</u> | Hora: <u>8am</u> |
| Dirección: | |
| Tipo de establecimiento: <u>consejo municipal.</u> | |
| Nombre persona recibe visita | |
| En calidad de: | |
| Motivo Visita: <u>Se realiza visita al establecimiento del consejo municipal de seguimiento para la búsqueda de posible criadero de mosquito por el Dengue y se realiza visita con el acompañamiento con E.T.V. departamental.</u> | |
| Resultados de inspección: <u>Se realiza visita ocular donde se observa depósito de agua sin presencia de larva o mosquito debido al taparrullo que tiene el acantarrillado de este establecimiento del consejo municipal y Bona limpio y aseado</u> | |
| Recomendación y/o compromisos: <u>(1) Regular el acantarrillado</u> <u>(2) mantener limpio y aseado el establecimiento</u> | |
| Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander) | |

Anexos:

Registro fotografico

Nombre persona recibe Visita

Cargo:

Numero de Contacto:

Alberto Sanchez N.

Nombre de persona quien realiza la visita

Cargo:

*Aux de enfermería Secretaria de Salud
mujer y bienestar Social Rionegro*

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro (Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

servicioalciudadano@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 3156295344

7 INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL CRIADEROS PARA DENGUE
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER
ACTA VISITA

| | |
|--|----------------|
| Fecha: 6 mayo / 2016 | Hora: 8:30 am. |
| Dirección: | |
| Tipo de establecimiento: teatro municipal | |
| Nombre persona recibe visita | |
| En calidad de: | |
| Motivo Visita: Se realiza de seguimiento al establecimiento del teatro municipal para la búsqueda de posible criadero de mosquitos para el Dengue | |
| Resultados de inspección: Se realiza visita ocular donde se observa depósito de agua sin presencia de larva o mosquito debido al taparramisado del acantarijado y el techo del teatro y también se ve humedad y se realiza visita con el acompañamiento con los de ETV departamental | |
| Recomendación y/o compromisos: Airear el acantarijado y el techo y mantener limpio y seco el establecimiento del teatro. | |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 315 6295344



Anexos:
Registro fotografico

Nombre persona recibe Visita _____
Cargo: _____
Numero de Contacto: _____

Gilberto Sanchez N

Nombre de persona quien realiza la visita _____
Cargo *Aux de enfermeria Secretaria de Salud mujer y bienestar Social Rionegro*

Nombre de persona quien realiza la visita _____
Cargo _____

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)
www.rionegro-santander.gov.co
alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co
Contacto: 315 6295344

INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL CRIADEROS PARA DENGUE
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER
ACTA VISITA

Fecha: 6 mayo / 2026 Hora: 10:00 am
Dirección:
Tipo de establecimiento: Alcaldia Municipal Rionegro
Nombre persona recibe visita
En calidad de:

Motivo Visita:
Se realiza de seguimiento al establecimiento de la alcaldia municipal de Rionegro para la Busqueda de posible Criadero de mosquito para el Dengue

Resultados de inspección: Se realiza visita ocular donde se observo Limpio y aseado los Binos NO se encuentra deposito de Agua para los posible Criadero de mosquito. Se ve tambien destruidos las tapa de los Cifones. ya que dijo el peso de los mosquito. Se realiza la visita 6 mayo / 2026

Recomendación y/o compromisos: (1) Asegurar las tapa de los Cifones.
(2) mantener limpio y aseado los Binos.

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)

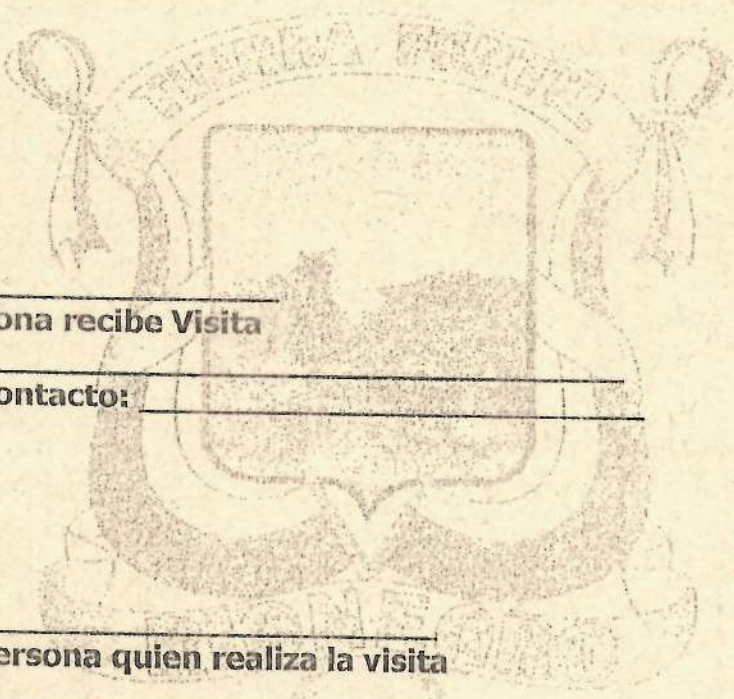
www.rionegro-santander.gov.co

alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 315 6295344



Anexos:



Nombre persona recibe Visita _____

Cargo: _____

Numero de Contacto: _____

Nombre de persona quien realiza la visita _____

Cargo _____

Nombre de persona quien realiza la visita _____

Cargo _____

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co

Contacto: 315 6295344

Anexo 11

Apoyar las investigaciones de campo para la identificación y seguimiento de los eventos de interés en salud pública.

