	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

Nombre del Contratista: Edwin Enrique Pérez Lozano **Cedula:** 5973357	**Contrato No 010 - 2026** **FECHA DEL CONTRATO: 01/01/2026** **Valor:** $36.000.000
Certificado de disponibilidad presupuestal No.09	**Certificado de registro presupuestal** No 010
Forma de Pago: consignación a cuenta de ahorros Mensual	**Fecha Acta de inicio:** 01/01/2026
Pago No. 04 **Porcentaje ejecutado: 59,38 %** **pendiente de pago: $ 3.400.000**	**Planilla de seguridad social: 3217914121** **Valor pagado: $ 556.900**
Objeto del Contrato: contratar la prestación de servicios profesionales de un coordinador médico para el hospital San José de Ortega E.S.E.	

En virtud del objeto del contrato se desarrollaron las siguientes actividades; durante el periodo del 01 al 17 de abril de 2026.

Vigilado Supersalud

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

ITEM DE ACTIVIDAD	OBLIGACIÓN ESPECIFICAS	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRÁFICA
1	Prestar sus servicios profesionales como Coordinador Médico del personal asistencial y de los procesos de atención en las áreas de urgencias, observación, partos, hospitalización, consulta externa y de PYM.	Durante el periodo ejecutado presté los servicios como coordinador médico en las áreas correspondientes, brindando acompañamiento y asesoría. Asistí el día 16 de abril a la asistencia técnica y seguimiento del plan de mejora (gobernación del Tolima)	
2.	Dar cumplimiento a los Comités de Calidad, Historias Clínicas y los demás comités requeridos por la Gerencia.	Realicé el comité de ética y de historias clínicas con informe, correspondiente al mes de abril, con el Auditor Medico para determinar las falencias y nuevas determinaciones en el proceso de los programas de PyM.	
3	Realizar Auditoría de Historias Clínicas.	Realicé auditoria de las historias clínicas de todos los programas de promoción y mantenimiento, programas de crónicos y urgencias, observación y hospitalización.	

Vigilado Supersalud

4	Revisar el diligenciamiento de todos los registros de competencia sobre atención médica, corregir y hacer cumplir las normas sobre manejo de las historias clínicas y confidencialidad de la información o secreto profesional de acuerdo con los criterios establecidos en la normatividad vigente en la materia.	Dí respuesta a quejas de usuarios con respecto al servicio de urgencias y consulta externa.	
5.	Garantizar el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica por parte de los Médicos, corregir y controlar que estos mismo cierren todas y cada una de las historias en el Sistema a diario	Indiqué al grupo medico la importancia del buen diligenciamiento de las historias clínicas, el no dejar pacientes en urgencias con líquidos o tratamientos sin haberlos colocado en observación, diligenciar las observaciones en el módulo de evolución medica junto con resultados paraclínicos e imágenes	
6.	Prestar sus servicios como médico general en las diferentes áreas del hospital, incluyendo la realización de valoraciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, así como la prescripción adecuada y justificada de medicamentos, exámenes de laboratorio, estudios diagnósticos y	Presté Mi servicio como médico general en las áreas correspondientes, atendiendo consulta médica de planificación familiar, inserción de implantes y extracción de implante subdérmico, control prenatal, alteraciones de la primera infancia, alteraciones de la	

Vigilado Supersalud

	procedimientos menores, en cumplimiento con los protocolos clínicos, normativas vigentes	infancia. alteraciones de la juventud, alteraciones de la adultez y vejez, controles de hipertensión arterial y diabetes y consulta externa por medicina general.	
7.	Elaborar el informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato, para que este certifique el cumplimiento de las mismas.	Elaboré el informe de auditoría del mes correspondiente de todos los programas del hospital san José esta diligenciado.	
8.	Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.	Atendí las directrices, solicitudes y sugerencias por parte de gerencia y supervisora del contrato.	
9.	OBLIGACIONES GENERALES: 1. Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la propuesta presentada por el contratista. 2. Realizar oportunamente los pagos al sistema general de seguridad social y pago de parafiscales de acuerdo con el		

Vigilado Supersalud

	artículo 23 de la Ley 1150 del 2007. 3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante. 4. Responder por la calidad de los servicios prestados. 5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago. 6. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley, las ordenanzas y los acuerdos. Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.		

Cordialmente,

EDWIN ENRIQUE PEREZ LOZANO
MEDICO GENERAL

Vigilado Supersalud

ACTA No.	1	FECHA:	DD	MM	AA	HORA:	8: am
			16	04	2026		

OBJETIVO DE LA REUNION:	ACTA DE REUNIÓN : **ASITENCIA TECNICA Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA** : EN EL ABORDAJE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS: DE ATENCIÓN ACORDE A LA RESOLUCION 3280 DE 2018 Y DE VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA PARA LEPTOSPIROSIS Código: 455 / RABIA HUMANA EN PERROS Y EN GATOS Código: 300 , ACCIDENTE OFIDICO Código:100 Y ETAS
LUGAR:	**HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA TOLIMA**
REDACTADA POR:	CYNTHIA CAMILA ALDANA ESPITIA
REPRSENTANTE LEGAL	DIANA MARCELA CAMPOS / GERENTE
NIT :	890700967-1
CORREO ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIÓN:	estadistica@hospitalsanjeortega.gov.co
DIRECCION / TEL :	CALLE 6 3-25 Tel: 3112230151

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
CYNTHIA CAMILA ALDANA E.	ENFERA PROFESIONAL DE APOYO PROGRAMA DE ZOONOSIS	DIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA
CATALINA ARANDA /	AUXILIAR DE ESTADISTICAS / SIVIGILA	ADMINISTRATIVO
EDWIN ENRIQUE PEREZ MEDICO	MEDICO COORDINADOR	ASITENCIAL
LILIANA RUIZ LOPEZ	ASESORA DE CALIDAD	ASESORA DE CALIDAD

ORDEN DEL DIA:

1. **ASITENCIA TECNICA** EN EL ABORDAJE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS: DE ATENCIÓN ACORDE A LA RESOLUCION 3280 DE 2018 Y DE VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA PARA LEPTOSPIROSIS Código: 455 / RABIA HUMANA EN PERROS Y EN GATOS Código: 300 , ACCIDENTE OFIDICO Código:100 Y ETAS.
2. **ORIENTACION** de las acciones que se deben de dar cumplimiento frente a la prestación de servicios bajo los lineamientos y protocolos de atención de salud pública de los eventos de AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE LA RABIA – LEPTOSPIROSIS - ACCIDENTE OFIDICO – ETAS
3. **SEGUIMIENTO** DE LAS ACCIONES DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS CON LOS EVENTOS DE LEPTOSPIRA, ACCIDENTO RABICO , ACCIDENTE OFICIO Y ETAS
4. **SEGUIMIENTO** DE LOS TRATAMIENTOS ANTIRRABICOS DEL AÑO 2026
5. **COMPROMISOS:** PLAN DE MEJORA
6. **ENTREGA DE:**

- INFOGRAFIA DEL MANEJO MANEJO DE LA INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA DE ORIGEN EQUINO (IGR-E)
- CUADRO DE CLASIFICACION DE ACCIDENTE RABICO
- INFOGRAFIA DE ACCIDENTE OFIDICO

7. **FIRMA DEL ACTA.**

DESARROLLO DE LA REUNION:

Siendo las 8: **Am** del día de 16 de ABRIL de 2026 nos reunimos de manera presencial con el personal medico , Camilo leal ,Camila Oviedo Mónica Montealegre , Alejandra mejía , Oscar Jiménez, Catalina Aranda-SIVIGILA , EDWIN ENRIQUE PEREZ / COORDINADOR MEDICO, LILIANA RUIZ LOPEZ / ASESORA DE CALIDAD

Se realiza presentación al personal de salud sobre, se explica sobre la finalidad de la vista, donde se realizará revisión a las acciones de mejora con el fin hacer seguimiento nuevamente al abordaje del cumplimiento de los protocolos: de atención acorde a la resolución 3280 de 2018 y de vigilancia de salud pública para leptospirosis código: 455 / rabia humana en perros y en gatos código: 300, accidente ofídico código:100 y etas. Por parte de la IPS teniendo en cuenta las acciones que no se dieron cumplimento en su momento de la vista de ASISTENCIA TECNICA **EL DIA 30 DE OCTUBRE DEL 2025**

Esto con la finalidad de contribuir a mejorar la atención integral en la prestación de servicios en salud de la IPS del departamento del TOLIMA en la persona afectada, la familia y la comunidad en riesgo de contraer enfermedades zoonóticas. Y a su vez determinar las acciones que se deben dar cumplimiento en los lineamientos vigentes del ministerio de salud, para el manejo de los casos presentados con eventos de zoonosis notificación al SIVIGILA.
En este orden de ideas se continua con la revisión de las acciones que se deben dar cumplimento en la prestación de servicios según los protocolos de atención acorde a la resolución 3280 de 2018 y de vigilancia de salud pública para leptospirosis código: 455 / rabia humana en perros y en gatos código: 300, accidente ofídico código:100 y etas.

EN LA PRIMERA PARTE SE REALIZARA ASITENCIA TECNICA SOBRE

RESOLUCION 3280 DE 2018: ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN PERSONAS FAMILIAS Y COMUNIDADES, PARA FOMENTAR LAS ACCIONES DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA-

- **PROTOCOLO DE ATENCION DE LEPTOSPIROSIS Código: 455**
- **LINEAMIENTO DE ATENCION CLINICA INTEGRAL PARA EXPOSICION RABICA Y RABIA**
- **PROTOCOLO DE ATENCION DE RABIA HUMANA EN PERROS Y EN GATOS Código: 300 ,**
- **Manejo de la Inmunoglobulina Antirrábica de Origen Equino (IGR-E)**
- **PROTOCOLO DE ACCIDENTE OFIDICO Código:100 Y ETAS**

Se orienta de las acciones que se deben de dar cumplimiento frente a la prestación de servicios bajo los lineamientos y protocolos de atención de salud pública de los eventos de AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE LA RABIA – LEPTOSPIROSIS - ACCIDENTE OFIDICO - ETAS

Se relaciona a la IPS las principales falencias que se están presentando en la presentación de servicios con los eventos de AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE LA RABIA – LEPTOSPIROSIS - ACCIDENTE OFIDICO - ETAS). Aspectos importantes a tener en cuenta para dar cumplimiento de los lineamientos y protocolos del ministerio de salud.

