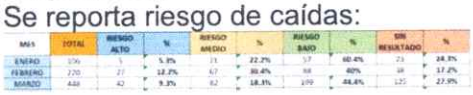
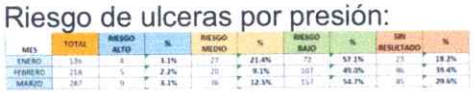
	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

Nombre del Contratista: MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ **Cedula:** 1105685071	**Contrato N°: 013** **FECHA DEL CONTRATO:** 01 de enero del 2026 **Valor:** 17.200.000
Certificado de disponibilidad presupuestal No. 12	**Certificado de registro presupuestal No.** 13
Forma de Pago: Mensual	**Fecha Acta de inicio:** 01 de enero del 2026
Pago No. 04 **Porcentaje ejecutado: 100%** **pendiente de pago: $ 0.000.000**	**Planilla de seguridad social Nª** 9503933571 **Valor pagado: 541.800**
Objeto del Contrato: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. DE ORTEGA.	

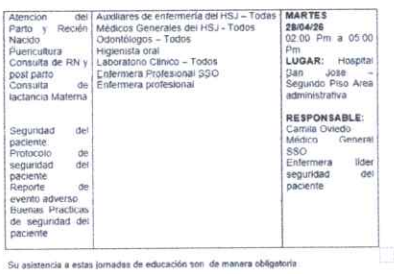
En virtud del objeto del contrato se desarrollaron las siguientes actividades; durante el periodo del 01 al 30 de abril del 2026.

Vigilado Supersalud

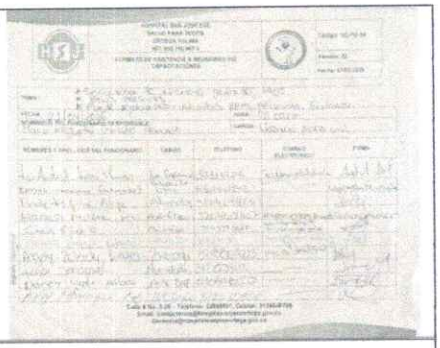
	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GC-FO-60
	INFORME DE CONTRATO DE ACTIVIDADES		Versión: 01
			Fecha: 15/01/2025

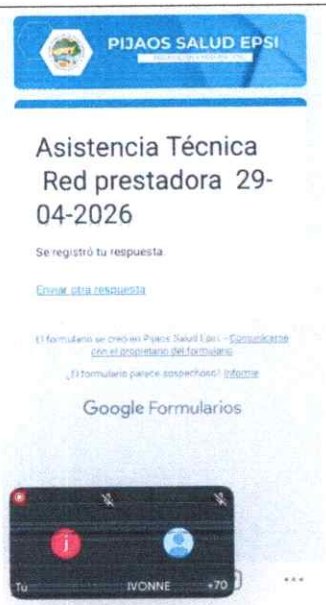
ITEM DE ACTIVIDAD	OBLIGACIÓN ESPECIFICAS	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRAFICA
1	Desarrollar, ejecutar y realizar seguimiento al programa de seguridad del paciente.	El 22 de abril del 2026 a las 04:00 Pm, se realiza el comité de seguridad del paciente. Se reporta riesgo de caídas:  Riesgo de ulceras por presión: 	
2.	Actualizar el programa de Seguridad del paciente.	Programa de seguridad del paciente actualizado con calidad a vigencia 2026.	
3	Realizar Rondas de seguridad del paciente	Se recibe vía correo electrónico evento de la EAPB Salud total con CC: CC_28859975. Se realiza análisis del caso.	
4	Generar plan de acción y mejoramiento de acuerdo a los eventos adversos presentados de manera mensual	Se analiza evento adverso reportado por la EAPB Salud Total.	
5.	Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información	Se guarda reserva y prudencia con las informacion institucional.	

