

FORMATO INFORME EJECUCION DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES A SUPERVISOR Y APROBACION									
PROCESO DE PROCESO CONTRATACION				CODIGO	CON-FTO-128				
				VERSION	3				
				VIGENCIA	10/3/2025				
ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS		No	161-2026	CONTRATISTA	DIANA JANETH OROZCO		Nit/Cedula	39,813,769	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES INHERENTES A LA OPERACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SEGÚN RESOLUCIÓN 1010 DE 2025, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL MUNICIPIO DE GUADUAS EN AREA RURAL			VALOR \$	\$ 6,000,000	CDP No	158	RP No	167
PLAZO	15/3/2026	ACTA DE INICIO	15-ene-26	no		CDP Adición No		RP Adición No	
Prórroga fecha		Fecha		Poliza No	18-03-101003125				
MES A CERTIFICAR	enero	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA							
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Contratista)				ACTIVIDAD EJECUTADA (Contratista)			EVIDENCIA (Supervisor)		
Cronograma y plan de trabajo Realizar cronograma y Plan de Trabajo documento diligenciado donde se evidencie fecha y actividades programadas, plan de trabajo				Cronograma de actividades y Plan de Trabajo			https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWICrSdXdcUfW9acV09 Elaboración de un documento técnico en el que se organiza y estructura la planificación de actividades a desarrollar, estableciendo fechas, responsables y tiempos de ejecución. Este instrumento permite evidenciar la programación ordenada de las acciones, facilitar el seguimiento y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos dentro del periodo establecido.		
Coordinación para la acción Participar de la Planeación, coordinación, ejecución, seguimiento, monitoreo, control y evaluación del trabajo realizado en el microterritorio, según las actividades e intervenciones con todos los miembros los Equipos Básicos de Salud. El rol de enfermería debe liderar, planear e implementar la estrategia de EBS de la cual hace parte mediante reuniones de inicio, seguimiento y finalización del proceso, así como de liderar el análisis de los determinantes sociales de bienestar. (Incluye: seguimiento, capacitación, cuidado al cuidador, asesoría y supervisión al trabajo colaborativo, así como el análisis de casos y definición de la conducta de manejo, seguimiento a PICIP)				1. Cronograma por territorio de manera mensual 2. 4 Actas que contengan: 1 Acta inicial: - Socialización de actividades a desarrollar por perfiles - Reconocimiento de los territorios - Entrega de caja de herramientas al EBS - Plan de trabajo para el EBS - Socialización de indicadores de la estrategia. - Socialización de las rutas de atención RPMS y RMP, AIEPI, IAMII, EISP que prevalezcan en el territorio a intervenir. - Cronograma de capacitaciones para el EBS por cada perfil 2 Actas de seguimiento: Análisis de resultados por cada perfil, acciones generadas para dar resolutivez, consolidación del plan de cuidado integral por familia. Avance de implementación de los PCP. Reporte de demanda inducida efectiva. Seguimiento a kardex de gestantes. Seguimiento a indicadores de la Estrategia. Seguimiento a riesgos detectados en los pacientes en el marco de su plan de cuidado. 1 Acta final: - Resultados del Microterritorio por perfiles - Socialización de resultados de indicadores de la estrategia. - Análisis DOFA, logros y dificultades			https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWICrSdXdcUfW9acV09 Cronograma mensual por territorio y elaboración de actas de seguimiento de la estrategia: Diseño y ejecución de un cronograma mensual organizado por territorio, acompañado de la elaboración de cuatro (4) actas técnicas que soportan el proceso operativo y de seguimiento del Equipo Básico de Salud (EBS). Incluye: Acta inicial: socialización de actividades por perfil profesional, reconocimiento territorial, entrega de herramientas operativas, definición del plan de trabajo del EBS, socialización de indicadores estratégicos, rutas de atención (RPMS, RMP, AIEPI, IAMII, EISP) y programación de capacitaciones por perfil. Dos actas de seguimiento: análisis de resultados por perfil, generación de acciones de mejora, consolidación del plan de cuidado integral familiar, avance en implementación de PCP, reporte de demanda inducida efectiva, seguimiento a gestantes (kardex), monitoreo de indicadores y control de riesgos identificados en los pacientes. Acta final: presentación de resultados por microterritorio y perfiles, socialización de indicadores, análisis DOFA, identificación de logros, dificultades y oportunidades de mejora.		
Fortalecimiento de las capacidades del Equipo Básico de salud Participar de las capacitaciones impartidas por los profesionales del Equipo Básico de salud con adherencia superior al 80% en el postest aplicado de cada temática tratada.				Soporte de la actividad: 1. Acta de capacitación donde se evidencie la adherencia por cada temática por persona.			https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWICrSdXdcUfW9acV09 Soporte de la actividad: Elaboración de acta de capacitación en la que se registre de manera formal la temática desarrollada, fecha, responsables y listado de asistencia, evidenciando la adherencia individual por cada participante frente a los contenidos abordados. Este documento permite respaldar el proceso formativo y garantizar trazabilidad en el cumplimiento de las actividades programadas.		