SE BRINDAN RECOMENDACIONES EN ACCIDENTE RABICO

- Manejo de la Inmunoglobulina Antirrábica de Origen Equino (IGR-E)

En virtud de la obligación de dar cumplimiento al manual de atención integral al paciente, en casos notificados por el evento 300 y más específicamente en lo que hace referencia a las exposiciones (Leves o Graves), me permito recordar algunos aspectos a tener en cuenta:
En cualquier caso de agresión o contacto, el manejo inicial incluye lavado de herida, aplicación de toxoide tetánico (según corresponda y acorde a lineamiento PAI), manejo antibiótico y antiinflamatorio, según considere el profesional que atiende.

Para los casos de Exposición Leve, además de lo anteriormente anotado, se aplicará Vacuna Antirrábica, esquema Post-exposición en los días 0-3-7-14 INTRAMUSCULAR (NO aplicar en glúteos, ni intravascular) Niños menores de 2 años Vasto externo tercio medio cara anterolateral del muslo Niños mayores de 2 años y adultos Tercio medio de la región deltoidea del brazo.

Para los casos de Exposición Grave, además del manejo inicial y el esquema vacunal Antirrábico Post-exposición, se requiere que sea ordenado y aplicada la Inmunoglobulina Antirrábica Humana (Homologa) o Equina (Heteróloga), solo una de las dos y nunca combinándolas.

Los pacientes con inmunodeficiencia demostrada deben ser evaluados caso por caso y recibir un esquema completo de Post-exposición IM, junto con IgAR. Se recomienda aplicación intramuscular de cinco (5) dosis los días 0, 3, 7 y 14, la quinta dosis se debe suministrar entre el día 21 y 28.

La Inmunoglobulina Antirrábica Origen Humano (Homóloga), será autorizada solo en casos de pacientes hasta 30 Kg de peso y/o pacientes que presenten algún tipo de reacción adversa en la prueba de sensibilidad que se debe hacer previo a la aplicación del suero Heterólogo. Teniendo en cuenta que se va a empezar a despachar principalmente Inmunoglobulina Antirrábica Origen Equino (Heteróloga), se solicita que sean tenidos en cuenta los siguientes aspectos para la adecuada utilización de las mismas.

Aspectos a tener en cuenta	TIPO DE SUERO ANTIRRABICO	
	Inmunoglobulina Humana (Homologa)	Inmunoglobulina Equina (Heteróloga)
Dosis	20 UI/Kg	40 UI/Kg
Concentración	150 UI/ml	200UI/ml
Presentación	Ampolla x 2 ml (300UI)	Frasco x 5 ml (1000UI)
Requiere Prueba de sensibilidad	NO	**SI**
Modo de Aplicación	En cualquier tipo de lesión incluyendo la exposición de mucosas con o sin herida, se aplica inmunoglobulina la mayor cantidad de volumen en el sitio de la mordedura de acuerdo al área anatómicamente afectada, el volumen restante se aplica vía INTRAMUSCULAR (NO aplicar en glúteos, ni intravascular) así: ▶a. Niños menores de 2 años no caminadores: Vasto externo tercio medio cara anterolateral del muslo ▶b. En mayores de 2 años y adultos: Tercio medio de la región deltoidea del brazo	
Profesional Responsable	Medico Enfermero	Medico
Ejemplo con paciente de 50 Kg	**IG Humana** requerida Peso: 50 Kg Dosis por kg: 20 UI Dosis A aplicar = 50 x 20 = **1.000 UI** Presentación: 2ml = 300 UI Cantidad necesaria X = **1000 UI**/300 UI = **3,3 Amp** x 2 ml = **6.6 ml** cantidad aplicar 6,6 ml Cantidad de viales necesarias = 3.3 se redondea al número siguiente 4 viales	**IG Equina** requerida Peso: 50 Kg Dosis por kg: 40 UI Dosis A aplicar = 50 x 40 = **2.000 UI** Presentación: 5ml = 1000 UI Cantidad necesaria X = **2000 UI**/1000 UI = **2 Amp** x 5 ml = **10 ml** cantidad aplicar 10 ml Cantidad de viales necesarias = 2

- En la atención de la herida lavar el área comprometida de forma exhaustiva, el lavado inmediato y minucioso de toda herida debe ser por mínimo 10 a 15 minutos, es obligatorio con abundante agua y el jabón que esté a la mano, aplicando yodopovidona donde esté disponible; los compuestos de amonio cuaternario, como el cloruro de benzalconio ya no se consideran superiores al jabón "ESTE ES UN ELEMENTO FUNDAMENTAL Y QUIZÁS EL MÁS IMPORTANTE EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN, ADEMÁS REDUCE EL RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA SECUNDARIA"
- Evitar cubrir la herida con apósitos o vendajes, si la herida es muy amplia o grave se debe esperar 12 a 24 horas para realizar cobertura
- si se requiere sutura solo se debe colocar un punto de aproximación; para los casos clasificados como exposición grave se debe aplicar inmunoglobulina y esperar una hora para permitir que esta se difunda.
- El tejido necrótico y desvitalizado debe eliminarse en la medida que su retiro no cause problemas con el cierre de la herida.
- Las heridas faciales pueden cerrarse entre 12 a 24 horas después de ocurrida la lesión
- En heridas extensas en mano y extremidades puede ser necesaria la inmovilización en posición funcional de la extremidad.
- Heridas penetrantes en mano y cuero cabelludo considere la necesidad de estudio radiológico para excluir la presencia de cuerpos extraños, fragmentos de dientes y daño óseo y osteomielitis en casos tardíos
- Heridas profundas debe considerarse el manejo quirúrgico, pues pueden requerir desbridamiento o implicaciones faciales estéticas a futuro, así mismo en infecciones graves que pueden ameritar drenaje o compromiso articular, óseo (fracturas, osteomielitis), tendinoso o neurovascular y cuerpos extraños.
- En caso de presentar síntomas sistémicos y mordeduras importantes que requirieron cirugía, celulitis grave o de propagación rápida, se debe hospitalizar al paciente para su manejo y observación.
- Inmunoprofilaxis antirrábica : Esquema de vacunación post exposición Aplicar vacuna los días 0, 3, 7 y 14, entiéndase día cero como el día de la consulta, pues es una urgencia médica.
- Si se retrasa la administración de alguna dosis del esquema vacunal este no se reinicia, se debe completar así haya recibido una

sola dosis y hayan pasado varios meses, hasta terminar esquema

- El esquema post exposición se puede suspender eventualmente en casos de que se informe que el perro o gato si es observable y en los 10 días posteriores a la agresión no ha desarrollado signos, ni ha fallecido.
- Las vacunas antirrábicas humanas son seguras y pueden usarse durante el embarazo observándose niveles de anticuerpos neutralizantes adecuados en el recién nacido , igualmente en la lactancia, en infancia e inmunocomprometidos, incluso niños con VIH/SIDA donde no se ve aumento de la carga viral de VIH, ni de los niveles de linfocitos CD4 y CD8.
- Si el animal que causa la agresión fallece, se pierde o presenta síntomas debe consultar inmediatamente a urgencias.
- Se deben dar signos de alarma para re consulta enfatizando en síntomas neurológicos y cambios en el estado general de la persona, como la aparición de temblores, disartrias, desorientación, movimientos tónicos, náuseas o vómito, agitación o irritabilidad.
- Explicar claramente la necesidad de cumplir el esquema de vacunación, pues la rabia es una enfermedad mortal.
- Cuidados de la herida, enfatizando en signos como: enrojecimiento, edema, sangrado, secreción purulenta, dolor o parestesia, fiebre, cefalea.
- Evitar sobreesfuerzo de extremidades afectadas y el consumo de bebidas alcohólicas o estupefacientes que pueden alterar el sensorio y condición mental del paciente.
- En exposición grave se recomienda generar incapacidad laboral, dado el tipo de lesión, profundidad, discapacidad generada, lo que permite garantizar el seguimiento y cumplimiento de la vacunación
- Cuidados de la herida, si es necesario programar citas para curaciones.
- Si se presenta alguno de los siguientes signos o síntomas consultar de inmediato: Enrojecimiento, edema, sangrado, secreción purulenta., Presencia de dolor o parestesias en el lugar de inoculación Fiebre ¸Cefalea, Nauseas o vómito ¸ Agitación o irritabilidad
- Es necesario que el paciente deje número de contacto en Institución de Salud.

RECOMENDACIONES PARA EL EVENTO DE LEPTOSPIROSIS

- El médico debe solicitar al laboratorio clínico la toma de una muestra Seroconversión mediante micro aglutinación (MAT) en muestras pareadas de suero (primera muestra al inicio de síntomas y segunda a los 10 a 15 días) Para la confirmación por MAT las entidades territoriales deben enviar al laboratorio de microbiología del Instituto Nacional de Salud muestras pareadas de los pacientes con un resultado positivo de ELISA (IgM): .Si, la 1° y la 2° muestra son positivas se envían a confirmar por MAT.
- Realizar análisis de los casos sospechosos de leptospirosis notificados al SIVIGILA, para definir su clasificación y ser ajustados al sistema dentro de las ocho semanas siguientes a su notificación.
- En caso de muerte de un paciente con impresión diagnóstica de leptospirosis, realizar autopsias clínicas según lo establecido en el Decreto 786 de 1990.
- Capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales de la salud en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y vigilancia de la leptospirosis.
- contar con protocolo , guías de atención de leptospirosis

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS EN ESTABLECIMIENTOS CÓDIGO 349 COLECTIVO, 355 INDIVIDUAL

Se brinda información sobre ETA, sus características, síntomas su prevención se orientar a las acciones a ejecutar en caso de presentarse un evento de ETA o posible ocurrencia de esta. Se da conocer los roles y responsabilidades de cada uno de los actores en la IPS para prevenir, notificar y atender una ETA.