Vigilado Supersalud

	que se obtenga del contratante		
6.	Realizar cronograma de capacitación al personal desde cada una de sus áreas	Continuando con el cronograma de capacitaciones se realizar capacitación de interrupción voluntaria del embarazo, planificación familiar y atencion preconcepcional el día 23 de abril del 2026 a las 08:00 am.	
7.	Realizar capacitación al personal desde cada una de sus áreas de la resolución 3280 del 2018.	Ruta de atencion materno perinatal reprogramada para el 07 de mayo del 2026. Según cronograma estaba para el 28 de abril del 2026, pero se cancela debido a una asistencia técnica por parte de la gobernación por el caso de la mortalidad en fiebre amarilla.	 Atencion del Parto y Recién Nacido Puericultura Consulta de RN y post parto Consulta de lactancia Materna Auxiliares de enfermería del HSJ – Todas Médicos Generales del HSJ - Todos Odontólogos – Todos Higienista oral Laboratorio Clínico – Todos Enfermera Profesional SSO Enfermera profesional **MARTES 28/04/26** 02:00 Pm a 05:00 Pm **LUGAR:** Hospital San Jose – Segundo Piso Area administrativa **RESPONSABLE:** Camila Oviedo Médico General SSO Enfermera líder seguridad del paciente Seguridad del paciente Protocolo de seguridad del paciente Reporte de evento adverso Buenas Practicas de seguridad del paciente Su asistencia a estas jornadas de educación son de manera obligatoria
8.	Generar acta, plan de mejoramiento, Pre test y post test de cada capacitación.	El 24 de abril del 2026 la nutricionista Rosmeri Ochoa, lidera la capacitación en técnicas en Consejería de lactancia materna. Técnicas de extracción, conservación y suministro de leche con tasa y/o cucharita. Técnicas de amamantamiento, valoración oral motora. Se realiza pre y pos test del tema evaluado.	

Vigilado Supersalud

9.	Generar alteravas para el cumplimento de metas	El 21 de abril del 2026 se realiza la socialización de los indicadores de gestión del riesgo, metas mensuales y plan de mejora incluyendo RPYMS, Precursoras y Gestantes.	
10.	Generar la revisión y seguimiento de la estrategia IAMI	El 17 de abril del 2026 se recibe la asistencia técnica del componente étnico para la ruta materno perinatal. Esta asistencia técnica se llevo a cabo por medio de la gobernación del Tolima.	
11.	Implementar la estrategia institucional de la mujer y de la infancia desde un enfoque integral.	El 23 de abril del 2026 se realiza la sección del curso de preparación de la maternidad y paternidad dirigido a la población gestante y acompañante. Se llevo a cabo el siguiente tema: • Interrupcion voluntaria del embarazo • Planificacion Familiar • Atencion preconcepcional	

12.	Apoyar en la coordinación de las jornadas de intervención de gestión del riesgo en salud, dirigidas a la comunidad de ortega	Del 01 al 30 de abril del 2026, no fueron convocadas jornadas de intervención del riesgo en salud por parte de la administradora del hospital san José de ortega.	
13.	Asistir a todas las reuniones y capacitaciones citadas por el servicio de Administración y/o Gerencia al igual participar en la ejecución del Plan de Gestión Gerencial 2024-2028.	El 29 de abril del 2026, se realiza la asistencia técnica con la EAPB PIJAO SALUD. De manera virtual.	
14.	recibir las visitas convocadas por el ente municipal y departamental	El 28 de abril se recibe la asistencia técnica por parte de la gobernación del Tolima por el caso de la mortalidad en fiebre amarilla	

Vigilado Supersalud

15	Realizar seguimiento al programa de enfermedades precursoras	Se verifica cargue de Pacientes de enfermedades precursoras a la plataforma Sigires y plataforma Black Hole de la nueva eps, salud total y sanitas. Informacion que se recibe del programa de precursoras son remitidos a la enfermera profesional del SSO, quien es la que lidera el proceso.	
16.	realizar el cargue mensual a la plataforma SIGIRES de las EPS; Nueva Eps, Sanitas y Salud Total.	Se realiza el cargue de la siguiente información a la plataforma sigires de las EPS: NUEVA EPS, SANITAS Y SALUD TOTAL. Sintomáticos respiratorios Cérvix Implante Gestantes Demanda Inducida Vacunacion general Vacunacion menores Se anexa soporte del cargue efectivo realizado.	 
17.	Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato	En el periodo comprendido del 01 al 30 de abril del 2026, se ejecutan las demás actividades delegadas por la gerencia.	