Análisis de los Determinantes sociales en salud Participar en el análisis de los determinantes sociales del bienestar del territorio priorizado.				PRIMERA ENTREGA: 1. Acta de socialización con los entes Institucionales, Municipales y Grupo ejecutor, con registro de asistencia y evidencia fotográfica. SEGUNDA Y TERCERA ENTREGA: 1. Acta de análisis con equipo básico de salud con registro de asistencia y evidencia fotográfica. CUARTA ENTREGA: 1 Acta de socialización con los entes Institucionales, Municipales y Grupo ejecutor, con registro de asistencia y evidencia fotográfica.			https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWICrSdXdcUfW9acV09 Soporte documental por entregas: Primera entrega: Elaboración de acta de socialización con entes institucionales, municipales y grupo ejecutor, en la cual se evidencie el desarrollo de la reunión, temas abordados, compromisos establecidos, registro de asistencia firmado y soporte fotográfico como evidencia del proceso. Segunda y tercera entrega: Elaboración de acta de análisis con el Equipo Básico de Salud (EBS), incluyendo revisión de avances, resultados y ajustes operativos; debe contar con registro de asistencia y evidencia fotográfica que respalde la realización de la actividad. Cuarta entrega: Elaboración de acta final de socialización con entes institucionales, municipales y grupo ejecutor, donde se presenten resultados consolidados, conclusiones y compromisos finales, adjuntando registro de asistencia y evidencia fotográfica como soporte documental.		

Programa Ampliado de Inmunización 1. Realizar la identificación, Caracterización, canalización y seguimiento a los casos reportados de esquemas de vacunación incompletos, hasta lograr la canalización efectiva. 2. Realizar la administración de biológicos a los menores encontrados de acuerdo con esquema vigente en el país 3. Identificar la población mayor de 11 años para canalizar efectivamente a los servicios de vacunación, con el biológico de VPH, DTaP acelular, Td, influenza, fiebre amarilla, sarampión y rubéola en caso de brotes o casos sospechosos, así como vacunación a gestantes, adultos mayores y población de riesgo.	Soporte de la actividad: 1-Formato de barrido documentado de 0 a 5 años. 2. Formato de barrido documentado Fiebre Amarilla de 9 meses y mas 3.Registro diario de vacunación diligenciado, cargue a plataforma de PAIWEB 4. Base de datos DE CANALIZACIÓN AL SERVICIO DE VACUNACIÓN de población mayor de 11 años captados y con canalización efectiva al programa de vacunación específicamente (VPH, DTaP acelular, Td, influenza, fiebre amarilla, sarampión y rubéola en caso de brotes o casos sospechosos).	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaf8XPT4G2mWICsSdXdcUHWacV09 Soporte documental por entregas: Primera entrega: Elaboración de acta de socialización con entes institucionales, municipales y grupo ejecutor, en la cual se evidencie el desarrollo de la reunión, temas abordados, compromisos establecidos, registro de asistencia firmado y soporte fotográfico como evidencia del proceso. Segunda y tercera entrega: Elaboración de acta de análisis con el Equipo Básico de Salud (EBS), incluyendo revisión de avances, resultados y ajustes operativos; debe contar con registro de asistencia y evidencia fotográfica que respalde la realización de la actividad. Cuarta entrega: Elaboración de acta final de socialización con entes institucionales, municipales y grupo ejecutor, donde se presenten resultados consolidados, conclusiones y compromisos finales, adjuntando registro de asistencia y evidencia fotográfica como soporte documental.
Jornadas de salud: Participar de las Jornadas de Salud de los Equipos Básicos de salud en cada territorio con el fin de garantizar la atención de los usuarios priorizados por parte de los prestadores de servicios sociales y de salud.	Soporte de la actividad: Soportes de la metodología utilizada en la convocatoria y socialización de la Jornada de Salud (carteleras, afiches, flyers, medios de comunicación virtual, etc). *Informe consolidado de la Jornada de salud con sus Listados de asistencia en físico, en excel y respectivo formato de consolidación en excel de las personas participantes de la Jornada de Salud, así como el registro fotográfico.	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaf8XPT4G2mWICsSdXdcUHWacV09 Soporte de la actividad: Recopilación y presentación de evidencias documentales que respalden la metodología de convocatoria y ejecución de la Jornada de Salud, incluyendo soportes de difusión tales como carteleras, afiches, flyers y medios de comunicación virtual utilizados para la socialización en el territorio. Adicionalmente, elaboración de informe consolidado de la Jornada de Salud que contenga: listados de asistencia en físico, base de datos en formato Excel, formato de consolidación en Excel de las personas participantes, y registro fotográfico como evidencia del desarrollo, cobertura y alcance de la actividad.