Se realizó llamadas a los pacientes para los seguimientos y la prevención de posible de larvas para dengue y personas afectadas la aedes aegyti.





INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DENGUE
GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA
SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL



FECHA DE VISITA: 08 MAY 2023

Semana de notificación 12

FECHA DE NOTIFICACION: 28 MAY 2023

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: 28 MAY 2023

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente: PATRICIA SAENZ JORRA

Edad 55 años Tipo de ID CC No de identificación 28336124

Telefono 312577332 Municipio: SONGRO

Lugar de Residencia: Cabecera municipal: SI NO Barrio: Dirección:

Zona rural: SI NO Vereda: colorado Finca/Ubicación: finca villa 102

Ocupación Ama de casa

Lugar donde labora o estudia

Tipo de aseguramiento: C S Esp Exc NA Aseguradora COOSALUD

Esta embarazada al momento del diagnostico SI NO Semanas de gestacion

PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

| Nº | Nombre Completo | Parentesco | A presentado Sintomatología, relacionada con Dengue. | TIPO | TENENCIA |
|----|-----------------|------------|--|---|--|
| 1 | Victor E Moreno | esposo | NO | Casa <input checked="" type="checkbox"/> | Propia <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | | | | Apartamento <input type="checkbox"/> | Alquilada <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | Pieza <input type="checkbox"/> | Comodato <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | PISOS | TECHOS |
| 5 | | | | Cemento <input checked="" type="checkbox"/> | Zinc <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 | | | | Madera <input type="checkbox"/> | Placa <input type="checkbox"/> |
| 7 | | | | Tierra <input type="checkbox"/> | Teja <input type="checkbox"/> |
| 8 | | | | Baldosa <input type="checkbox"/> | Otro: Cuál? <input type="checkbox"/> |
| | | | | PAREDES | Otros |
| | | | | Pañeladas <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | | | Ladrillo <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Madera <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Desecho <input type="checkbox"/> | |

2. DATOS DE LA ATENCIÓN

Síntomas iniciales:

Fiebre SI NO
Dolor de Cabeza SI NO
Dolor retrocular SI NO
Dolor Muscular SI NO
Dolor Articular SI NO

Erupción o rash SI NO
Dolor abdominal intenso y continuo SI NO
Vómito persistente SI NO
Diarrea SI NO

Antes de recibir atención médica, tomo algún medicamento SI NO

Consultó en alguna farmacia? SI NO

Ubicación:

Cuáles?
Acetaminofen SI NO
Diclofenaco SI NO
Diporona SI NO
Naproxeno SI NO
Otro:

4. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

COMORBILIDADES PRESENTADAS

| | | |
|---------------------------|--|-----------------------------|
| Hipertensión arterial | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| EPOC | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad vascular grave | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad ácido péptica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedades autoinmunes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Infecciones concomitantes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| VIH /SIDA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

RIESGO SOCIAL

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Abandono familiar o social | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Adicción a sustancias psicoactivas | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Menor de 1 año de edad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Menor de edad en protección | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Recluso | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Mayor de 65 Años de edad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Habitante de la calle | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Condición de discapacidad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Desplazado por la violencia o víctima de conflicto | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Habitante de asentamiento humano | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

5. OBSERVACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL DOMICILIO Y PERIDOMICILIO

En los alrededores tiene inservibles: Llantas, latas, botellas, valdes, bolsas, etc? SI NO

Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Dentro de la vivienda hay inservibles al aire libre? SI NO

Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Hay depósitos de agua (floreros, llantas, plantas, pilas)? SI NO

Cuáles? Tanque elevado SI NO

Tanque bajo SI NO

Llantas SI NO

Plantas SI NO

Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) SI NO Cuáles?: _____

Hay larvas en los depósitos de agua? SI NO

En cuáles? Tanque elevado SI NO

Tanque bajo SI NO

Llantas SI NO

Plantas SI NO

Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) SI NO Cuáles?: _____

La vivienda cuenta con : Agua potable las 24 horas del día SI NO

Alcantarillado SI NO

Frecuencia de recolección de basuras: 0 veces por semana.

Recomendaciones realizadas para la prevención del dengue

Limpiar la pila cada semana con jabón y cepillo? SI NO

Recolectar y eliminar escombros y cosas que no utiliza? SI NO

Limpiar y tapar los recipientes donde deposita el agua? SI NO

Utilizar toldillo y repelente? SI NO

5. OBSERVACIONES

Belcy Paes Parra
hermana
Nombre de quien RECIBE la visita

Gilberto Sanchez N
Nombre de quien REALIZA la visita



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DENGUE
GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA
SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL



FECHA DE VISITA: 00 04 2008

Semana de notificación 13

FECHA DE NOTIFICACION: 01 04 2008

Corregimiento 1 de Bucaramanga

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS 04 04 2008

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente: ALIAN FRANCISCO Hernandez GOSA

Edad Años Tipo de ID RC No de identificación 1096077210

Telefono 3045384522 Municipio: Bucaramanga

Lugar de Residencia: Cabecera municipal: SI NO Barrio: _____ Dirección: _____

Zona rural: SI NO Vereda: Angelino Finca/Ubicación: _____

Ocupación Estudiante colegio "Guillermo Chiriquiana"