Cordialmente,

María Alejandra Correales Hernandez.

MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ
ENFERMERA PROFESIONAL
CC: 1105685071

CC=1105685071

Vigilado Supersalud

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

TEMA : * Socialización de indicadores gestión del riesgo.
* Metas mensuales.
* Plan de mejoramiento - indicadores RPMS, Precursores, Gestantes.

FECHA: 21/04/2026 HORA: 03:00PM

NOMBRE(S) DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE: María Alejandra Correales Hernandez CARGO: Enfermera profesional

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Luz Andrea Lozano Moreno.	Aux. Enfermería	3123377340	luz.lozano48@hotmail.co	[signature]
Ingrid Vanessa Fernandez	Higienista Oral	3160001242	—	Vanessa Fernandez
Heidy del Pilar Alape	Odontolog	3117129456		[signature]
blanca milena M	Aux Enferm	3204012407	blancamilena@gmail.com	blanca milena M
Carlos E Leal C	Odontólogo	3103230683	odontologia@hospital sanjoseortega.gov.co	[signature]
Zhanek Pedrozo Blanco	Enfermera SSO.	3053327702	zhanekpedrozo01@gmail.com	[signature]
Angely Zuleidy Reyes	Psicologa	3218804213	reyes.chilatra@gmail	[signature]
Lina Sandoval	Aux Enfe	3122233112	—	[signature]
Disney Yate Alba	Aux Enf	3106290120	—	[signature]
Nelly Manrique M	Aux Enf.	3124509615	—	[signature]

Vigilado Supersalud

SEGUNDA SESION CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

FECHA: 23 de Abril del 2026
Lugar: Hospital San Jose
TEMAS:

- Interrupcion voluntaria del embarazo
- Planificacion Familiar
- Atencion preconcepcional

1. Interruccion Voluntaria del embarazo



2. Planificacion Familiar

¿Qué es la planificación familiar?

Es el derecho de todas las personas a **decidir de manera libre, informada y responsable** si desean tener hijos, cuándo tenerlos y cuántos tener.

- ✔ Permite cuidar la salud de la madre y del bebé
- ✔ Ayuda a espaciar los embarazos
- ✔ Mejora la calidad de vida de la familia

⏳ ¿Por qué es importante durante el embarazo?

Durante el embarazo es el momento ideal para:

- ◇ Recibir información sobre métodos anticonceptivos
- ◇ Elegir un método para después del parto
- ◇ Evitar embarazos no planeados en el posparto
- ◇ Proteger la salud física y emocional

◐ Métodos de planificación familiar

◇ Métodos temporales

* Pastillas anticonceptivas
* Inyecciones
* Implante subdérmico
* Dispositivo intrauterino (DIU)
* Condón masculino y femenino

◇ Métodos permanentes

* Ligadura de trompas
* Vasectomía (para la pareja)

🤰 Métodos recomendados después del parto

- ✔ Lactancia materna exclusiva (Método MELA, hasta 6 meses)
- ✔ Implante subdérmico (inmediato o posparto)
- ✔ DIU (postparto inmediato o diferido)

Vigilado Supersalud

✔ Condón (protege también de infecciones)

❤ Beneficios de planificar

✔ Reduce riesgos en la madre y el bebé
✔ Permite una mejor recuperación entre embarazos
✔ Favorece el bienestar familiar
✔ Promueve una crianza responsable

⚠ Importante saber

◇ Puedes elegir el método que mejor se adapte a ti
◇ La asesoría en salud es gratuita
◇ Tu decisión debe ser respetada
◇ La planificación también es responsabilidad de la pareja

¿Dónde acudir?

Al Hospital San Jose de Ortega

✔ Recibirás orientación profesional
✔ Acceso a métodos seguros
✔ Acompañamiento antes y después del parto

Planificar es cuidar tu salud, tu vida y la de tu familia.
Infórmate, decide y ejerce tu derecho con confianza.

3. Atencion Preconcepcional

Preparándote para un embarazo saludable

¿QUÉ ES?