Visitas de caracterización y seguimiento Realizar visitas en el entorno hogar, a través del diligenciamiento completo de la Ficha familiar en respuesta para el reporte de información que incluyen caracterización y seguimiento al 100 % de los integrantes de la familia de acuerdo con la asignación de la territorialización del municipio y la concentración geográfica. Realizar la valoración integral a la familia identificando la estructura, las relaciones y dinámicas que se determinan al interior de la familia; las condiciones individuales de cada uno de sus integrantes que afectan la familia como sistema abierto; las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en la salud familiar, aplicación del instrumento necesarios. Se debe contar con lo siguiente: Familiograma, Apgar familiar, Ecomapa, Escala de Zarit. Definir las atenciones requeridas de acuerdo a las particularidades de la situación y lo concertado con las familias que harán parte del plan integral de cuidado primario.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Base de datos descargada de la plataforma dispuesta para el reporte de información, del periodo a revisar, de la Ficha de caracterización familiar de acuerdo al microterritorio asignado a cada auxiliar de enfermería, que contenga información completa de los hallazgos encontrados en la visita, la cual será objeto de proceso de auditoría para verificar veracidad y calidad del dato. Esta evidencia está sujeta a revisión de la veracidad del dato, con implicación LEGAL POR FALSEDAD EN DOCUMENTO PÚBLICO. 2. Formato M-PDS-GSP-GPSP-FR-103 CUSTODIA DE INFORMACIÓN DSP, diligenciado por cada persona que accede a la base de datos en las ESEs. 3. Formato M-PDS-GSP-GPSP-FR-102 ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN DSP, diligenciado por funcionarios o contratistas de las ESEs que acceden a las bases de datos y registran la información. 4. Formato M-PDS-GSP-GPSP-FR-100 DATOS DE LA PERSONA QUE REGISTRA INFORMACIÓN EN LA HERRAMIENTA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR APS, para diligenciar previo al inicio del registro de la información por parte del perfil auxiliar de enfermería en el entorno hogar. 5. Familiograma, Apgar familiar, ecomapa por cada familia caracterizada con su respectivo análisis. 6. Planes de cuidado familiares conforme a los hallazgos de las visitas. 7. Cartografía social	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaf8XPT4G2mWICsSdXdcUHWacV09 Para respaldar la ejecución del proceso de caracterización familiar en el microterritorio asignado, se deberán entregar los siguientes soportes documentales y técnicos: Base de datos descargada de la plataforma oficial correspondiente al periodo evaluado, que incluya la Ficha de Caracterización Familiar completa por cada familia visitada, con registro detallado de los hallazgos identificados. Esta información será objeto de auditoría para verificar calidad, consistencia y veracidad del dato, con implicaciones legales en caso de incurrir en falsedad en documento público. Formato M-PDS-GSP-GPSP-FR-103 – Custodia de Información DSP, debidamente diligenciado por cada persona que accede a la base de datos en las ESEs, garantizando la protección y manejo adecuado de la información. Formato M-PDS-GSP-GPSP-FR-102 – Acuerdo de Confidencialidad de Información DSP, firmado por funcionarios o contratistas que acceden y registran información en las bases de datos institucionales. Formato M-PDS-GSP-GPSP-FR-100 – Datos de la persona que registra información en la herramienta de Caracterización Familiar APS, diligenciado previo al inicio del registro por el perfil auxiliar de enfermería en el entorno hogar. Instrumentos de valoración familiar por cada núcleo caracterizado, incluyendo familiograma, APGAR familiar y ecomapa, con su respectivo análisis técnico. Planes de cuidado familiar formulados conforme a los hallazgos identificados durante la visita domiciliaria. Cartografía social del microterritorio intervenido, como soporte del análisis territorial y determinantes sociales en salud.