Lugar donde labora o estudia Kennedy Buro

Tipo de aseguramiento: C Esp Exc NA Aseguradora Famisanor

Esta embarazada al momento del diagnostico SI NO Semanas de gestacion _____

PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

| Nº | Nombre Completo | Parentesco | A presentado Sintomatología, relacionada con Dengue. | TIPO | TENENCIA |
|----|------------------------|----------------|--|---|--|
| 1 | <u>Yomile P SOSAA</u> | <u>madre</u> | <u>NO</u> | Casa <input checked="" type="checkbox"/> | Propia <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | <u>David R. Homais</u> | <u>Hermano</u> | <u>SI</u> | Apartamento <input type="checkbox"/> | Alquilada <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | Pieza <input type="checkbox"/> | Comodato <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | PISOS | TECHOS |
| 5 | | | | Cemento <input checked="" type="checkbox"/> | Zinc <input type="checkbox"/> |
| 6 | | | | Madera <input type="checkbox"/> | Placa <input type="checkbox"/> |
| 7 | | | | Tierra <input type="checkbox"/> | Teja <input type="checkbox"/> |
| 8 | | | | Baldosa <input type="checkbox"/> | Otro: Cuál? _____ |
| | | | | PAREDES | Otros |
| | | | | Pañeladas <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | | | Ladrillo <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Madera <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Desecho <input type="checkbox"/> | |

2. DATOS DE LA ATENCIÓN

Síntomas iniciales:

| | | | |
|------------------|--|------------------------------------|--|
| Fiebre | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Erupción o rash | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Dolor abdominal intenso y continuo | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor retrocular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Vómito persistente | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor Muscular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Diarrea | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor Articular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

Antes de recibir atención médica, tomo algún medicamento SI NO

Consultó en alguna farmacia? SI NO

Cuál: _____ Cuáles? Acetaminofen NO

Ubicación: _____ Diclofenaco NO

Diporona NO

Naproxeno NO

Otro: _____

4. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

COMORBILIDADES PRESENTADAS

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|--|
| Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| EPOC | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad vascular grave | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad ácido péptica | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedades autoinmunes | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Infecciones concomitantes | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| VIH /SIDA | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

RIESGO SOCIAL

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Abandono familiar o social | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Adicción a sustancias psicoactivas | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Menor de 1 año de edad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Menor de edad en protección | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Recluso | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Mayor de 65 Años de edad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Habitante de la calle | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Condición de discapacidad | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Desplazado por la violencia o víctima de conflicto | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Habitante de asentamiento humano | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

5. OBSERVACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL DOMICILIO Y PERIDOMICILIO

En los alrededores tiene inservibles: Llantas, latas, botellas, valdes, bolsas, etc? SI NO
 Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Dentro de la vivienda hay inservibles al aire libre? SI NO
 Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Hay depósitos de agua (floreros, llantas, plantas, pilas)? SI NO
 Cuáles?

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Tanque elevado | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Tanque bajo | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Llantas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Plantas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

 Cuáles?: _____

Hay larvas en los depósitos de agua? SI NO
 En cuáles?

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Tanque elevado | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Tanque bajo | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Llantas | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Plantas | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

 Cuáles?: _____

La vivienda cuenta con :

| | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| Agua potable las 24 horas del día | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Alcantarillado | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Frecuencia de recolección de basuras: 3 veces por semana.

Recomendaciones realizadas para la prevención del dengue

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Limpiar la pila cada semana con jabón y cepillo | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Recolectar y eliminar escombros y cosas que no utiliza | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Limpiar y tapar los recipientes donde deposita el agua | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Utilizar toldillo y repelente | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

5. OBSERVACIONES

Yomaira P. Sosa
 Nombre de quien RECIBE la visita

Gilberto Sanchez N
 Nombre de quien REALIZA la visita



INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DENGUE
GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA
SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER
SECRETARÍA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL



FECHA DE VISITA: 08 May 2025

Semana de notificación 13

FECHA DE NOTIFICACION: 07 May 2025

Bucaramanga 1er
Corregimiento

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS 05 May 2025

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente: David Adrián Hernández Gosa

Edad 16 años Tipo de ID TZ No de identificación 1099429435

Telefono 3045384522 Municipio: Bucaramanga 1er Corregimiento

Lugar de Residencia: Cabecera municipal: SI NO Barrio: _____ Dirección: _____
Zona rural: SI NO Vereda: Angelino Finca/Ubicación: 1er Corregimiento

Ocupación Estudiante
Lugar donde labora o estudia Colegio de Cristo

Tipo de aseguramiento: C A Esp Exc NA Aseguradora Fomisona

Esta embarazada al momento del diagnostico SI NO Semanas de gestacion _____

PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

| Nº | Nombre Completo | Parentesco | A presentado Sintomatología, relacionada con Dengue. | TIPO | TENENCIA |
|----|--------------------------|----------------|--|---|---|
| 1 | <u>Yamile P Gosa</u> | <u>madre</u> | <u>NO</u> | Casa <input checked="" type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Pieza <input type="checkbox"/> | Propia <input checked="" type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> |
| 2 | <u>Alina F Hernández</u> | <u>Hermana</u> | <u>SI</u> | PISOS | TECHOS |
| 3 | | | | Cemento <input checked="" type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Baldosa <input type="checkbox"/> | Zinc <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Teja <input type="checkbox"/> Otro: Cuál? _____ |
| 4 | | | | PAREDES | Otros |
| 5 | | | | Pañetadas <input type="checkbox"/> Ladrillo <input checked="" type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Desecho <input type="checkbox"/> | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |

2. DATOS DE LA ATENCIÓN

Síntomas iniciales:

| | | | |
|------------------|--|------------------------------------|--|
| Fiebre | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Erupción o rash | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor de Cabeza | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Dolor abdominal intenso y continuo | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor retrocular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Vómito persistente | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor Muscular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Diarrea | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor Articular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

Antes de recibir atención médica, tomo algún medicamento SI NO

Consultó en alguna farmacia? SI NO

¿Cuál? _____

¿Ubicación? _____

Cuáles?

| | |
|--------------|--|
| Acetaminofen | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Diclofenaco | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Diporona | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Naproxeno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Otro: | _____ |

4. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

COMORBILIDADES PRESENTADAS

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Hipertensión arterial | SI | NO |
| Diabetes Mellitus | SI | NO |
| EPOC | SI | NO |
| Anemia falciforme | SI | NO |
| Enfermedad renal crónica | SI | NO |
| Enfermedad vascular grave | SI | NO |
| Enfermedad ácido péptica | SI | NO |
| Enfermedades autoinmunes | SI | NO |
| Infecciones concomitantes | SI | NO |
| Enfermedad hepática | SI | NO |
| VIH /SIDA | SI | NO |

RIESGO SOCIAL

| | | |
|--|----|----|
| Abandono familiar o social | SI | NO |
| Adicción a sustancias psicoactivas | SI | NO |
| Menor de 1 año de edad | SI | NO |
| Menor de edad en protección | SI | NO |
| Recluso | SI | NO |
| Mayor de 65 Años de edad | SI | NO |
| Habitante de la calle | SI | NO |
| Condición de discapacidad | SI | NO |
| Desplazado por la violencia o víctima de conflicto | SI | NO |
| Habitante de asentamiento humano | SI | NO |

5. OBSERVACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL DOMICILIO Y PERIDOMICILIO

En los alrededores tiene inservibles: Llantas, latas, botellas, valdes, bolsas, etc? SI NO

Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Dentro de la vivienda hay inservibles al aire libre? SI NO

Si la respuesta SI, mencione los inservibles _____

Hay depósitos de agua (floreros, llantas, plantas, pilas)? SI NO

| | | | |
|---------|--|----|----|
| Cuáles? | Tanque elevado | SI | NO |
| | Tanque bajo | SI | NO |
| | Llantas | SI | NO |
| | Plantas | SI | NO |
| | Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) | SI | NO |

Cuáles?: _____

Hay larvas en los depósitos de agua? SI NO

| | | | |
|------------|--|----|----|
| En cuáles? | Tanque elevado | SI | NO |
| | Tanque bajo | SI | NO |
| | Llantas | SI | NO |
| | Plantas | SI | NO |
| | Diversos (baldes, botellas, floreros, etc) | SI | NO |

Cuáles?: _____

La vivienda cuenta con : Agua potable las 24 horas del día SI NO
Alcantarillado SI NO

Frecuencia de recolección de basuras: 4 veces por semana.

Recomendaciones realizadas para la prevención del dengue

| | | |
|--|----|----|
| Limpiar la pila cada semana con jabón y cepillo | SI | NO |
| Recolectar y eliminar escombros y cosas que no utiliza | SI | NO |
| Limpiar y tapar los recipientes donde deposita el agua | SI | NO |
| Utilizar toldillo y repelente | SI | NO |

5. OBSERVACIONES

Juan P. Sosa
Nombre de quien RECIBE la visita

Gilberto Sanchez
Nombre de quien REALIZA la visita

Anexo 12

Apoyar en la revisión y seguimiento de esquemas de vacunación en menores de cinco años identificando susceptibles y participar en las jornadas de vacunación nacional, municipal y monitoreos rápidos de cobertura cuando se requieran.

Se apoya a la jornada de vacunación municipal en la zona urbana en el parque principal de Rionegro, coliseo municipal y vacunaton nocturno en el barrio quebrada seca



ANEXO 13

Apoyar las estrategias de búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública requeridos por el ente municipal.

Se realiza búsqueda activa comunitaria en el barrio mirabel.



FORMATO DE CONSOLIDACION DE DATOS DE BUSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA SAC
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



DEPARTAMENTO: Santander MUNICIPIO: Rionegro
 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA BAC: Gilberto Sanchez N
 ZONA: Urbanización Barro Frutal
 FECHA: 17 de abril de 2012

| N° casa consecutiva | Direccion | Nombres y apellidos | Identificacion | Telefono | N° PERSONAS SEGÚN RANGOS EDAD | | | | | | N° personas que viven en la vivienda | Paralisis flacida <15 Años | Sarampion- Rubeola | Tetanos neonatal | Sintomatico respiratorio (TB) | Hansen - Lepra | Otro evento encontrado | Remitido | |
|---------------------|--------------|----------------------|----------------|------------|-------------------------------|---------------------|--------------|--------------|-------------------|---------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|--------------------------------|----------------|------------------------|----------|----|
| | | | | | De 7 dias a 5 años | De 6 años a 11 años | 12 a 17 años | 18 a 28 años | 29 años y 59 años | 60 años y mas | | | | | | | | SI | NO |
| 1 | Barro Frutal | Hortensia Floriz | 28335454 | 3184895326 | | | | | 2 | 1 | 3 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 2 | Barro Frutal | Diana Calderon M | 10991370615 | 3203890425 | 1 | | | | 2 | | 4 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 3 | Barro Frutal | Salvador Ojarte M | 91462492 | 3008399038 | | | | | 1 | | 1 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 4 | Barro Frutal | Saraela Fritts R | 28331892 | 3243666435 | | | | | 1 | 1 | 2 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 5 | Barro Frutal | William Vera P. | 91466651 | 8193092210 | | 1 | | | 1 | | 3 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 6 | Barro Frutal | Miguel Villamizar | 91467595 | 3155124903 | | | | | 2 | | 2 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 7 | Barro Frutal | Ionel Fuentes | 1100891454 | 3102202256 | | | 1 | | 2 | | 3 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 8 | Barro Frutal | Carmen Cecilia Dixer | 33225045 | 3002202158 | | | | | 1 | | 1 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 9 | Barro Frutal | Teolina Astorgue | 28336926 | 5001001821 | | | | | | | 1 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 10 | Barro Frutal | Johana Paola Pafatis | 1100896436 | 3142305154 | | 1 | | | 1 | | 2 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| | | | | | | 3 | 1 | 2 | 12 | 3 | 22 | | | | | | | | |