Vigilado Supersalud

Es el conjunto de **acciones en salud antes del embarazo** para identificar y reducir riesgos, y así lograr una gestación segura y un bebé sano.

OBJETIVO

- ✔ Mejorar la salud de la mujer y su pareja
- ✔ Prevenir complicaciones durante el embarazo
- ✔ Promover hábitos de vida saludables
- ✔ Planear un embarazo seguro y deseado

¿QUÉ INCLUYE?

◇ Valoración en salud

- ✔ Consulta médica y de enfermería
- ✔ Revisión de antecedentes personales y familiares
- ✔ Evaluación nutricional

◇ Exámenes y controles

- ✔ Toma de laboratorio según indicación
- ✔ Control de enfermedades crónicas
- ✔ Actualización del esquema de vacunación

◇ Suplementación

- ✔ Ácido fólico (previene malformaciones)
- ✔ Hierro y otros según indicación médica

SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

- ✔ Manejo del estrés
- ✔ Apoyo emocional
- ✔ Fortalecimiento del vínculo de pareja

⊘ EVITAR RIESGOS

- ✘ Consumo de alcohol, tabaco y drogas

Vigilado Supersalud

- ❌ Automedicación
- ❌ Exposición a sustancias tóxicas

HÁBITOS SALUDABLES

- ✔ Alimentación balanceada
- ✔ Actividad física regular
- ✔ Peso saludable
- ✔ Buen descanso

PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA

- ✔ Apoyo en decisiones
- ✔ Hábitos saludables compartidos
- ✔ Responsabilidad en la planificación

¿DÓNDE ACUDIR?

Hospital San Jose

- ✔ Consulta preconcepcional
- ✔ Orientación profesional
- ✔ Seguimiento integral

⚠ IMPORTANTE

- ◇ Toda mujer en edad fértil puede acceder
- ◇ Es un derecho en los servicios de salud
- ◇ Ideal antes de quedar en embarazo

****Prepararte antes del embarazo es el primer paso para una maternidad y paternidad responsables y saludables. ****

Vigilado Supersalud

ORTEGA (TOLIMA)
NIT. 890.700.967-1

CÓDIGO: GC-FO-58

FORMATO DE EDUCACIÓN A USUARIOS

Versión: 03

Fecha: 16/01/2024

TEMA: Interrupcion voluntaria del embarazo
Planificacion Familiar
Atencion preconcepcional

FECHA: 23 de abril del 2026 HORA: 23 de abril del 2026 08:00 a.m.

NOMBRES Y APELLIDOS	NO. IDENTIFICACION	DIRECCION	TELEFONO	FIRMA
Tayki Suarez Hernandez	1106786355	B/ Alegria	3146670005	
Nancy Yohana Cardozo Gutierrez	1111263266	Vereda Guayabal	3008123649	Nancy Yohana Cardozo
Ruth Bocanegra	28869748	Vereda chapinero	3207799289	
Blanca aroya.	51753598	vereda gaitana		
Nicol Tatiana Monroy Hoyos	1107008576	Vereda la Colonia	3208621379	Nicol Monroy
Heiry Yaneth Madrigal Ramirez	1111263712	Vereda Chapinero	3181501037	
Daniela Patricia Hernandez Florez	1004745484	Alto del ciclo	3052040348	Daniela Hernandez
Martha Judith Hernandez Rojas	28685850	Barrio nuevo reyes	3203295798	
Celmira Duarte Tique	38580036	El Vergel	3186[illegible]35	

Elaboro: Karina Sanchez Sandoval
Asesora de calidad

Reviso: Comité de Calidad

Aprobo: Diana Marcela Cancino Ramos
Gerente

Vigilado Supersalud

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: FOR-MC-018
			Versión: 05
	PROCESO:	MEJORAMIENTO CONTINUO	Pág. 1 de 5
	REGISTRO CONTROL DE ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS		Vigente 25/06/2024

TEMA:	Asistencia técnica a la ESE. Hospital de San Jose de Ortega	AGENDA:	
FECHA:	17 Abril 2025	LUGAR:	ESE. Hospital San Jose de Ortega
		HORA:	10:00am