Se recomienda:

- Notificación del caso mediante el diligenciamiento de la ficha única de notificación individual: datos básicos y datos complementarios.
- Recolección de muestras clínicas (estudio por laboratorio).
- Apropiación e implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
- Intervenir positivamente los determinantes y los factores de riesgo de las ETA, a través de la promoción de la vacunación de acuerdo con los lineamientos del Plan Ampliado de Inmunización, la desparasitación y el uso de agua potable.
- Realizar estrategias de educación para la salud con el fin de identificar signos de alarma frente a las ETA.
- Realizar de forma oportuna y con calidad la notificación de brotes para el manejo adecuado del evento.
- Fortalecer técnica y tecnológicamente la capacidad resolutiva de los laboratorios de salud pública, adoptando e implementando métodos analíticos, químicos y microbiológicos (bacterias, virus, parásitos) necesarios para atención oportuna de las ETA.

ACCIDENTE OFÍDICO CÓDIGO: 100

Se socializa las acciones que se deben dar cumplimiento

- El tratamiento en todos los casos de accidente ofídico debe ser realizado por un médico, e idealmente en condiciones hospitalarias. Se fundamenta de forma específica en la administración de suero antiofídico para neutralizar el veneno circulante y el que se está liberando en el sitio de la inoculación, además del tratamiento de soporte para las manifestaciones locales y sistémicas.
- Se debe indagar sobre el tipo de actividad desarrollada por el paciente en el momento del accidente ofídico, los elementos de protección en caso de estar laborando, el lugar de los hechos, los síntomas posteriores a la mordedura, el tiempo transcurrido entre el accidente y la consulta, las circunstancias del accidente, las características de la serpiente, la parte del cuerpo afectado, los antecedentes de accidente o uso de suero, los tratamientos no médicos, y en general, todas las variables contenidas en la ficha única de notificación del evento.

- disponibilidad y provisión oportuna de los anti venenos para la atención de los accidentes ofídicos en el municipio y en el caso de que dichos medicamentos no estén cubiertos por el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, las entidades departamentales y distritales de salud deben a su vez, asegurar su disponibilidad, provisión y distribución, según lo mencionado en el Decreto 386 de 2018.
- Contar con protocolo de accidente ofídico
- Contar con registros de capacitaciones al personal de salud frente a la clasificación del caso, manifestaciones locales y sistémicas responsabilidades por niveles.

El suero antiofídico puede ser:

- POLIVALENTE: se utiliza para tratamiento de accidentes provocados por los géneros Bothrops (mapaná), Crotalus (cascabel), y en algunos casos [por reacción cruzada] por el Lachésis (verrugosa).
- MONOVALENTE: usados exclusivamente para la mordedura de un solo tipo de serpientes, y pueden ser:
  ANTIBOTRÓPICO: contra la mordedura de mapaná, taya x, cuatro narices o ANTICROTÁLICO: contra mordedura de cascabel
  ANTILACHÉSICO: contra mordeduras de verrugosa, surucucú
  Anticoral: contra mordedura de corales. ***El personal de la IPS entiende y acepta las recomendaciones***
- Continuando con el orden del día se procede a revisar el diligenciamiento y registros de la aplicación de la vacuna antirrábica del año 2025.

- **PARTE SE REVISA LAS ACCIONES DE CUMPLIMIENTO**
- Solicitud oportuna de los tratamientos antirrábicos
- Concordancia de los tratamientos antirrábicos notificados con los autorizados por el departamento.
- De los pacientes con tratamientos antirrábicos autorizados cuantos finalizaron
- Seguimiento de los pacientes con tratamientos antirrábicos que no inician o abandonan el mismo
- Capacitaciones de los eventos de accidente rábico, leptospirosis, accidente ofidico , y etas durante el año 2025
- Revisar si desde la última visita hay nuevos casos notificados de sospecha de leptospirosis para evaluar si solicitaron laboratorios, tratamientos, y seguimiento de los resultados.
- Disponibilidad de sueros antiofídicos, anti coral y alacramin en la institución
- Si tienen casos notificados con etas verificar en la HC , la ordenación de laboratorios para fortalecer el diagnostico.

- **SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTIRRABICOS DEL 2025**

Verificación de los casos notificados del año 2025 - Verificación de la autorización de los tratamientos antirrábicos

CONCLUSION DE LA VISTA :

Se logra orientar y aclarar diferentes dudas frente a los protocolos de los eventos, En la revisión de la base de datos de tratamientos autorizados se evidencia que se ha presentado demoras de 53, 96 , y hasta de 106 días en el año 2025 y para el año 2026 se presentan demoras hasta de 16 días.
SE INDICA QUE SEBE SOLICTAR DE FORMA OPORTUNA LOS TRATAMIENTOS ANTIRRABICOS ya que es una falta gravísima no solicitar oportunamente los tratamientos antirrábicos , y se está poniendo en riesgo la salud de los pacientes. se evidencia 9 pacientes notificados en el 2026 con exposición rábicas leves y graves que hasta la fecha no han solicitado ni autorizado tratamientos .

MUNICIPIO	FECHA AUTORIZACION	FECHA SOLICITA	FECHA AGRESION FECHA CONSULTA	Demora en días en Solicitar TTO. desde la Agresion. Pcte. en Riesgo	NOMBRE - APELLIDO
ORTEGA	18/07/2025	18/07/2025	02-04-25 02-04-25	106	DIDIER JAFETH HURTADO HURTADO

MUNICIPIO	FECHA AUTORIZACION	FECHA SOLICITA	FECHA AGRESION FECHA CONSULTA	Demora en días en Solicitar TTO. desde la Agresion. Pcte. en Riesgo	NOMBRE - APELLIDO
ORTEGA	21/10/2025	21/10/2025	29-08-25 11-09-25	53	MARIA ANTONIA ORTEGA GELVIS
ORTEGA	3/12/2025	3/12/2025	29-08-25 29-08-25	96	LAURA VANESSA MENDOZA TIMOTE
ORTEGA	13/12/2025	13/12/2025	13-12-25 13-12-25	0	YINY SOLEDAD SOGAMOSO MONTEALEGRE
ORTEGA	6/02/2026	6/02/2026	31-01-26 31-01-26	6	LINA MARIA CAPERA
ORTEGA	4/03/2026	4/03/2026	16-02-26 16-02-26	16	JUAN ALEJANDRO MORENO RODRIGUEZ
ORTEGA	20/03/2026	20/03/2026	11-03-26 12-03-26	9	KATERIN LORENA SILVA GARATEJO

En la revisión de base de datos del SIVIGILA del 2025 la IPS notifico 29 pacientes con exposiciones rábicas entre leves y graves , 17 pacientes con ajustes al SIVIGILA Y 12 pacientes sin ajustes y En la revisión de la base de tratamientos autorizados del programa se evidencia 8 pacientes que hasta la fecha no han solicitado y autorizado tratamientos antirrábicos. se recomienda que deben solicitar y autorizar los tratamientos de los pacientes pendientes del año 2025 .

PACIENTES NOTIFICADOS DEL 2025 QUE HASTA LA FECHA NO HAN SOLICTADO TRATAMIENTOS ANTIRRABICOS

seman	aÒo	pri_nom_	seg_nom_	pri_ape_	seg_ape_	tip_ide	num_ide_	ajuste_	clasificaci	nmun_no
39	2025	ORLANDO	-	SANCHEZ	LOZANO	CC	5968079	0	1	ORTEGA
25	2025	ISMAEL	-	MADRIGAL	MALAMBO	CC	93022134	0	1	ORTEGA
42	2025	JOSE	DEL CARMEN	MONTEALEGI	ALAPE	CC	1007535455	0	1	ORTEGA
43	2025	ESNID	LIMBANIA	LECTAMO	RAMOS	CC	1062076837	0	2	ORTEGA
11	2025	MAYERLY	-	LOZANO	CAPERA	CC	1110174254	0	1	ORTEGA
15	2025	ELIDA	PATRICIA	PRADA	MALAMBO	CC	1110177509	0	2	ORTEGA
24	2025	JAMER	RIQUELMER	SILVA	URUE—A	TI	1111265546	0	1	ORTEGA
17	2025	FRANCISCO	-	OLAYA	MADRIGAL	TI	1188715467	0	1	ORTEGA

PARA EL AÑO 2026 : hasta el corte de la semana 10 epidemiológica la institución tienen 8 pacientes notificados al SIVIGILA con exposiciones rábicas entre leves y graves 3 pacientes con ajuste , y 5 pacientes sin ajustes , en la revisión de la base de datos de tratamientos autorizados del programa se evidencia hasta la fecha a 3 pacientes que no le han autorizado los tratamientos antirrábicos ,se evidencia que no hay concordancia entre lo notificado al SIVIGILA y LOS TRATAMIENTOS AUTORIZADOS POR EL DEPARTAMENTO , se recuerda la importancia y la gravedad de no solicitar de forma oportuna los tratamientos antirrábicos a los pacientes ,