Anexo 14

Apoyar en las actividades de movilización social para la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (TBC) y sintomáticos del sistema nervioso periférico (HANSEN).

Se realiza búsqueda activa de apacientes sospechosos de lepra y tuberculosis, se le brinda educación para sintomatología y se celebra el día internación se la tuberculosis





SECRETARIA DE SALUD
Mujer y Bienestar Social

PLANTILLA CENSO DE POBLACION PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACION
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



NOMBRE INSTITUCION

FECHA:

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID | N° IDENTIFICACION | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | NUMERO DE CONTACTO | ESQUEMA COMPLETO | | OBS |
|----|--------------------------|---------|-------------------|---------------------|--------|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| | | | | | | | SI | NO | |
| 1 | Evelin K Calderon Duarte | CC | 100898375 | 16-05/2023 | 2 años | 3203890425 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | Darling Tailana Cuadro P | CC | 100896804 | 05-11/2016 | 9 años | 3142705154 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vacunada VPA y... |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |

Responsable

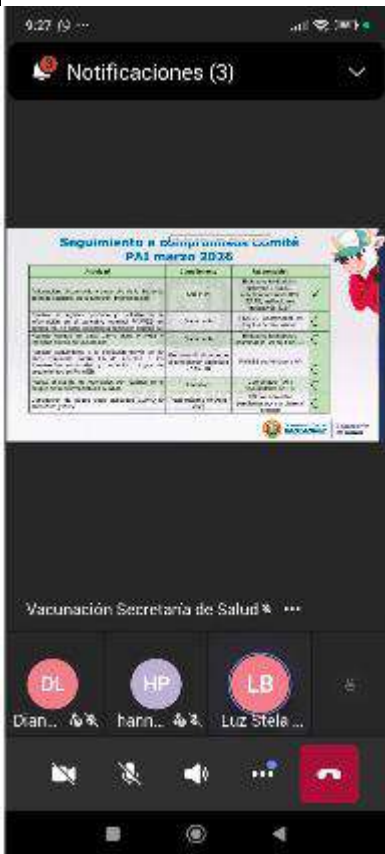
Anexo 15

Participar en la organización y capacitaciones realizadas por la Secretaria de Salud, Mujer y Bienestar Social, según requerimiento.

Se recibe la capacitación virtual de parte de la secretaria departamental PAI sobre la vacunación de niños menores de 5 años para la cobertura rápida del monitoreo de vacunación.

Capacitación de tuberculosis por la secretaria departamental.

Reunión COVE en la alcaldía en la sala de juntas



INSTRUCCIONES
Acta de Reuniones

PROCESO: Nueve Sentencias

Código
Versión
Fecha
PROCEDIMIENTO: N.A

RELACION DE PERSONAS QUE ASISTEN A LA REUNION
(Este listado hace parte integral del acta de reunión)

| TEMA A TRATAR O ACTIVIDAD A REALIZAR | FECHA | LUGAR | HORA | Hoja No. 1 de 1 |
|--------------------------------------|-------|------------|---------|-----------------|
| 1. Socialización Secretaria de Salud | 18 | Sec. Salud | | |
| 2. Nueve Sentencias | | | 4:00 PM | |
| 3. | | | | |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | | | | | | ENTIDAD/ AREA/ OTRO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO DE CONTACTO | FIRMA |
|-------------------------|-----------|--------|-----------|----------------------|----------|--------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| | DIRECTIVO | ASESOR | PROFESION | TÉCNICO/ TECNOLOG | AUXILIAR | LIBRE NOMBRAMEN | | | | |
| 1. John Cote Parada | X | | | | | | | 3154202202 | <i>John Cote</i> | |
| 2. Jorge Andres Prada. | | X | | | | | forh.prada@og | 3152280670 | <i>Jorge Prada</i> | |
| 3. Gilberto Sanchez N | | | | | | | gsanchez@og | | <i>Gilberto Sanchez</i> | |
| 4. Yovanka H. PARRA | | | | | X | | yparraha@og | 3117611661 | <i>Yovanka Parrá</i> | |
| 5. Jairo Orlando Beltré | | | | | | X | jsbeltr@og | 302495419 | <i>Jairo Beltré</i> | |
| 6. Jose Orlando P | | | X | | X | | josorlando@og | 3163619353 | <i>José Orlando</i> | |
| 7. Jennifer Piza Leal | | | | | | X | jpizaleal@og | 3102541591 | <i>Jennifer Piza</i> | |
| 8. | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | |