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD QUE REPRESENTA	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO FIJO	CELULAR	FIRMA
1	Emir Augusto Barrios Cepeda	Hospital San Jose Ortega	emirbarrios9@gmail.com		3143010590	[signature]
2	Alejandra Mejia Portillo	Hospital San Jose Ortega	alejandrampi8@hotmail.com		3228146797	[signature]
3	Camilo Andres Tovar Forero	Hospital San José Ortega	candrsf@hotmail.com		3245419942	[signature]
4	Angela Zuleida Reyes	Hospital San Jose Ortega	reyes.chilatva@gmail.com		3218804213	[signature]
5	Maria Alejandra Correales H.	Hospital San Jose Ortega.	jefepym@hospitalsanjoseortega.gov.co		3015503689	[signature]
6	Lucy Yaney Rodriguez D.	Hospital San Jose Ortega	rodriguez lucy yaney@gmail.com		3124891780	[signature]
7	Oscar [illegible]	Hospital San Jose	oscar2[illegible]		3123201964	[signature]
8	Zhanck Pedrozo Blanco	Hospital San José	zhanckpedrozo01@gmail.com		3053327702	[signature]
9	Nasly Piedad Rodriguez	Thewala IPS-I.	naslyrodriguez@yahoo.es		3143484947	[signature]
10	Armando Tique Tique	Thewala IPS-I	armandotique@gmail		3152650482	[signature]

Autorizo el tratamiento de mis datos personales en los términos establecidos en la política de tratamiento de datos de la Gobernación del Tolima

Powered by CamScanner

IDENTIFICACION DEL EVENTO ADVERSO

NOMBRE DEL PACIENTE: ROSA TULIA TAPIERO DE PERDOMO		
DOC.IDENTIFICACION: CC 28859975	FECHA: 26/03/2026	HORA: 10:23
EDAD: 96 AÑO EPS: SALUD TOTAL	SEXO: F: M:	SERVICIO: HOSPITALIZACION

DESCRIPCION DE LO OCURRIDO: (Describa que fue lo que ocurrió o presencio)

paciente remitido del Hospital de Ortega, quien presenta fractura desplazada del tercio proximal de fémur derecho, protegida. En la institución de origen se realizó inmovilización inadecuada del miembro inferior derecho, lo cual generó áreas de presión y edema a tensión en rodilla y pie derechos.

PLAN DE ACCION INMEDIATO: (Describa cual fue la acción de mejora que se realizó inmediatamente ocurrió o presencio el evento)

Implementar acciones inmediatas para garantizar la seguridad del paciente, mitigar el daño ocasionado por la inmovilización inadecuada, identificar las causas del evento y establecer medidas correctivas que prevengan su recurrencia.

Marque con una X cuál de las siguientes opciones ocurrió o presencio:

INCIDENTE: **EVENTO ADVERSO: X** **COMPLICACION:**

Marque con una X cuál de los siguientes eventos adversos ocurrió:

CAIDA DE PACIENTE: ULCERA POR PRESION: RAM: FLEBITIS:

FUGA DE PACIENTE: INFECCION: OTRO EVENTO ADVERSO: inmovilización inadecuada

NOMBRE DE QUIEN REPORTA: NAYARITH ANDREA CASTAÑEDA REY

FACTORES CONTRIBUTIVOS

TAREA Y TECNOLOGIA	Inmovilización realizada sin adherencia al protocolo institucional de manejo inicial de fracturas. Ausencia de verificación de puntos de presión y del estado neurovascular posterior a la colocación de la férula. Posible utilización inadecuada del dispositivo de inmovilización.
EQUIPO DE TRABAJO	Falta de supervisión o doble verificación de la inmovilización antes de la remisión. Comunicación insuficiente entre los integrantes del equipo asistencial sobre la condición del paciente y los cuidados requeridos durante el traslado.
INDIVIDUO	Déficit de capacitación o entrenamiento en técnicas adecuadas de inmovilización y valoración neurovascular. Omisión de la reevaluación periódica de la extremidad posterior a la inmovilización.