Seguimiento y articulación para la gestión Participar en mesa de trabajo con el Equipo Básico de salud, en donde se definen mecanismos de articulación con aseguradores, IPS y ente territorial municipal, para la gestión de trámites y servicios que garanticen una canalización efectiva, eficiente, resolutive para la continuidad en su atención integral; donde se evidencie la búsqueda de alternativas de solución a las problemáticas de la población del microterritorio asignado.	1. PRIMERA ENTREGA: - Acta de socialización de estrategia con líderes comunitarios y elección de la casa de la salud. - Cronograma de encuentros de calidad de vida programados (1 por cada territorio de manera mensual) - Listado de oferta institucional Municipal para los territorios. 2. A PARTIR DE LA SEGUNDA ENTREGA: - Acta de encuentro de calidad de vida que contenga Seguimiento de Banco de necesidades, con formato diligenciado. - Taller teórico práctico a la comunidad en temas: - Soporte vital básico con enfoque comunitario - Primeros auxilios básicos y prevención de accidentes en el hogar - Manejo de hidratación oral, manejo de enfermedad respiratoria aguda y crónica en comunidad. - Manejo inicial de enfermedad diarreica aguda. - Identificación Signos de Alarma para acudir a urgencias. - Socialización de la oferta institucional municipal conforme a las necesidades del territorio. Para esta actividad se puede invitar a los líderes municipales o institucionales a modo de feria de servicios. Todas las actas deben contener registro fotográfico, firmas de asistencia, información estructurada, fuentes de información y material de apoyo.	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWCrSdXdcUjWqacV09 Descripción de la actividad – Implementación de Encuentros de Calidad de Vida en el territorio Ejecución de la estrategia comunitaria orientada al fortalecimiento de capacidades en salud y articulación intersectorial, mediante la socialización inicial, planeación y desarrollo de encuentros mensuales de calidad de vida en cada territorio asignado. Primera entrega: Comprende la realización de acta de socialización de la estrategia con líderes comunitarios, incluyendo la elección participativa de la Casa de la Salud como espacio de encuentro. Se deberá actualizar cronograma mensual de los encuentros programados (uno por territorio) y el listado actualizado de la oferta institucional municipal disponible para la comunidad. A partir de la segunda entrega: Desarrollo y documentación de los Encuentros de Calidad de Vida, mediante acta que incluya: Seguimiento al Banco de Necesidades, con su respectivo formato diligenciado. Desarrollo de talleres teórico-prácticos dirigidos a la comunidad en temáticas prioritarias: Soporte vital básico con enfoque comunitario. Primeros auxilios y prevención de accidentes en el hogar. Manejo de hidratación oral. Manejo comunitario de enfermedad respiratoria aguda y crónica. Manejo inicial de enfermedad diarreica aguda. Identificación de signos de alarma para consulta por urgencias. Socialización de la oferta institucional municipal acorde con las necesidades identificadas en el territorio, pudiendo desarrollarse bajo modalidad de feria de servicios con participación de líderes municipales o institucionales. Todas las actas deberán incluir registro fotográfico, listado de asistencia con firmas, información estructurada de la actividad, fuentes de información utilizadas y material pedagógico de apoyo, garantizando trazabilidad y soporte técnico del proceso.
Educación el entorno hogar, comunitario, educativo y/o laboral: Realizar acciones de información a las familias visitadas, con el fin de promover la salud y la cultura del autocuidado para la detección temprana de riesgos asociados a: *Lactancia materna, Enfermedades prevalentes de la infancia, ruta materno-perinatal, salud ambiental, salud mental y convivencia social, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, promoción de la higiene y la salud bucal, salud en el entorno laboral, gestión diferencial de las poblaciones vulnerables (Indígenas, Negros, Afrodescendientes, Raizales, Palanqueros-NARP y RoM, discapacidad, víctimas del conflicto armado, desmovilizados, reinsertados, migrantes, etc), deberes y derechos en salud, promoción de la vacunación en la población objeto del programa ampliado de inmunizaciones – PAI y demás riesgos identificados en el microterritorio.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Base de datos descargada de la plataforma dispuesta para el reporte de información, en esta se debe evidenciar la información en salud de acuerdo al riesgo identificado a nivel individual. 2. Realizar registro de la información brindada en Ficha familiar. Para definir si se realiza nota educativa individual o acta comunitaria se debe evaluar la necesidad de intervención. Se deben presentar como mínimo una capacitación mensual por territorio y entorno y las notas individuales conforme al riesgo identificado: Notas educativas individuales con diligenciamiento de los códigos CUPS, o Acta de educación comunitaria que contiene: Lista de asistencia, información brindada, registro fotográfico, material educativo utilizados (folletos, carteleros y/o otros). Se deben intervenir todos los entornos.	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWCrSdXdcUjWqacV09 Desarrollo de intervenciones educativas individuales y comunitarias conforme a los riesgos en salud identificados en la plataforma oficial de reporte y registrados en la Ficha de Caracterización Familiar. La actividad incluye la descarga de la base de datos del periodo evaluado, evidenciando la identificación de riesgos a nivel individual y el registro correspondiente de la información brindada. Según la necesidad detectada, se definirá la realización de nota educativa individual (con diligenciamiento de códigos CUPS) o acta de educación comunitaria, la cual deberá contener listado de asistencia, descripción de la información suministrada, registro fotográfico y material educativo utilizado. Se deberá garantizar mínimo una capacitación mensual por territorio y entorno, asegurando la intervención integral de todos los entornos priorizados.