PACIENTES NOTIFICADOS CON EXPISICION RABICAS LEVES Y GRAVES DEL 2026

cod_e	fec_not	semani	aÒo	pri_nom_	seg_nom_	pri_ape_	seg_ape_	tip_ide	num_ide_	ajuste_	clasifica	nmun_notif	Exposición	Tratamiento Autorizados
300	11/01/2026	2	2026	CONSUELO	-	LOZANO	CASTRO	CC	28867376	7	2	ORTEGA	Grave	NO
300	7/01/2026	1	2026	QUITORA	NIETO	ANA	SOFIA	CC	1111263762	7	1	ORTEGA	Leve	NO
300	23/01/2026	3	2026	NOEMI	-	PALMA	-	CC	28865214	0	2	ORTEGA	Grave	NO
300	17/02/2026	7	2026	FRANCISCO	JAVIER	SANCHE	GARZON	CC	1109383626	0	2	ORTEGA	Grave	NO
300	16/02/2026	7	2026	JUAN	ALEJANDRO	MOREN	RODRIGUEZ	TI	1111265297	0	1	ORTEGA	Leve	SI
300	31/01/2026	4	2026	LINA	MARIA	CAPERA	ROMERO	CC	28865781	7	2	ORTEGA	Grave	SI
300	12/03/2026	10	2026	KATHERIN	LORENA	SILVA	GARATEJO	CC	1111263031	0	2	ORTEGA	Grave	SI
300	12/03/2026	10	2026	ANA	MARIA	SANTOFI	GARATEJO	CC	1111262095	0	2	ORTEGA	Grave	NO

en el seguimiento de los tratamientos antirrábicos a corte del 30 marzo del 2026 , la IPS tienen 10 pacientes notificados con exposiciones rábicas , donde solo a 5 pacientes les han autorizado tratamientos antirrábicos

	CASOS NOTIFICADOS SIVIGILA de APTR LEVE				
MUNICIPIO	CASOS NOTIFICADOS SIVIGILA de APTR LEVES Y GRAVES	PACIENTES CON AJUSTES AJUSTES	TRATAMIENTOS AUTORIZADOS	TRAMIENTOS PENDIENTES POR AUTORIZAR	T A
ORTEGA	10	3	5	5	

- **SE RECUERDA** Que se deben Autorizar los tratamientos antirrábicos de todos los pacientes que notifiquen al sistema del SIVIGILA con exposición rábicas leves y graves, independientemente si ubican al paciente o firma el disentimiento, deben dejar la trazabilidad de la autorización de los tratamientos. Una vez ubicado el paciente ya se encuentra el tratamiento autorizado listo para reclamar en cava de PAI departamental.

En la base de tratamientos autorizados del departamento, se evidencia autorización de 14 paciente del año 2025 donde 14 pacientes Iniciaron tratamiento y 13 finalizaron tratamiento . se indica deben realizar seguimiento de los pacientes que no han iniciado o finalizado tratamientos antirrábicos, hacer demanda inducida a secretaria de salud municipal y EPS de los pacientes

SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ANTIRRABICOS 2025

MUNICIPIO	TRATAMIENTOS AUTORIZADOS	TRATAMIENTOS INICIADOS	TRATAMIENTOS FINALIZADOS	TRATAMIENTOS PENDIENTES POR INICIAR	TRATAMIENTOS SIN FINALIZAR
ORTEGA	14	14	13	0	1

se orienta que como parte de seguimiento se debe notificar por correo u oficio a secretaria de salud municipal y las EPS de los pacientes que no inician o finalizan los tratamientos antirrábicos, para la búsqueda activa agotando así las ultimas instancias y garantizar que el paciente acceda el tratamiento, se recomienda realizar registro en la H.C de los seguimientos telefónicos. se debe dejar una trazabilidad del seguimiento de los pacientes con exposiciones rábicas leves y graves.

hasta la fecha no hay capacitaciones de los eventos se recomienda incorporar en el cronograma de capacitaciones, realizar de 3 a 4 capacitaciones durante el año

Para el evento de leptospirosis la institución hasta la fecha se observa 5 paciente notificados al SIVIGILA donde algunos pacientes NO SE EVIDENCIA LA SOLICTUD DE LAS MUETRAS PAREADAS PARA LEPTOSPIRA , NI SE LE INCIA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO ,SE EXPLICA QUE TODO PACIENTE NOTIFICADO CON SOSPECHA DE LEPTOSPIROSIS POR PROTOCOLO DEBEN ENVIAR LAS 2 MUESTRAS PAREADAS , Y DEBEN HACER SEGUIIMIENTO DE LOS RESULTADOS , E INICAR TRATAMIENTO ANTIBIOTICO Y DEJAR EN LAS HC LAS RECOMENDACIONES ESPECIFICAS PARA EL EVENTO

cod_evi	fec_not	semana	año	cod_pre	cod_sul	pri_non	seg_noi	pri_ape	seg_ape	tip_ide_	num_id	ajuste_
455	18/03/202	10	2026	7,35E+09	1	JOSE	TULIO	MURILLO	CHILATRA	CC	93020687	0
455	18/03/202	10	2026	7,35E+09	1	KAROL	CAMILA	MURILLO	ANGARITA	TI	1,11E+09	0
455	01/03/202	8	2026	7,35E+09	1	RAFAEL		TAPIERO	TAPIA	CC	1,11E+09	0
455	09/02/202	5	2026	7,35E+09	1	JHON	JAIRO	CONDE	LUNA	CC	1,11E+09	0
455	29/03/202	12	2026	7,35E+09	1	LEIDY	FERNAND/	DUCUARA	LOPEZ	CC	1,01E+09	0

Se recomienda Capacitar el personal de salud con los eventos LEPTOSPIROSIS, ETAS , ACCIDENTE OFIDICO Y ACCIDENTE RABICO .de forma continua

Realizar Seguimientos a las HC diligenciadas por el personal médico de los casos notificados con SOSOPECHA DE LEPTOSPIROSIS, ETAS , ACCIDENTE OFIDICO Y ACCIDENTE RABICO , esto con el fin de verificar que el personal médico registre una anamnesis completa e indague sobre las condiciones relacionadas , recomendaciones específicas para cada evento , brindado así una información más clara, con el fin de sensibilizar a los pacientes y conozcan más sobre las enfermedades zoonóticas

Se explica sobre el diligenciamiento de la base de datos seguimiento de tratamientos antirrábicos

LA INSTITUCION NO CUENTA CON UN STOCK DE SUEROS ANTIOFIDICOS POLIVALENTES Y CUENTAN CON SUEROS ANTI-CORAL
Para ETAS la institución no tiene casos notificado

COMPROMISOS

CATALINA ARANDA / AUXILIAR DE ESTADISTICAS / SIVIGILA : Se compromete a:

- Autorizar los tratamientos antirrábicos de todos los pacientes que notifiquen al sistema del SIVIGILA con exposición rábicas leves y graves, independientemente si ubican al paciente o firma el disentimiento.

- notificar por correo u oficio a secretaria de salud municipal y las EPS de los pacientes que no inician o finalizan los tratamientos antirrábicos, para la búsqueda activa agotando así las ultimas instancias y garantizar que el paciente acceda el tratamiento, se recomienda realizar registro en la H.C de los seguimientos telefónicos. se debe dejar una trazabilidad del seguimiento de los pacientes con exposiciones rábicas leves y graves.

- Realizar el registro del seguimiento de los pacientes NOTIFICADOS CON LEPTOSPIROSIS, ETAS , ACCIDENTE OFIDICO Y ACCIDENTE RABICO

EDWIN ENRIQUE PEREZ / COORDINADOR MEDICO Se compromete a:

- Capacitar de forma continua el personal médico de los eventos DE LEPTOSPIROSIS, ETAS , ACCIDENTE OFIDICO Y ACCIDENTE RABICO

  Realizar Seguimientos de las HC diligenciadas por el personal médico de los casos notificados con SOSOPECHA DE LEPTOSPIROSIS, ETAS , ACCIDENTE OFIDICO Y ACCIDENTE RABICO , esto con el fin de verificar que el personal médico registre una anamnesis completa e indague sobre las condiciones relacionadas , recomendaciones específicas para cada evento , brindado así una información más clara, con el fin de sensibilizar a los pacientes y conozcan más sobre las enfermedades zoonóticas

LILIANA RUIZ LOPEZ / ASESORA DE CALIDAD Se compromete a::

Enviar la base de datos de seguimiento de tratamientos antirrábicos del programa de zoonosis , cuando la secretaria de salud la solicite . (alimentar el Drive)