PACIENTE	Lesión traumática de alta complejidad con edema progresivo secundario a la fractura. Posible dificultad para comunicar oportunamente dolor intenso o aumento de la presión en la extremidad afectada
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Debilidades en la socialización y seguimiento del protocolo de inmovilización y remisión de pacientes traumatizados. Ausencia de listas de chequeo para validar la correcta inmovilización antes del traslado. Necesidad de fortalecer la capacitación continua y las auditorías de seguridad del paciente.
AMBIENTE	Condiciones propias de la atención de urgencias y del proceso de remisión que pudieron favorecer la omisión de controles posteriores a la inmovilización, tales como alta carga asistencial, limitaciones de tiempo para la preparación del traslado, espacios reducidos para la atención del paciente traumatizado o dificultades para el monitoreo continuo durante la estancia previa a la remisión.

ACCIONES INSEGURAS

ACCIONES:

- Realización de una inmovilización inadecuada del miembro inferior afectado.
- Colocación de la férula con presión excesiva sobre tejidos blandos.
- Protección insuficiente de prominencias óseas y puntos de apoyo.
- Remisión del paciente sin verificar la adecuada adaptación de la inmovilización.

OMISIONES:

alizar valoración neurovascular completa antes y
és de la inmovilización.
dentificar oportunamente signos de presión
iva, edema o compromiso circulatorio.
ectuar seguimiento periódico de la extremidad
ilizada durante la estancia y antes del traslado.
tilizar lista de chequeo para la remisión de
ntes traumatizados.

BARRERAS Y DEFENSAS

FISICAS:

- Disponibilidad de férulas adecuadas para inmovilización de fracturas de fémur.
- Material de acolchado para proteger zonas de presión.
- Camilla y elementos de transporte seguros para pacientes traumatizados.

TECNOLOGICAS:

- Historia clínica institucional para registro de valoración neurovascular.
- Equipos para monitorización de signos vitales durante la atención.
- Sistemas de reporte y seguimiento de eventos adversos.

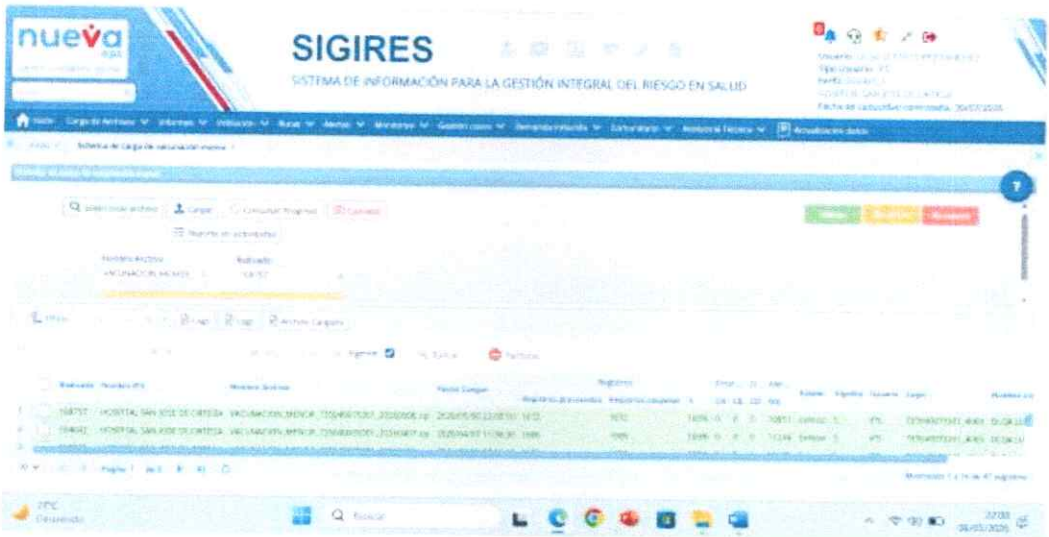
ADMINISTRATIVAS:

- Protocolo institucional de manejo inicial del trauma e inmovilización.
- Procedimiento de referencia y contrarreferencia.
- Programa de Seguridad del Paciente.
- Lista de verificación para remisión de pacientes con lesiones osteomusculares.
- Auditorías de adherencia a protocolos asistenciales.