Toma de muestras de laboratorios clínicos Realizar la toma de muestras de laboratorios de acuerdo a la cantidad de tamizajes programados en las intervenciones y PCP, en las jornadas de salud programadas	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. EN LA PRIMERA ENTREGA aportar acta de capacitación y concertación por parte del laboratorio clínico en el manual de Toma, transporte de muestras de laboratorio. 2. Relación de los pacientes canalizados para la toma de las muestras en el marco de la Jornada de salud 3. Oficio de entrega de muestras con el respectivo recibido a satisfacción por parte del laboratorio. 4. Seguimiento al reporte oportuno del resultado y dato clínico mediante base de datos de pacientes.	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWCrSdXdcUjWqacV09 Desarrollo del proceso de articulación, canalización y seguimiento para la adecuada toma y transporte de muestras de laboratorio en el marco de la Jornada de Salud, garantizando calidad técnica, trazabilidad y oportunidad en los resultados. La actividad comprende: En la primera entrega, presentación de acta de capacitación y concertación liderada por el laboratorio clínico, en relación con el Manual de Toma y Transporte de Muestras, asegurando estandarización de procedimientos. Relación de pacientes canalizados para la toma de muestras durante la Jornada de Salud, evidenciando gestión efectiva de la demanda. Oficio formal de entrega de muestras al laboratorio, con respectivo recibido a satisfacción como soporte de custodia y trazabilidad.

AIEPI Caracterizar en el entorno hogar a través de la ficha AIEPI Comunitario, al 70% de la población de infancia y primera infancia existente en el microterritorio asignado por el ente territorial (desde el primer día de nacido hasta los 11 años 11 meses y 29 días).	CARACTERIZACIÓN PARA SOPORTAR LA CARACTERIZACIÓN MEDIANTE LA FICHA AIEPI SE DEBERÁ ENTREGAR: 1. Base de datos descargada de la plataforma dispuesta para el reporte de información, del periodo a revisar; en esta se debe evidenciar el diligenciamiento completo de cada una de las variables, los riesgos identificados. La educación dada y las canalizaciones realizadas por cada uno de los módulos debe ser coherente con lo identificado. Esta evidencia está sujeta a revisión de la veracidad del dato, con implicación LEGAL POR FALSEDAD EN DOCUMENTO PÚBLICO. OBSERVACIÓN: Tener en cuenta la buena calidad de la identificación de riesgos, ya que es poco probable que en 19 módulos no se identifique ningún riesgo, recordar que se deben identificar las atenciones que requiere la población y que se encuentran en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud RPMS, así como los diferentes riesgos de las enfermedades prevalentes de la infancia.	https://drive.google.com/drive/folders/1uQCa8XPT4G2mWICrSdXdcUWqecV09 Desarrollo del proceso de caracterización integral de la población infantil a través del diligenciamiento completo y riguroso de la Ficha AIEPI en la plataforma oficial dispuesta para el reporte de información. La actividad comprende la identificación técnica de riesgos en los diferentes módulos evaluados, el registro coherente de la educación brindada a cuidadores y familias, y la generación de canalizaciones oportunas conforme a los hallazgos detectados. Se garantiza la consistencia entre riesgos identificados, intervenciones educativas y remisiones efectuadas, en concordancia con la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y los lineamientos para la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia. La información registrada está sujeta a auditoría para verificar calidad, completitud y veracidad del dato, con implicaciones legales en caso de inconsistencias o falsedad en documento público.
Gestantes: 1. Realizar caracterización y seguimiento 100% de las mujeres gestantes y puerperas debe realizarse a través de la plataforma dispuesta para el reporte de información diligenciando el Kardex de gestantes y puerperas de acuerdo con la situación encontrada. 2. Realizar verificación de gestantes asistentes, inasistentes a controles prenatales y curso de preparación para la maternidad y paternidad a través de reunión de articulación mensual con Coordinación PIC y Coordinación de Promoción y mantenimiento de la salud.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: 1. Base de datos descargada de la plataforma dispuesta para el reporte de información, del periodo a revisar, de la ficha de caracterización familiar de acuerdo al microterritorio asignado a cada auxiliar de enfermería, que contenga información completa en el Kardex de gestantes y puerperas. Observación 1: Esta evidencia está sujeta a revisión de la veracidad del dato, con implicación LEGAL POR FALSEDAD EN DOCUMENTO PÚBLICO Y SUJETO A DESCUENTO DE ACTIVIDAD. Observación 2: En caso de no encontrar población objeto, realizar búsqueda activa comunitaria con actores (ICBF, mujer representante de la vereda, Casa de la igualdad, etc). 2. Acta de reunión de articulación mensual con Coordinación PIC y Coordinación de Promoción y mantenimiento de la salud, con firmas y registro fotográfico. Observación 1: Para el caso de la población gestante identificada en el microterritorio, se exige mínimo un (1) seguimiento mensual en la Ficha de caracterización familiar. Observación 2: Para el caso de las personas en etapa de puerperio identificada en el microterritorio, se exige mínimo un (1) seguimiento dentro de los 42 días posteriores al parto en Ficha de caracterización familiar.	https://drive.google.com/drive/folders/1uQCa8XPT4G2mWICrSdXdcUWqecV09 Desarrollo del proceso de identificación, caracterización y seguimiento de población gestante y en etapa de puerperio dentro del microterritorio asignado, mediante el diligenciamiento completo de la Ficha de Caracterización Familiar y actualización permanente del Kardex de gestantes y puerperas en la plataforma oficial dispuesta para el reporte de información. La actividad incluye: Descarga y entrega de la base de datos correspondiente al periodo evaluado, evidenciando información completa, coherente y actualizada en el Kardex. Seguimiento mensual obligatorio a cada gestante identificada en el microterritorio, registrado en la Ficha de Caracterización Familiar. Seguimiento mínimo de un (1) control dentro de los 42 días posteriores al parto para las mujeres en etapa de puerperio. En caso de no identificarse población objeto, realización de búsqueda activa comunitaria con actores territoriales (ICBF, representante de la mujer en la vereda, Casa de la igualdad, entre otros), dejando trazabilidad de la gestión realizada. Acta mensual de reunión de articulación con Coordinación PIC y Coordinación de Promoción y Mantenimiento de la Salud, con firmas de asistencia y registro fotográfico como soporte de la gestión intersectorial. La información reportada será objeto de auditoría para verificar calidad y veracidad del dato, con implicaciones legales en caso de falsedad en documento público y sujeción a descuento de la actividad en caso de incumplimiento.