Se compromete a enviar el plan de mejora institucional

ACCIONES PARA MEJORAR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN

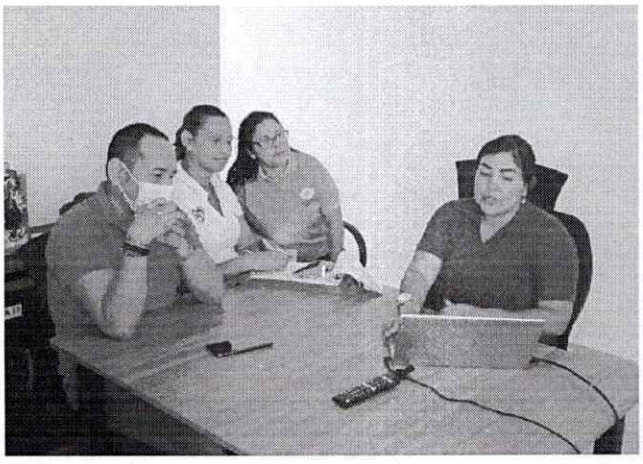
- **Solicitan oportunamente la autorización** de tratamientos antirrábico
- **Autorizar los tratamientos antirrábicos** de todos los pacientes que notifiquen al sistema del SIVIGILA con exposición rábicas leves y graves, independientemente si ubican al paciente o firma el disentimiento, deben dejar la trazabilidad de la autorización de los tratamientos. Una vez ubicado el paciente ya se encuentra el tratamiento autorizado listo para reclamar en cava de PAI departamental.
- **Aseguran que los pacientes concluyan** los tratamientos antirrábicos de acuerdo al esquema requerido para cada caso. En caso de no poder ubicar al paciente , informan al nivel jerárquico superior de la entidad o al gubernamental para la toma de medidas y acciones necesarias.
- **Realizar el registro del seguimiento** de los pacientes NOTIFICADOS CON LEPTOSPIROSIS, ETAS , ACCIDENTE OFIDICO Y ACCIDENTE RABICO
- **Capacitar** el personal de salud con los eventos LEPTOSPIROSIS, ETAS , ACCIDENTE OFIDICO Y ACCIDENTE RABICO .de forma continua
- **Seguimientos de las HC** diligenciadas por el personal médico de los casos notificados con SOSOPECHA DE LEPTOSPIROSIS, ETAS , ACCIDENTE OFIDICO Y ACCIDENTE RABICO , esto con el fin de verificar que el personal médico registre una anamnesis completa e indague sobre las condiciones relacionadas , recomendaciones específicas para cada evento , brindado así una información más clara, con el fin de sensibilizar a los pacientes y conozcan más sobre las enfermedades zoonóticas.
- Garantizan la disponibilidad permanente de suero antiofídico **Suero Antiofídico Polivalente y Suero Anti coral**
- Los pacientes notificados con sospecha de leptospirosis debe de quedar consignada en las HC la solicitud de las muestras pareadas para leptospirosis.
- Los pacientes notificados con sospecha de leptospirosis debe de quedar consignada en las HC la ordenación del tratamiento antibiótico para leptospirosis , e iniciarlo
- Los pacientes notificados con sospecha de leptospirosis deben de quedar registro de seguimiento , resultado de la 1ra muestra, 2da muestra , notificación por correo a secretaria de salud municipal, o dirección local de salud los casos positivos .
- en las HC el diligenciamiento debe de ser completo haciendo énfasis en las condiciones relacionadas manifestaciones sugestivas de progresión de la enfermedad. el medico tratante indaga sobre los factores de riegos para leptospirosis.
- Bajo la sospecha clínica de la enfermedad el medico tratante debe dar recomendaciones especificas del evento como: informar al paciente sobre las características de la enfermedad, haciéndole énfasis en la toma de una segunda muestra entre los 10 a 15 días posteriores a la primera..

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	RESPONSABLE	PLAZO CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
ENVIAR EL PLAN DE MEJORA CON SUS SOPORTES CORRESPONDIENTES	DIANA MARCELA CAMPOS / GERENTE –	1 MES	ENTREGAR PLAN DE y REALIZAR COMPROMISO DE LAS ACCIONES A MEJORAR CON EL PERSONAL MEDICO

COMO CONSTANCIA, SE FIRMA POR LOS ASISTENTES A LOS 16 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2026 EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA TOLIMA

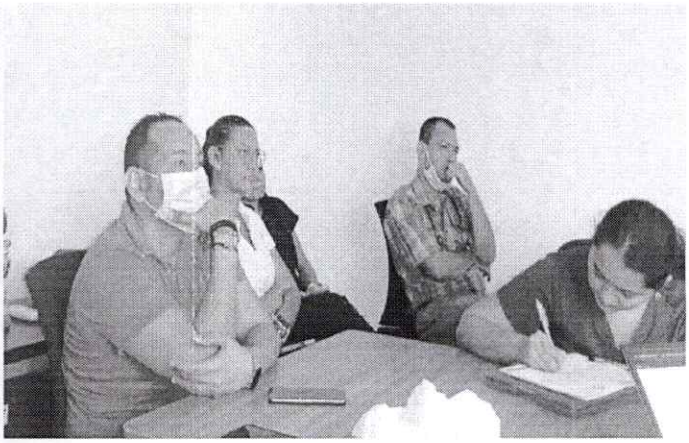
NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
CYNTHIA CAMILA ALDANA E. / ENFERA PROFESIONAL DE APOYO PROGRAMA DE ZOONOSIS	
CATALINA ARANDA / AUXILIAR DE ESTADISTICAS / SIVIGILA	
EDWIN ENRIQUE PEREZ / COORDINADOR MEDICO	
LILIANA RUIZ LOPEZ / ASESORA DE CALIDAD	

EVIDENCIA FOTOGRAFICA









	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-46
	ACTA DE REUNION	Versión: 05
		Fecha: 02/05/2024

NOMBRE: COMITÉ ETICA HOSPITALARIA		
ACTA No. 03	**FECHA:** 31 de Marzo del 2026	
LUGAR: Sala de Reunión Hospital San José de Ortega	**HORA INICIO:** 03:40 PM	**HORA FINAL:** 04:15 PM
RESPONSABLE COMITÉ:	EDWIN ENRIQUE PÉREZ LOZANO	
ASISTENTES: Formato De Asistencia		

GENERALIDADES DE LA REUNIÓN

Siendo las 03:40 horas del día 31 de Marzo del 2026, se reunieron en la sala de juntas del Hospital San José de Ortega los integrantes del comité de ética con fin de llevar a cabo la reunión del comité en cumplimiento de sus funciones:

Como orden día de la reunión se desarrolló lo siguiente:

1) Saludo.
2) Verificación de Quorum
3) Deberes y Derechos de los Usuarios

1. Saludo.

2. Verificación de quorum.

3. Se inicia comité a las 03:40 a.m. el día 31 de Marzo del 2026 , brindando un saludo a los integrantes del comité de Ética y sus invitados, dándole la bienvenida a la Señora Lupe Macias Integratre de Copaco se da inicio al comité numero 03 del 2026, realizando verificación de quorum..

Dr. Edwin Pérez: Interviene retroalimentando al comité de ética de sus funciones y la importancia que tiene como grupo de valor, en promover los programas de PYM, en construcción en la cultura de los Usuarios, donde divulgaran los deberes y derechos que se tiene como usuarios de la Institución, Velar para que se cumplan estos en forma ágil y oportuna, realizar veeduría en la prestación de servicio, reunirse como mínimo 1 vez al mes, Llevar un acta de cada reunión y remitirlas de manera trimestral a la Dirección Municipal de Salud.
Angely Reyes: Interviene con la socialización de deberes y derechos de los usuarios

DERECHOS

1. Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de la ley.

2. Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de manera oportuna y si usted requiere con necesidad uno que no esté incluido también lo puede recibir.
3. Recibir por escrito las razones por las que se niega el servicio de salud.
4. Que en caso de urgencias sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documento o dinero.
5. Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años.
6. elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de la salud que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.
7. ser orientado respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de alud requeridos.
8. Que como cotizante le pregunte las licencias y las incapacidades médicas.
9. Tener protección específica cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.
10. Que solamente le exijan su documento de identidad para acceder a los servicios de salud.
11. Que le informen donde y como pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud presta.
12. Recibir un trato digno sin discriminación alguna.
13. Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
14. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.
15. Recibir servicios continuos, sin interrupción y de manera integral.
16. Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.
17. Recibir una segunda opinión médica si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo.
18. Ser informado sobre los costos de su atención en salud.
19. recibir o rechazar apoyo espiritual o moral.
20. Que se mantenga estricta confidencialidad sobre su información clínica.
21. Que usted o la persona que lo represente acepte o rechace cualquier tratamiento y que su opinión sea tenida en cuenta y respetada.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de Buena Fe, sin utilizar maniobras dilatorias en las actuaciones, y de efectuar o aportar, a sabiendas, declaraciones o documento falsos o hacer afirmaciones temerarias, entre otras conductas.
2. Ejercer con responsabilidad sus derechos, y abstenerse de reiterar solicitudes evidentemente improcedentes para evitar que las nuevas solicitudes radicadas se conviertan en reiteraciones permanentes que afecten los tiempos de los trámites y la agilidad de respuesta de los mismos.
3. Entregar oportunamente la información correspondiente para facilitar la identificación de su trámite, solicitud o necesidad.
4. Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
5. Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.

6. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
7. Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
8. Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al sistema de salud.
9. Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.

LUPE MACIAS: Refiere la importancia de socialización de los deberes y derechos el cual realiza la pregunta que a donde y cuando se socializan estos y que quien los realizan,

ANGELY REYES: Se realizan los sábados en salas de espera a los Usuarios y soy quien realiza esta socialización de igualmanera por cada socialización se deja como evidencia un acta con su respectivo registro fotográfico y asistencia.

Resaltando la importancia que se le observa a los usuarios del interés de generar conocimiento a lo socializado, buscando siempre fortalecer la humanización en la prestación del servicio.

Habiendo agotado el orden del día se por terminada la reunión siendo las 04:15 PM

NOTA:

- Se anexa lista de asistencia a la reunión, registro fotográfico y material entregado

A CUMPLIR

- Puntualmente con las citas asignadas por la unidad de servicios de salud y prestarme en adecuadas condiciones de aseo.
- Con el tratamiento y recomendaciones ordenadas por el equipo de salud.
- Con el pago oportuno de los servicios y derivadas de mi condición de aseguramiento.
- Con el cuidado de los recursos físicos y materiales de la unidad de servicios de salud.



A RESPETAR

- Los principios, valores y objetivos que promulga la unidad de servicios de salud.
- Al personal de la salud y a a comunidad usuaria de los servicios.
- Las condiciones de raza, género y culto de los colaboradores de la unidad de servicios de salud, usuarios, sus familias y la comunidad.

"Salud para Todos"

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E
ORTEGA TOLIMA

AGENDA TU CITA VIA WHATSAPP Y LINEA TELEFONICA

Medicina general, Odontología, Rayos x, Psicología

Martes a Viernes
8:00AM a 12:00M
2:00Pm a 5:00Pm

317 505 0658

Notas: Se responde en Orden de Llegada

Encuesta de satisfacción

Te invitamos a Escanear el código QR, con tu celular y compartir tu experiencia con nosotros, con el fin de mejorar la calidad de nuestros servicios.