INSTRUCCIONES
Acta de Reuniones

PROCESO:

Código
Versión
Fecha
PROCEDIMIENTO: N.A

RELACION DE PERSONAS QUE ASISTEN A LA REUNIÓN
(Este listado hace parte integral del acta de reunión)

| TEMA A TRATAR O ACTIVIDAD A REALIZAR | FECHA | LUGAR | HORA |
|--------------------------------------|---------------|----------------------------|---------|
| 1. Socialización Inicial 256. | 24 Abril 2026 | Sala Juntas Administración | 2:30 pm |
| 2. COVE | | | |
| 3. | | | |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | | | | | | | ENTIDAD/ ÁREA/ OTRO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO DE CONTACTO | FIRMA |
|----------------------------------|-----------|--------|-----------|----------------------|----------|--------------------|---------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------|
| | DIRECTIVO | ASESOR | PROFESION | TÉCNICO/ TECNOLOG | AUXILIAR | LIBRE NOMBRAMEN | CARRERA | | | | |
| 1. Berthín Tenesifayala Acuña | | | | | | | | ESSE San Antonio | beluska1013@kpl. calatolonia.org | 318 6319887 | |
| 2. Laura Hernández M | | | | | | | | ESSE San Antonio | laura.hernandez@essecorpus.org | 3184255664 | |
| 3. Yuliet Sánchez Duran. | | | | | | | | ESSE San Antonio | Yuliet.sanchez@essecorpus.org | 318585896 | |
| 4. Carlos Alberto Bravo Esquivel | X | | | | | | | ESSE San Antonio | carlosbravo@essecorpus.org | 3188548548 | |
| 5. Hudry E. J. P. | | | X | | | | | E.S.E. San Antonio | h.padrón@essecorpus.org | 3147251241 | |
| 6. Luz Melva López Martínez | | | X | | | | | ESSE Salud | luzmelvalopez@essecorpus.org | 320751184 | |
| 7. Neidy Patricia González | | | | X | | | | ESSE Salud | neidygonzalez@essecorpus.org | 323226567 | |
| 8. Consuelo González | | | | | X | | | Personería | consuelo.gonzalez@essecorpus.org | 316344224 | |
| 9. Gilmarito Sánchez M | | | | | | X | | ESSE Salud | gilmaritosanchez@essecorpus.org | 3183661734 | |
| 10. Adriana Andrea Prado | X | | | | | | | S. Salud | adriana.prado@essecorpus.org | 3152808720 | |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)

www.rionegro-santander.gov.co

alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co
Contacto: 315 6295344

INSTRUCCIONES
Acta de Reuniones

PROCESO:

Código
Versión
Fecha
PROCEDIMIENTO: N.A

RELACIÓN DE PERSONAS QUE ASISTEN A LA REUNIÓN
(Este listado hace parte integral del acta de reunión)

| TEMA A TRATAR O ACTIVIDAD A REALIZAR | FECHA | LUGAR | HORA |
|--------------------------------------|---------------|----------------|---------|
| 1. Socialización Indagadores ESE | 24 Abril 2026 | Sala de juntas | 2:30 PM |
| 2. | | | |
| 3 | | | |

| NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | | | | | | | ENTIDAD/ AREA/ OTRO | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO DE CONTACTO | FIRMA |
|---------------------------|-----------|--------|-----------|----------------------|----------|--------------------|---------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|---------|
| | DIRECTIVO | ASESOR | PROFESION | TÉCNICO/ TECNOLOG | AUXILIAR | LIBRE NOMBRAMEN | CARRERA | | | | |
| 1. David Contreras | | X | | | | | | Calidad | calidad@cesan.com | 3102016728 | [Firma] |
| 2. Diego Andres Becerra | | | X | | | | | Systems | System@cesan.com | 3165718421 | [Firma] |
| 3. Yennifer K. Rojas Cede | | | | X | | | | Salud | Yennifer@cesan.com | 3103671911 | [Firma] |
| 4. Yennifer K. Rojas Cede | | | | | | X | | STotal | Yennifer@cesan.com | 323529498 | [Firma] |
| 5. Yennifer K. Rojas Cede | | | | | | | X | Comunicación | Yennifer@cesan.com | 3156296779 | [Firma] |
| 6. Johan Cole P. | | | X | | | | | Sec. Salud | Yennifer@cesan.com | 3554707202 | [Firma] |
| 7. Yennifer K. Rojas Cede | | | | | X | | | Salud | Yennifer@cesan.com | 3176116614 | [Firma] |
| 8. Rosario Oras Davis | | | X | | | | | Comunicación | Yennifer@cesan.com | 3184555479 | [Firma] |
| 9. | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | |

Carrera 10 N° 11-32 Parque Principal María Ramos - Rionegro(Santander)

www.rionegro-santander.gov.co
alcaldia@rionegro-santander.gov.co - notificacionjudicial@rionegro-santander.gov.co
Contacto: 315 6295344

Anexo 16

Se realiza visita de seguimiento semanal de salud a la población privada de la libertad.

Apoyar el seguimiento de condiciones de salud de la población privada de la libertad PPL.





SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD
POBLACION PRIVADA LIBERTAD - PPL
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| NO | FECHA DE VISITA | NOMBRES COMPLETOS | IDENTIFICACION | NACIONALIDAD | REQUIERE VALORACION POR: | | NOMBRE DE QUIEN REALIZA VISITA | NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA |
|----|-----------------|---|----------------|--------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | MEDICINA GENERAL | ODONTOLOGIA OTROS | | |
| | | Diego Iván Rojas 1098798106 2 | | | | | | |
| | | Steph Annul Matina 1102915849 2 | | | | | | |
| | | Keiner Andrez Cardenas 1063617402 2 | | | | | | |
| | | * Zaidet para Djal 1097809069 - s.c. fur | | | | | | |
| | | José Alberto Martins 1005447773 1 | | | | | | |
| | | Peñar Elias Carrascal 1005498880 2 | | | | | | |
| | | * Luis Noel Ortega P 17595874 2 | | | | | | |
| | | * Guad. pubert. Salud 91462678 - s.c. fur | | | | | | |
| | | Johes Sneider para P. 1065238039 2 | | | | | | |
| | | Nelson Rodriguez Amaya 91297943 1 | | | | | | |
| | | Marcos Manuel Toribona 13861904 1 | | | | | | |
| | | Hugo Mancipe 1005448250 1 | | | | | | |
| | | Corbal Julio Rodriguez 7122492 1 | | | | | | |
| | | Ciro Alfonso Duran 1104134311 1 | | | | | | |
| | | Alexander fco salazar 73240900 1 | | | | | | |
| | | Person Solonora 100891644 1 | | | | | | |
| | | Jerson John DUSM 1100896198 2 | | | | | | |
| | | YURSS Gerardo Gonzalez 1098729439 2 | | | | | | |

Gilberto Sandoz Plazas
Mx de enfermería Secretaría Social
Soc. mujer y bienestar Social
siempre

ESTACION SIMON
21/04/26



SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD
 POBLACION PRIVADA LIBERTAD - PPL
 SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
 RIONEGRO SANTANDER



| NO | FECHA DE VISITA | NOMBRES COMPLETOS | IDENTIFICACION | NACIONALIDAD | REQUIERE VALORACION POR: | | | NOMBRE DE QUIEN REALIZA VISITA | NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA |
|----|-----------------|----------------------------------|----------------|--------------|--------------------------|-------------|-------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | MEDICINA GENERAL | ODONTOLOGIA | OTROS | | |
| 1 | | Smelder Dorra Dur 1095809069 | | | | | | | |
| 2 | | Hugo Manure 1005448250 | | | | | | | |
| 3 | | Geul Pubon ofano 91462628 | | | | | | | |
| 4 | | Johr sacerder pira P 1065238039 | | | | | | | |
| 5 | | Juan angel Fortia 2102715899 | | | | | | | |
| 6 | | Keiner Andres Cardina 1063617402 | | | | | | | |
| 7 | | Cayor jelo loboga 2'122 492 ✓ | | | | | | | |
| 8 | | Wrodel Manuel Turcooru 13861709 | | | | | | | |
| 9 | | Nelson Cadizpa Anaya 91244943 | | | | | | | |
| 10 | | Luis Abel Obdiga P 12505874 | | | | | | | |
| 11 | | Oscar Elias Carrasco 1005448860 | | | | | | | |
| 12 | | Jesus Alberto Martina 1005447723 | | | | | | | |
| 13 | | Sergio Ivan Rojas 1098298108 | | | | | | | |
| 14 | | Alexander po palencia 73240900 | | | | | | | |
| 15 | | Benson Salino Suvede 1100891644 | | | | | | | |
| 16 | | Ciro Afford Omira C 1104134311 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Nombre de quien realiza visita: Gilberto Sanchez Plazano
 Nombre de quien recibe la visita: SI



SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD
POBLACION PRIVADA LIBERTAD - PPL
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| NO | FECHA DE VISITA | NOMBRES COMPLETOS | IDENTIFICACION | NACIONALIDAD | REQUIERE VALORACION POR: | | | NOMBRE DE QUIEN REALIZA VISITA | NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA |
|----|-----------------|--------------------------|----------------|--------------|--------------------------|-------------|-------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | MEDICINA GENERAL | ODONTOLOGIA | OTROS | | |
| 1 | | Alexander fco Salencia | 93.24090 | Colombiano | | | | | |
| 2 | | Eiro Alfonso Encara | 104134311 | Colombiano | | | | | |
| 3 | | Georox Solano Parada | 1100891694 | Colombiano | | | | | |
| 4 | | Corbi Julio Rodrigo | 2'122.492 | Colombiano | | | | | |
| 5 | | Facundo Yencipe | 1005498250 | Colombiano | | | | | |
| 6 | | Josid Johnson Diaz M | 1100896481 | Colombiano | | | | | |
| 7 | | Yuris Grundo Gonzalo | 1098724434 | Colombiano | | | | | |
| 8 | | Sergio Juan Rojas | 1098798106 | Colombiano | | | | | |
| 9 | | Johan Angel Martinez | 102215849 | Colombiano | | | | | |
| 10 | | Kelner Felipe Cardenas | 1063617402 | Colombiano | | | | | |
| 11 | | Josue Alberto Morfinez | 1005447773 | Colombiano | | | | | |
| 12 | | Oscar Elias Cardenal | 1005498850 | Colombiano | | | | | |
| 13 | | Juis Noel Dotyga | P 17595894 | Colombiano | | | | | |
| 14 | | Lehes Sneider Julia P | 1065235039 | Colombiano | | | | | |
| 15 | | Anderson Rodriguez Amaya | 91297443 | Colombiano | | | | | |
| 16 | | Victor Manuel Forcacha | 13861904 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