Canalizaciones: De acuerdo con la identificación de riesgos de salud y sociales canalizar los usuarios a los servicios de salud, corresponden en salud, a los profesionales de equipos básicos (psicólogo, nutricionista, enfermera, vacunación, etc) y demás actores de competencia, con el fin de garantizar la atención individual requerida e impactar positivamente en su estado de salud y calidad de vida.	se realiza proceso de canalización a los usuarios que cumplan con los criterios para el mismo, obteniendo como resultado las siguientes canalizaciones 1. 12 para servicio de medicina de las cuales 2 efectivas 2. 7 para psicología todas efectivas 3. 5 Enfermería todas efectivas	https://drive.google.com/drive/folders/1uQCa8XPT4G2mWICrSdXdcUWqecV09 Desarrollo del proceso de canalización de usuarios identificados con riesgos en el marco de la Ficha de Caracterización Familiar, garantizando la remisión oportuna y efectiva a los servicios requeridos según los módulos evaluados en la plataforma oficial de reporte. La actividad comprende: Descarga y entrega de la base de datos del periodo evaluado, correspondiente al módulo de canalizaciones, evidenciando coherencia entre riesgos identificados y remisiones generadas. Realización de acta de articulación y definición del proceso con el Equipo Básico de Salud (EBS), en la cual se establezcan rutas internas, responsabilidades y mecanismos de seguimiento. Elaboración de remisión individual por usuario, conforme a los riesgos detectados y canalizaciones determinadas por la plataforma, con soporte de recibido firmado por el usuario como evidencia de la gestión realizada. La información entregada estará sujeta a verificación de calidad, pertinencia y trazabilidad del dato dentro del proceso de canalización, como parte de los mecanismos de auditoría y control institucional.

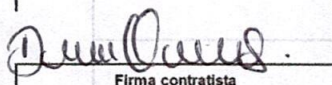
Eventos de interés en salud Pública: Identificar, activar rutas de atención y brindar información en signos, síntomas, factores de riesgo y alertas ante la aparición de Enfermedades de Interés en Salud Pública encontradas en la población. Realizar la identificación, Caracterización, canalización, seguimiento y administración de medicamentos a los casos reportados de leishmaniasis, tuberculosis, Accidentes raros y/u otro evento de salud pública.	PARA SOPORTAR LA ACTIVIDAD SE DEBE DE ENTREGAR COMO EVIDENCIA: * Base de datos descargada de la plataforma dispuesta para el reporte de información, del período a revisar con usuarios identificados con riesgo de Eventos de Interés en Salud Pública. * Canalizar el 100% de los casos identificados en situación riesgo. * Brindar información en Salud a usuarios identificados con riesgo de Eventos de Interés en Salud Pública. Aportar acta con registro de asistencia, registro fotográfico y material de apoyo. En los casos que se requiera la administración de medicamentos apoyar junto con profesional de enfermería: 1. La administración del medicamento 2. Reporte de seguimiento- Kardex Si no se tiene eventos, aportar certificación por parte de coordinación en salud pública y líder de SIVIGILA institucional	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWVCs4XdcUWVqecV09 Desarrollo del proceso de identificación, canalización, educación y seguimiento de usuarios clasificados con riesgo de Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), conforme a la información registrada en la plataforma oficial de reporte. La actividad comprende: Entrega de base de datos del periodo evaluado, evidenciando los usuarios identificados con riesgo de EISP. Canalización efectiva del 100% de los casos detectados en situación de riesgo, garantizando oportunidad y trazabilidad en la atención. Desarrollo de acciones de educación en salud dirigidas a los usuarios identificados, aportando acta con registro de asistencia, soporte fotográfico y material educativo utilizado. En los casos que requieran administración de medicamentos, se deberá brindar apoyo conjunto con el profesional de enfermería para: Administración segura del medicamento. Registro y seguimiento en Kardex correspondiente. En ausencia de casos identificados, se deberá aportar certificación emitida por la Coordinación de Salud Pública y el líder institucional de SIVIGILA, dejando constancia formal de la no ocurrencia de eventos durante el periodo evaluado.