313 454 87 00

contactenos@hospitalsanjoseortega.gov.co

"Salud para Todos"

Hospital San José
E.S.E ORTEGA
SALUD PARA TODOS

¿Conozco mis DERECHOS Y DEBERES?



SIAU
Sistema de Información
Atención al Usuario

"Salud para Todos"



Mis DERECHOS

A CONOCER

- De forma clara mi condición de salud y el tratamiento que recibiré.
- El portafolio de servicios y los costos derivados de la atención que obtendré.
- El portafolio de servicios y los costos derivados de la atención que obtendré.
- Los escenarios de participación social y como acceder a los mecanismos de escuchas.



"Salud para Todos"

A ELEGIR

- La unidad de servicios de salud y los profesionales de salud que me atendierón.
- Si deseo o no, recibir el tratamiento y/o procedimiento ordenado por el profesional de salud.
- Si acepto o rechazo participar en programas de investigación.
- Morir con dignidad.

A RECIBIR

- Información, capacitación y educación en temas de Salud.
- Una atención segura, integral oportuna y eficiente de acuerdo a mi condición de salud, genero y edad.
- Un trato digno, respetando mi religión costumbres y creencias.
- Apoyo espiritual y/o emocional cuando sienta que lo requiera.
- Consulta de segunda opinión en casos especiales.
- Atención en salud que respete mi privacidad.

"Salud para Todos"



Mis DEBERES

A INFORMAR

- Mis antecedentes en salud, entorno familiar y hábitat u otra situación a mi situación étnica.
- Si acepto o rechazo el tratamiento y/o procedimiento de salud ordenado por el profesional.
- Sobre situaciones irregulares que evidencie en la unidad de servicios de salud.



"Salud para Todos"

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-46
	ACTA DE REUNION	Versión: 05
		Fecha: 02/05/2024

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
	EDWIN ENRIQUE PEREZ LOZANO	31 de Marzo del 2026
Próxima comite de etica	Edwin Enrique Perez	30 de Abril del 2026
Socialización PQRSDF	Angely Zuleidy Reyes	30 Abril del 2026

HSJ	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-54
	FORMATO DE ASISTENCIA A REUNIONES Y/O CAPACITACIÓNES		Versión: 02
			Fecha: 07/01/2025

TEMA : Comite de Etica Marzo

FECHA: 31 de Marzo del 2026

HORA: 03:40 Pm

NOMBRE(S) DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE: Edwin Perez

CARGO: Coordinador Medico

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
[illegible]	Representate Alianza usuarios	3108652801		[illegible]
Lupe Macias	Docente	3203461409	lupemacias747@gmail.com	Lupe Macias
Jose de los Santos Rodriguez	comite A us.	3169985639		[illegible]
Edwin Enrique Perez	5973352	3156186642	edwinplazano79@Hotmail.com	[illegible]
Angely Zuleidy Reyes	Psicologa.	3218804213	atencionalusuario@hospitalsanjoseortega.gov	[illegible]
Olga L. Lopez	Enfermera	3112764798	[illegible]	[illegible]

Vigilado Supersalud

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-46
	ACTA DE REUNION	Versión: 05
		Fecha: 02/05/2024

NOMBRE: COMITÉ ETICA HOSPITALARIA		
ACTA No. 04	**FECHA:** 30 de Abril del 2026	
LUGAR: Sala de Reunión Hospital San José de Ortega	**HORA INICIO:** 02:40 PM	**HORA FINAL:** 03:20 PM
RESPONSABLE COMITÉ:	EDWIN ENRIQUE PÉREZ LOZANO	
ASISTENTES: Formato De Asistencia		

GENERALIDADES DE LA REUNIÓN

Siendo las 02:40 horas del día 30 de Abril del 2026, se reunieron en la sala de juntas del Hospital San José de Ortega los integrantes del comité de ética con fin de llevar a cabo la reunión del comité en cumplimiento de sus funciones:

Como orden día de la reunión se desarrolló lo siguiente:

1) Saludo.
2) Verificación de Quorum
3) Socialización PQRSDF

1. Saludo.

2. Verificación de quorum.

3. Se inicia comité a las 02:40 a.m. el día 30 de Abrildel 2026 , brindando un saludo a los integrantes del comité de Ética y sus invitados, se da inicio al comité numero 04 del 2026, realizando verificación de quorum..

Dr. Edwin Pérez: interviene destacando la necesidad de fortalecer la cultura institucional en los usuarios frente al uso adecuado de los canales oficiales para la presentación de inconformidades. Señala que, aunque existen manifestaciones informales de insatisfacción, estas no siempre se formalizan a través de los mecanismos establecidos, lo cual dificulta la trazabilidad, análisis y respuesta oportuna por parte de la institución.

Asimismo, informa que se han recibido quejas relacionadas con la atención médica, las cuales han sido gestionadas mediante los procesos internos de investigación, generando acciones correctivas orientadas a mejorar la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

Angely Reyes: Socializa los mecanismos institucionales disponibles para la recepción de PQRSF, indicando que el Hospital San José E.S.E. cuenta con cuatro buzones de sugerencias estratégicamente ubicados en consulta externa, hospitalización, farmacia y urgencias, los cuales facilitan la participación de los usuarios en la evaluación del servicio.

Reitera que la gestión de PQRSF constituye un insumo fundamental para el mejoramiento continuo, permitiendo identificar oportunidades de fortalecimiento en los procesos asistenciales y administrativos.

RESOLVER Y ATENDER LAS QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS

¿Por qué y para qué tramitar las quejas y reclamos de los usuarios sobre el servicio?

Mediante este trámite, se busca conocer las causas y resolver los problemas que han generado una sensación de insatisfacción o un daño.

¿Para qué?

- Dar una respuesta que satisfaga.
- Disponer de un mecanismo de identificación de posibles problemas en la prestación del servicio y realimentar la ejecución de los diferentes procesos y procedimientos del Hospital San Jose E.S.E.
- Establecer estrategias de mejoramiento que permitan, corrijan y/o minimicen los efectos de inconvenientes sin solución inmediata.
- El conocimiento y trámite de las quejas y reclamos puede evitar posibles complicaciones por demandas de tipo judicial.

Las PQRSF podrán recibirse en forma personal, Buzones de Sugerencia, escrita, página web y correos electrónicos.

Personal: Se recibirá en la oficina de atención al usuario en el formato diseñado al efecto.

Escrita: El documento correspondiente debe entregarse en la oficina de la ventanilla Unica, en donde una vez radicada se remitirá a la oficina de atención al usuario, si la persona no sabe escribir se le colaborará con la realización del documento quien debe imponer su huella dactilar. Las PQRSF escritas deberán contener: Nombre y apellidos de quien la presenta, indicación del documento de identidad, dirección, número telefónico, objeto y razones de la misma, relación de documentos que se anexan, cuando a ello haya lugar y firma.

Línea Telefónica: 313 454 8700 se recibirá en las líneas permanentes del hospital que existen a disposición de cualquier ciudadano.

Página Web: http://hospitalsanjoseortega.gov.co En la opción SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA luego la opción PQRDS RECEPCIÓN DE SOLICITUDES y allí podrás realizar las PQRSD peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o denuncias.

Correos Electrónicos: Se reciben las PQRSF por el canal de correos electrónicos atencionusuario@hospitalsanjoseortega.gov.co o contactenos@hospitalsanjoseortega.gov.co

Buzones de sugerencias: ubicados en Consulta externa, Hospitalización, farmacia y Urgencias

Lupe Macias: Cual y como es el proceso que se le da a la quejas y como realizan las aperturas de buzones

Angely Reyes: La apertura de los buzones de sugerencias se realiza con una periodicidad semanal, de acuerdo con el cronograma institucional establecido para los días jueves. Este proceso se lleva a cabo con la participación de un miembro del Comité de Alianza de Usuarios, un representante de Control Interno, un delegado de Gerencia y la Coordinadora SIAU, garantizando transparencia y control en el procedimiento. Durante la apertura, se deja evidencia mediante acta formal y registro fotográfico. En caso de encontrarse PQRSDF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones), estas son registradas en la matriz de seguimiento institucional, con el fin de asegurar su trazabilidad desde la recepción hasta su cierre. Posteriormente, se realiza la clasificación de la solicitud según su tipología (PQRSDF) y se remite al área competente, ya sea Gerencia, Administración o, en el caso de personal vinculado por terceros (temporal), a la instancia correspondiente para la apertura del proceso disciplinario y la respectiva investigación. Como resultado de este proceso, se definen e implementan las acciones correctivas o de mejora a que haya lugar. Finalmente, se emite respuesta formal al usuario dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente.

Cabe resaltar que toda la trazabilidad del proceso reposa en la Oficina de Atención al Usuario, garantizando el control, seguimiento y archivo de la información.