*Edberto Samblas Navarro
Art de enfermería y bioética
Dir. Sa. de mujer y bienestar social*

[Signature]

M.P. Vereluis Gavilano



SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD
POBLACION PRIVADA LIBERTAD - PPL
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| NO | FECHA DE VISITA | NOMBRES COMPLETOS | IDENTIFICACION | NACIONALIDAD | REQUIERE VALORACION POR: | | NOMBRE DE QUIEN REALIZA VISITA | NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA |
|----|-----------------|--|----------------|--------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | MEDICINA GENERAL | ODONTOLOGIA OTROS | | |
| 1 | | Jerson Johan Diaz M. 1100 896198 colombiano | | | | | | |
| 2 | | Yuris Granada Gonzalez 1098729439 colombiano | | | | | | |
| 3 | | Sergio Juan Lopez 1098798106 colombiano | | | | | | |
| 4 | | Juan Angel Parfior 102715849 colombiano | | | | | | |
| 5 | | Keiner Andher Cordona 106367402 colombiano | | | | | | |
| 6 | | Jesus Alberto Martinez 1005447722 colombiano | | | | | | |
| 7 | | Escor Elias Coronel 1005498880 colombiano | | | | | | |
| 8 | | Juis Abel Ortega P 17595834 colombiano | | | | | | |
| 9 | | Jahes Sacriste jura p 1065238039 colombiano | | | | | | |
| 10 | | Nelson Rodriguez Riniega 91297943 colombiano | | | | | | |
| 11 | | Victor Manuel Torrealana 13861924 colombiano | | | | | | |
| 12 | | Hugo Rencure 1005448750 colombiano | | | | | | |
| 13 | | Carlen Jairo Rodriguez 2122492 colombiano | | | | | | |
| 14 | | Giro Alfonso Chicara 1104134311 colombiano | | | | | | |
| 15 | | Alexander Fco Palencia 7324090 colombiano | | | | | | |
| 16 | | Jerson Solano Lueda 100891644 colombiano | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Gilberto Sanchez Alvarado
Prof de enfermería Secretaria de Salud
Salud mujer y bienestar social ppe

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
SI DEBE SER ESTE
SI DEBE SER ESTE



SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD
POBLACION PRIVADA LIBERTAD - PPL
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



| NO | FECHA DE VISITA | NOMBRES COMPLETOS | IDENTIFICACION | NACIONALIDAD | REQUIERE VALORACION POR: | | | NOMBRE DE QUIEN REALIZA VISITA | NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA |
|----|-----------------|-------------------------|----------------|--------------|--------------------------|-------------|------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | MEDICINA GENERAL | ODONTOLOGIA | OTROS | | |
| 1 | | Nelson Botero Anaya | 91297943 | colombiano | | | | | |
| 2 | | Carlos Julio Rodriguez | 2122492 | colombiano | | | | | |
| 3 | | Heiner Alvarez Cardenas | 1063617401 | colombiano | | | | | |
| 4 | 5/10/00 | José Encider porra | P.10652380 | colombiano | | | Neurología | | |
| 5 | 5/10/00 | Fredy Pulido Blanco | 91462678 | colombiano | | | | | |
| 6 | | Juan Angel Martinez | 1102715849 | colombiano | | | | | |
| 7 | 5/10/00 | Enriquez padre Dier | 1095809059 | colombiano | | | | | |
| 8 | | Alvaro Henrice | 1025.448250 | colombiano | | | | | |
| 9 | | Pedro Manuel Jerezona | 13861904 | colombiano | | | | | |
| 10 | | Oscar Elias Carrascal | 1085448880 | colombiano | | | | | |
| 11 | | Luis Noel Ortega P | 12595874 | colombiano | | | | | |
| 12 | | Sergio Ivan Rojas | 1098798106 | colombiano | | | | | |
| 13 | | Jesús Alberto ofortina | 2005447773 | colombiano | | | | | |
| 14 | | Carson Solano Oviedo | 1100891644 | colombiano | | | | | |
| 15 | | Caro Alfonso Omera | 10413484 | colombiano | | | | | |
| 16 | | Alexander Fco Palmacia | 3240900 | colombiano | | | | | |

Gilberto Sanchez Navarro
 Rox de enfermería Geriátrica
 Salud mental y bienestar social
 Subintendente Oscar Fernando Umeacá

Anexo 17

Apoyar a la inspección vigilancia y control realizadas por el técnico ambiental de la secretaria de salud departamental.

Se realiza Apoyar a jornada de vacunación de felinos y caninos en los barrios el Prado y Álamos





PLANTILLA CENSO DE POBLACION PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACION
SECRETARIA DE SALUD, MUJER Y BIENESTAR SOCIAL
RIONEGRO SANTANDER



NOMBRE INSTITUCION

FECHA:

| N° | NOMBRES COMPLETOS | TIPO ID | N° IDENTIFICACION | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | NUMERO DE CONTACTO | ESQUEMA COMPLETO | |
|----|--------------------------|---------|-------------------|---------------------|--------|--------------------|-------------------------------------|-------------------|
| | | | | | | | SI | NO |
| 1 | Evelin K Calderon Duarte | CC | 100898375 | 16-05/2023 | 2 años | 3203890425 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2 | Darling Tailana Cuadro P | CC | 100896804 | 05-11/2016 | 9 años | 3142705154 | <input checked="" type="checkbox"/> | vacunada VPA y... |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |

Responsable