Estrategia Casas de la salud Participar en el desarrollo de la estrategia CASAS DE LA SALUD mediante la conformación en cada territorio para el fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales	1. PRIMERA ENTREGA: - Acta de socialización de estrategia con líderes comunitarios y elección de la casa de la salud. - Cronograma de encuentros de calidad de vida programados (1 por cada territorio de manera mensual) - Listado de oferta institucional Municipal para los territorios. 2. A PARTIR DE LA SEGUNDA ENTREGA: - Acta de encuentro de calidad de vida que contenga Seguimiento de Banco de necesidades, con formato diligenciado. - Taller teórico práctico a la comunidad en temas: Toma e interpretación de signos vitales, Rutas de atención en: Discapacidad, salud mental, violencias, aseguramiento, AIEPI Comunitario. - Socialización de la oferta institucional municipal conforme a las necesidades del territorio. Para esta actividad se puede invitar a los líderes municipales o institucionales a modo de feria de servicios. Todas las actas deben contener registro fotográfico, firmas de asistencia, información estructurada, fuentes de información y material de apoyo.	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWVCs4XdcUWVqecV09 Implementación de la estrategia territorial de Encuentros de Calidad de Vida, orientada al fortalecimiento de capacidades comunitarias, articulación interinstitucional y gestión del riesgo en salud. Primera entrega: Incluye la realización de acta de socialización de la estrategia con líderes comunitarios, en la cual se formaliza la elección participativa de la Casa de la Salud como espacio de encuentro. Se deberá adjuntar cronograma mensual de los encuentros programados (uno por cada territorio) y el listado actualizado de la oferta institucional municipal disponible para la comunidad. A partir de la segunda entrega: Ejecución y documentación de los Encuentros de Calidad de Vida mediante acta que incluya: Seguimiento al Banco de Necesidades, con su respectivo formato diligenciado. Desarrollo de taller teórico-práctico dirigido a la comunidad en temáticas prioritarias como: Toma e interpretación de signos vitales. Socialización de rutas de atención en discapacidad, salud mental, violencias, aseguramiento y AIEPI comunitario. Socialización de la oferta institucional municipal conforme a las necesidades identificadas en el territorio, pudiendo desarrollarse bajo modalidad de feria de servicios con participación de líderes municipales o institucionales. Todas las actas deberán contener registro fotográfico, listado de asistencia con firmas, información estructurada de la actividad, fuentes de información utilizadas y material pedagógico de apoyo, garantizando trazabilidad, soporte técnico y cumplimiento de la estrategia territorial.
	*Informe individual consolidado de acciones e intervenciones del perfil de manera mensual *Matriz de población beneficiaria *Informe consolidado y acumulado de todos los perfiles que contenga: 1. Caracterización de cada uno de los territorios con sus microterritorios 2. Mapa político del territorio) 3. Caracterización de la población con base en la aplicación de las encuestas (ficha familiar survey) 4. Cuadro de población, familias y hogares asignados, comparación con los hogares visitados y su respectivo análisis(No olvidar las relaciones familiares y composición que hace parte del análisis de ECOMAPA, APGAR, factores de riesgo identificados)	https://drive.google.com/drive/folders/1xQCaR8XPT4G2mWVCs4XdcUWVqecV09

Consolidación de resultados: Consolidar los resultados obtenidos en cada uno de los territorios en los procesos de captación, demanda inducida, canalización, caracterización y demás información que se genere por microterritorio.	5. Cartografía social 6. Análisis de los determinantes sociales. 7. Describir acciones realizadas para la gestión. Estas acciones pudieron ser realizadas por el equipo o la comunidad. 8. PCP implementados en el territorio 9. Acciones realizadas consolidadas por profesional. Tener en cuenta que por perfil hay acciones específicas que merecen ser mostradas, como lo son, estrategia de RBC, identificación de líderes y roles, atenciones, casos exitosos, Atención a cuidadores, intervenciones en entornos familiares, educativos, y laborales. Anexar registro fotográfico representativo. Acciones IEC realizadas. AUXILIARES DE ENFERMERÍA - Identificación de menores de cinco años para vacunación y aplicación de AIEPI con su respectiva gestión - Gestantes y puérperas identificadas en cada territorio - Canalizaciones realizadas vs efectivas - Acciones IEC realizadas PROMOTORES - Gestión realizada y casos exitosos JEFE