Habiendo agotado el orden del día se por terminada la reunión siendo las 03:20 PM

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	Código: GC-FO-46
	ACTA DE REUNION	Versión: 05
		Fecha: 02/05/2024



NOTA:

- Se anexa lista de asistencia a la reunión, registro fotográfico y material entregado

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
	EDWIN ENRIQUE PEREZ LOZANO	30 de Abril del 2026
Próxima comite de etica	Edwin Enrique Perez	28 de Mayo del 2026
Programa PYM		28 Mayo del 2026

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Liliana Ruiz Lopez Asesora de Calidad	Jeniffer Tatana Santiago Perez Administradora	Diana Marcela Campos Barrios Gerente

HSJ	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-54
	FORMATO DE ASISTENCIA A REUNIONES Y/O CAPACITACIÓNES		Versión: 02
			Fecha: 07/01/2025

TEMA :	Comite de etica Abril		
FECHA:	30 Abril del 2026	HORA:	02:40 Pm
NOMBRE(S) DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE:	Edwin perez	CARGO:	Coordinador Medico

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Cornelio Aguja Rivera	Representante Alianza Usua	3108652801		[signature]
Lupe Macias	Docente	3203461409	lupemacias74@gmail.com	Lupe Macias
Jose de los Santos Rodriguez	comité Ausu	3169985639		[signature]
Edwin Enrique Perez	Medico.	3156186642	edwinplozano79@Hotmail.com	[signature]
Angely Zuleidy Reyes	Psicologa	3218804213	atencionusuario@hospitalsanjoseortega.gov.co	[signature]
Digal Lopez	Enfermera	3112764798	[illegible]	[signature]

Vigilado Supersalud

	HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1	CODIGO: GC-FO-59
	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA	FECHA: 15/01/2025 VERSION: 02

(DOCUMENTO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA OPERACIONES CON PERSONAS NATURALES NO COMERCIANTES O INSCRITOS EN EL RÉGIMEN SIMPLIFICADO)

FECHA DE ELABORACIÓN			NÚMERO
DD	MM	AAAA	
12	5	2026	4

PERÍODO COBRADO						
	DD			DD	MM	AAAA
DEL	1	ABRIL	AL	17	ABRIL	2026

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
	TIPO:	NÚMERO	DV
Edwin Enrique Perez Lozano	[x] C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] OTRO	5973357	1

DIRECCIÓN	CIUDAD	NÚMERO TELÉFONO	CORREO
Calle 5 # 4-43	Ortega	3156186642	edwinplozano79@hotmail.com

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN		
	TIPO	NÚMERO	DV
HOSPITAL SAN JOSE ESE ORTEGA	NIT	890700967	1

FECHA	CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR DE LA OPERACIÓN	
			VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
12/5/2026	1	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COORDINADOR MEDICO PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E.	$ 3.400.000	$ 3.400.000

TOTAL	$ 3.400.000
RTE FTE (%)	
RTE ICA (por mil)	
TOTAL A PAGAR	
BASE GRAVABLE	
IVA	
RTE IVA (%)	

VENDEDOR

En cumplimiento de lo señalado en el literal j) Artículo 617 del Estatuto Tributario, manifesto bajo la gravedad del juramento que he cumplido con la afiliación y el pago de los aportes a las Seguridad Social correspondientes a los ingresos objeto de esta factura bajo el número de planilla 3217914121 y que estos aportes no han servido de base para disminuir la retención en la fuente en otros cobros. Declaro que soy del régimen simplificado y según el Artículo 511 del Estatuto Tributario no estoy obligado a expedir factura de venta

ANEXOS (Marque con una "X")

[X] Aportes ARL [ ] Aportes AFC o Pensiones Voluntaruas

[X] Aportes Salud [X] Aportes Pensiones

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DEL COMPRADOR

NÚMERO CONSECUTIVO

FECHA DE RECIBO

DD MM AAAA

INFORMACIÓN PARA DISMINUCIONES DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

CONCEPTO	NOMBRE ENTIDAD A LA QUE APORTA	BASE DE APORTE	VALOR APORTADO		FECHA PAGO APORTES		
					DD	MM	AAAA
Aportes Obligatorios a Salud	Nueva EPS	$ 1.800.000	$ 225.000,00		4	5	2026
Aportes Obligatorios a Pensión	Porvenir	$ 1.800.000	$ 288.000,00		4	5	2026
Aportes ARP	Colmena	$ 1.800.000	$ 43.900,00		4	5	2026
Aportes Voluntarios a Pensión							
Aportes Voluntarios AFC							

FIRMA DEL PROVEEDOR

CC 5973357
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

La información aquí consagrada se entiende bajo la gravedad del juramento, de acuerdo con el Artículo 442 del Código Penal y en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 13 de la Ley 1527 de 2012, reglamentado por el Decreto 1950 de 2012

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5973357
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDWIN ENRIQUE PEREZ LOZANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ORTEGA	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 1 45 45	TELÉFONO:	2600000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	3217914121			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/04			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0337578833		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.000	$ 0	$ 288.000
SUBTOTALES:										**$ 288.000**	**$ 0**	**$ 288.000**

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	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 225.000
SUBTOTALES:													**$ 225.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 43.900	$ 43.900	$ 0	$ 0	$ 43.900
SUBTOTALES:									**$ 43.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 43.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 5973357	PEREZ LOZANO EDWIN ENRIQUE	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.800.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.800.000	$ 225.000	$ 0	$ 225.000	14-25-COLMENA	30	$ 1.800.000	5973357	$ 43.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 556.900

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE EJECUCION DE CONTRATO

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO NRO. 010 DE 2026

CERTIFICA

En mi calidad de supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del contrato Nro. 010 el 01 de enero de 2026 Prestación de servicios cuyo objeto es **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COORDINADOR MEDICO PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E."** Suscrito entre el Hospital SAN JOSE E.S.E del Municipio Ortega y el (a) **EDWIN ENRIQUE PEREZ LOZANO**, identificado con cedula de ciudadanía número 5.973.357 DE ORTEGA TOLIMA, que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales establecidas.

Así mismo para efecto de pago certifico que el contratista se encuentra al día respecto de sus obligaciones derivadas de la afiliación al sistema de seguridad social integral.

Por lo anterior se procede a autorizar **EL *CUARTO Y ULTIMO PAGO*** correspondiente al valor de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE (3.400.000,00 COP)**. Por desarrollo de actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el día **PRIMERO (01) DE ABRIL al día DIECISIETE (17) DE ABRIL DE 2026** del contrato de prestación de Servicios 010 DE 2026

Vigilado Supersalud

BALANCE DEL CONTRATO				
DETALLE	VALOR DEL CONTRATO	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO EN PESOS	SALDO POR EJECUTAR
VALOR INICIAL	$ 36.000.000,00	$	0,0 %	$ 36.000.000,00
PRIMER PAGO		$ 6.000.000,00	16,66%	$ 30.000.000,00
SEGUNDO PAGO		$ 6.000.000,00	16,66%	$ 24.000.000,00
TERCER PAGO		$ 6.000.000,00	16,66%	$ 18.000.000,00
CUARTO Y ULTIMO PAGO		$ 3.400.000,00	9,4%	$ 14.600.000,00
TOTALES	**$ 36.000.000,00**	**$ 21.400.000,00**	**59,38%**	**$ 14.600.000,00**

La presente certificación se expide en Ortega Tolima, el día 12 de Mayo del 2026.

JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ

PROFESIONAL UNIVERSITARIO – JEFE DPTO

SUPERVISORA DEL CONTRATO

Vigilado Supersalud

Ortega Tolima, 12 de Mayo de 2026

Señores
Hospital San José de Ortega E.S.E.
Ortega Tolima

Asunto: Certificación de mi condición de obligado a declarar renta por el año gravable inmediatamente anterior.

Yo, Edwin Enrique Pérez Lozano, identificado con cédula de ciudadanía No. 5973357 de Ortega, vinculado actualmente mediante contrato de prestación de servicios, y para los efectos de la norma contenida en el art. 383 del E.T., certifico bajo la gravedad de juramento (Artículo 442 del Código penal) lo siguiente:

1. Que sí califico en la categoría de empleado establecida en el art. 329 del E.T. (creado con el art. 10 de la Ley 1607 de diciembre 26 de 2012), pues actualmente soy residente en Colombia (art. 10 del E.T.), mis ingresos brutos sí provienen en un 80% o más de mis rentas por honorarios, sí realizo una actividad liberal, y no uso ni equipos, ni insumos, ni herramientas especializadas.

2. Que por el año gravable anterior (en este caso, el año 2025), y solo por el criterio establecido en el parágrafo 4 del art. 3 del decreto 099 de enero de 2013, sí soy un obligado a declarar renta pues mis ingresos brutos de todo tipo en dicho año (por honorarios, servicios, ventas de activo fijos, rifas, intereses, arrendamientos, etc.), o mis activos fijos sí superaron el equivalente a lo establecido por el Estatuto Tributario.

3. (NO) tengo dependientes económicos que para tal caso no tengo hijos.

4. **(NO X), (SI)** poseo prestamos de vivienda, que puedan ser deducibles para el Cálculo de retención en la fuente (SI LA respuesta es sí adjuntar el ultimo recibo de pago).

Para constancia de lo anterior, firmo en Ortega Tolima a los 12 días del mes de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Edwin Enrique Pérez Lozano
C.C. 5973357 de Ortega Tolima.