DE ENFERMERÍA - Atenciones de ruta realizadas - Acciones IEC realizadas - Tamización de Cáncer cervicouterino - Atenciones gestantes - Atenciones planificación familiar - Eventos de interés en salud pública - Remisiones MEDICO - Atenciones por medicina general y atenciones de ruta realizadas - Acciones IEC realizadas - Atenciones gestantes - Atenciones planificación familiar - Tamización de cáncer - Tamización de riesgo cardiovascular y metabólico - Eventos de interés en salud pública - Remisiones PSICÓLOGO - Atenciones en salud mental - Acciones IEC realizadas - Atenciones a PVCA - Tamizajes realizados • Análisis social de las relaciones de los actores locales, niveles de participación comunitaria y tensiones existentes en cada uno de los municipios con ampliación del conocimiento a través de la elaboración y/o actualización de cartografía social. PRIMER MOMENTO: Levantamiento de línea base de los determinantes sociales en salud pública. SEGUNDO MOMENTO: Levantamiento de mapa de actores y tensiones (cartografía social). TERCER MOMENTO: Desarrollo de mesas de trabajo para la identificación de problemáticas y alternativas de solución (organizaciones institucionales). 10. Indicadores de EBS MINSALUD con su respectivo análisis. 11. DOFA por territorio. 12. Conclusiones y recomendaciones. Este informe debe venir en word editable. Los indicadores deben venir también en Excel. Realizar acta de socialización mensual de avance de las acciones del EBS con ente municipal y coordinadora de salud pública de la IPS. Al finalizar el contrato, se debe entregar POSTER resumen por cada territorio.	Desarrollo y consolidación de informes técnicos mensuales e informe final acumulado del Equipo Básico de Salud (EBS), orientados a documentar, analizar y evidenciar las acciones territoriales ejecutadas por cada perfil profesional en los microterritorios asignados. La actividad comprende: 1. Informes mensuales Informe individual consolidado de acciones e intervenciones por perfil. Matriz de población beneficiaria. Acta mensual de socialización de avances del EBS con el ente municipal y Coordinación de Salud Pública de la IPS. 2. Informe consolidado y acumulado de todos los perfiles Documento técnico en formato Word editable que incluya: Caracterización territorial y descripción de microterritorios. Mapa político del territorio. Caracterización poblacional con base en ficha familiar (Survey). Análisis comparativo entre población, familias y hogares asignados vs. visitados, incluyendo análisis de relaciones familiares (Ecomapa, APGAR, factores de riesgo). Cartografía social actualizada. Análisis de determinantes sociales en salud. Descripción de acciones de gestión desarrolladas por el equipo y la comunidad. Planes de Cuidado Primario (PCP) implementados. Acciones consolidadas por perfil, destacando intervenciones diferenciales como RBC, identificación de líderes, atenciones, casos exitosos, atención a cuidadores e intervenciones en entornos (hogar, educativo, laboral), con registro fotográfico representativo y acciones IEC. 3. Reporte específico por perfil Incluye consolidado técnico de intervenciones realizadas por auxiliares de enfermería, promotores, jefe de enfermería, médico y psicólogo, abarcando atenciones de ruta, tamizajes, canalizaciones, eventos de interés en salud pública, acciones IEC, estrategia RBC, análisis social y desarrollo metodológico en tres momentos (línea base de determinantes, mapa de actores y mesas de trabajo). 4. Indicadores y análisis Indicadores EBS definidos por MINSALUD, presentados en archivo Excel con su respectivo análisis técnico. Análisis DOFA por territorio. Conclusiones y recomendaciones finales. 5. Producto final Informe consolidado en Word editable. Indicadores en Excel. Poster resumen por cada territorio al finalizar el contrato. Esta actividad garantiza trazabilidad técnica, análisis territorial integral, evaluación de impacto y cumplimiento de lineamientos institucionales del modelo de Atención Primaria en Salud.
---	--	---

ESPACIO PARA USO DEL SUPERVISOR

Una vez verificada cada una de las actividades realizadas por el contratista se encontro que se realizaron a cabalidad dando cumplimiento al objeto contractual, cumpliendo con el pago de los aportes a seguridad social y se puede continuar con el pago.

BALANCE FINANCIERO				
Valor del Contrato Inicial	\$ 6.000.000	ENERO	\$ 3.000.000,00	Saldo por ejecutar \$ 3.000.000,
Adición	\$ -			
Total	\$ 6.000.000			
		Vr Ejecutado	\$ 3.000.000,	
		% Ejecución	50%	


Firma contratista

SUPERVISION

MARCELA CASTRO VIVANO
SUBGERENTE CIENTIFICA

BLANCA LIBIA CAICEDO
COORDINADORA SALUD PUBLICA

RAOLA PAVA MEDINA
APOYO A SUPERVISION