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-174
	PROCESO: GESTION DE CALIDAD		VERSION 1.0
	FORMATO DE INFORME DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA		17/4/2026

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E

INFORME NÚMERO:	4	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	12/5/2026

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO:	010	FECHA : (dd/mm/aa)	1/1/2026
				No. PROCESO SECOP II	CD HSJ 010-2026
CONTRATISTA:		EDWIN ENRIQUE PEREZ LOZANO		NIT Y/O CC:	5973357
VALOR INICIAL:		$ 36.000.000,00		PLAZO INICIAL:	180 DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA:		009 DEL 1/01/2026		RP(S) INICIAL / VIGENCIA:	010 DEL 1/01/2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME:		JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ		FECHA DE DESIGNACIÓN	Contrato 010 1/01/2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		administracion@hospitalsanjoseortega.gov.co			
FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA DE INICIO:		1/01/2026		FECHA DE INICIO:	1/1/2026

II. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)

INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS , RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	CARGADO EN EL SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO	PLAZO ADICIONADO		RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	$ -	N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	$ -	N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	$ -	N/A		N/A	N/A

ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)	FECHA REINICIACIÓN (dd/mm/aaaa)		No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A

III. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque	SI	SEGÚN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR :			N/A
ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	SI	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:			PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		1/04/2026 AL 17/04/2026			
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)		N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA:		N/A
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR		4	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR:		12/5/2026

IV. ESTAMPILLAS (ADICIONES)

NOMBRE ESTAMPILLA	FECHA	VALOR
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el período que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	3217914121	MES DE COTIZACIÓN:	ABRIL
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:	N/A	MES DE COTIZACIÓN:	N/A

SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE CORRESPONDA,INDICANDO EL RESPECTIVO SOPORTE

ES PENSIONADO:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE	N/A		
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:	N/A		

V. DISTRIBUCIÓN DEL PRESENTE PAGO POR IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (adicione filas si es necesario)

IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
2,1202E+12	010 DEL 1/01/2026	$ 3.400.000,00
		$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:		$ 3.400.000,00

VALOR PRESENTE PAGO

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO PERIODO)

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR INICIAL CONTRATO		$ 36.000.000,00
VALOR TOTAL CONTRATO (ADICIONES)		$ -
VALOR TOTAL PAGOS ANTERIORES		$ 18.000.000,00
VALOR PRESENTE PAGO		$ 3.400.000,00
VALOR SALDO POR EJECUTAR		$ 14.600.000,00

VI. GARANTIAS

ASEGURADORA	AMPARO	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO	F. DE EXPEDICIÓN		F. DE APROBACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

VII. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	166900071092

VII. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

La supervisión y/o interventoría verificó el cumplimiento del contratista y de sus obligaciones para el presente período, de acuerdo con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es)	JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ
FIRMA(s):	

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-175
	PROCESO: GESTION DE CALIDAD		VERSION 1.0
	INFORME DETALLADO EJECUCION DE ACTIVIDADES		17/4/2026

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E

I. RESUMEN INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA O COOPERANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1.Prestar sus servicios profesionales como Coordinador Médico del personal asistencial y de los procesos de atención en las áreas de urgencias, observación, partos, hospitalización, consulta externa y de PYM.	Durante el periodo ejecutado presté los servicios como coordinador médico en las áreas correspondientes, brindando acompañamiento y asesoría. Asistí el día 16 de abril a la asistencia técnica y seguimiento del plan de mejora (gobernación del Tolima)	Anexo acta de asistencia tecnica	Informe de actividades, Sistema SIHOS	
2.Dar cumplimiento a los Comités de Calidad, Historias Clínicas y los demás comités requeridos por la Gerencia.	Realicé el comité de ética y de historias clínicas con informe, correspondiente al mes de abril, con el personal Medico para determinar las falencias y nuevas determinaciones en el proceso de los programas de PyM.	Anexo acta del comité de etica y planilla de asistencia	Informe de actividades	
3.Realizar Auditoría de Historias Clínicas.	Realicé auditoria de las historias clínicas de todos los programas de promoción y mantenimiento, programas de crónicos y urgencias, observación y hospitalización.	Sistema SIHOS	Sistema SIHOS	
4.Revisar el diligenciamiento de todos los registros de competencia sobre atención médica, corregir y hacer cumplir las normas sobre manejo de las historias clínicas y confidencialidad de la información o secreto profesional de acuerdo con los criterios establecidos en la normatividad vigente en la materia.	Dí respuesta a quejas de usuarios con respecto al servicio de urgencias y consulta externa.	N/A	N/A	
[illegible]Garantizar el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica por parte de los Médicos, corregir y controlar que estos mismo cierren todas y cada una de las historias en el Sistema a diario.	Indiqué al grupo medico la importancia del buen diligenciamiento de las historias clínicas, el no dejar pacientes en urgencias con líquidos o tratamientos sin haberlos colocado en observación, diligenciar las observaciones en el módulo de evolución medica junto con resultados paraclínicos e imágenes	Reuniones	Sistema SIHOS, planillas de asistencia	
6.Prestar sus servicios como médico general en las diferentes áreas del hospital, incluyendo la realización de valoraciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, así como la prescripción adecuada y justificada de medicamentos, exámenes de laboratorio, estudios diagnósticos y procedimientos menores, en cumplimiento con los protocolos clínicos, normativas vigentes.	Presté Mi servicio como médico general en las áreas correspondientes, atendiendo consulta médica de planificación familiar, inserción de implantes y extracción de implante subdérmico, control prenatal, alteraciones de la primera infancia, alteraciones de la infancia. alteraciones de la juventud, alteraciones de la adultez y vejez, controles de hipertensión arterial y diabetes y consulta externa por medicina general.	Sitema SIHOS	Sitema SIHOS	
7.Elaborar el informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato, para que este certifique el cumplimiento de las mismas.	Elaboré el informe de auditoria del mes correspondiente de todos los programas del hospital san José esta diligenciado.	Informe de actividades	Radicado a la supervisora del contrato	
8.Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.	Atendí las directrices, solicitudes y sugerencias por parte de gerencia y supervisora del contrato.	N/A	N/A	

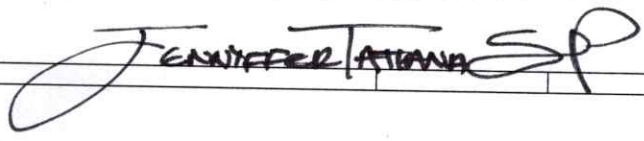
RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	
1. Facilitar al contratista las condiciones (suministro de información, documentación y [illegible] elementos), que le permitan cumplir [illegible]a forma y oportunidad convenidas y coordinar al interior de sus dependencias y funcionarios lo necesario con la misma finalidad	Se brindó de manera oportuna la información, documentación institucional requerida, garantizando que el contratista contara con los insumos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus obligaciones contractuales.	informe supervision e informe actividades	informe supervision e informe actividades	NA	
2.Controlar la calidad de los servicios contratados y el cumplimiento de los requisitos y condiciones convenidas	Se realizó seguimiento continuo a la ejecución del contrato, verificando el cumplimiento de las condiciones establecidas, asegurando la correcta prestación de los servicios contratados.	informe supervision e informe actividades	informe supervision e informe actividades	NA	

3. Recibir los servicios contratados en la oportunidad estipulada y expedir, en menor tiempo posible, los documentos correspondientes a la ejecución del contrato	Se efectuó la revisión y recepción de los servicios, expidiendo los soportes correspondientes que evidencian el cumplimiento de las obligaciones contractuales.	informe supervision e informe actividades	informe supervision e informe actividades	NA	
4. Realizar los pagos del contrato, con oportunidad, y conforme a la forma de pago estipulada, a fin de garantizar la buena marcha del contrato.	Se gestionó oportunamente el trámite de pago conforme a lo pactado contractualmente, previa verificación del cumplimiento de las actividades.	informe supervision e informe actividades	informe supervision e informe actividades	NA	

CONCLUSIONES:

La supervisión y/o interventoría verifico el cumplimiento del contratista y de sus obligaciones para el presente período, de acuerdo con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) :	**JENNYFFER TATIANA SANTIAGO PEREZ**	
FIRMA:		

HOSPITAL SAN JOSE ORTEGA - TOLIMA

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151
Nit. 890700967-1

CUENTA POR PAGAR
No.12352
Fecha: 15/05/2026

Tercero

CC 5973357 EDWIN ENRIQUE PEREZ LOZANO
Dirección: ORTEGA-TOLIMA **Teléfono:** 2258120
Documento Presupuestal: COM - 10 **Documento Externo:** 01004 **Fecha Doc Externo:** 15/05/2026 **Fecha De Venc:** 14/06/2026

Descripción

CONTRATAR LA PRESTACI?N DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COORDINADOR MEDICO PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E.

Centro de Costos		Valor
000006	PROMOCION Y PREVENCION	$3.400.000.00

Subtotal:	**$3.400.000.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$3.400.000.00**

Son

TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

REALIZO

JOMIS TORRIJOS GUZMAN
AUXILIAR CONTABLE
1108937701

Impreso por software SIHOS WEB

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

CALLE 6 3-25 - Tel:3112230151
Nit. 890700967-1

COMPROBANTE EGRESO No.18810
Fecha: 15/05/2026

Tercero

CC 5973357 **EDWIN ENRIQUE PEREZ LOZANO**
Dirección: ORTEGA-TOLIMA Teléfono: 2258120

Datos del Pago

Forma de Pago : TRANSFERENCIA ELECTRONICA BANCO DAVIVIENDA **Cuenta :** 166969999829

Concepto

SE CANCELA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN COORDINADOR MEDICO PARA EL HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E. CUARTO Y ULTIMO PAGO DEL CONTRATO NRO. 010 DE 2026. PERIODO DEL 01 AL 17 DE ABRIL DEL 2026.

Documento	Numero	Factura Documento	Factura Numero	Factura Fecha	Valor
CUENTA POR PAGAR	12352	FCP	01004	15/05/2026	$3.400.000.00

Total : $3.400.000.00

Edición Contable

Codigo	Cuenta	Deber	Haber
249055	Servicios	$3.400.000.00	
24402401	SOBRETASA BOMBERIL		$1.190.00
244004	RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO		$23.800.00
11100508	Davivienda 166969999829		$3.375.010.00
	Total	**$3.400.000.00**	**$3.400.000.00**

SON

TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

ORDEDNO

BENEFICIARIO

DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

20/5/2026 - 9:21

Datos del Proceso de Pago	
Nombre Empresa	HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST
Nombre Proceso	PAGO A PROVEEDORES 15 DE MAYO DE 2026
Cuenta Origen de los Fondos	OFICIAL SIN SOBREGIRO - 560166969999829
Fecha del Pago	15/05/2026
Hora del Pago	15:26

Detalle Proceso de Pago			
Nit Destino	5973357	**Referencia**	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	166900071092	**Entidad destino**	DAVIVIENDA
Valor	$ 3.375.010,00	**Estado**	Pago Exitoso