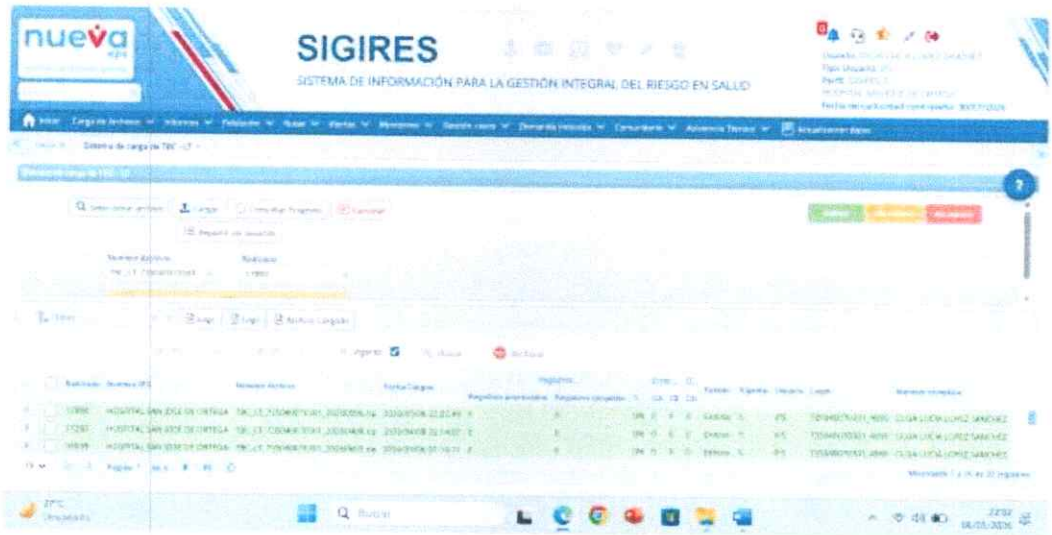
HUMANAS:

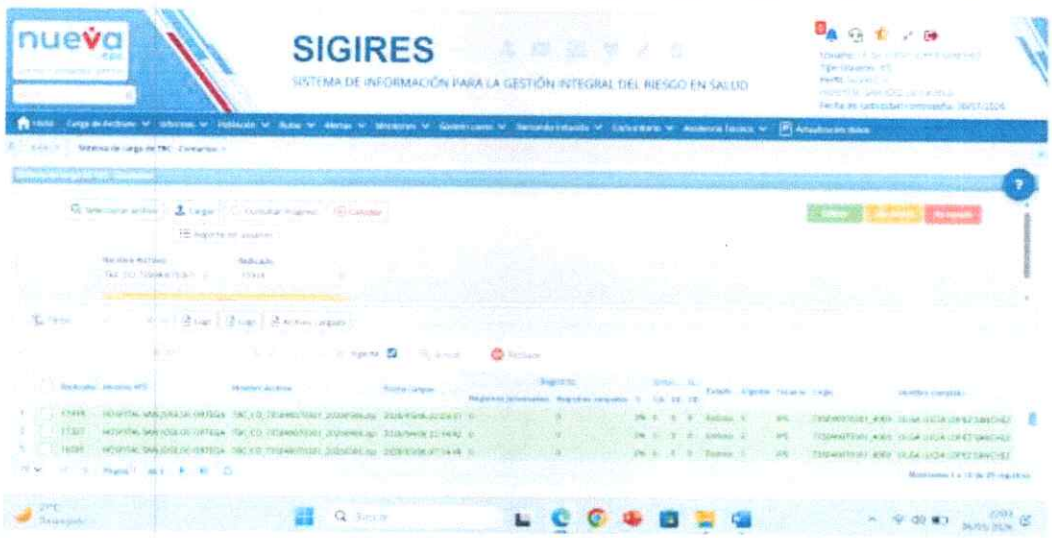
- Capacitación del personal médico y de enfermería en técnicas de inmovilización.
- Supervisión y acompañamiento por personal con experiencia.
- Comunicación efectiva entre el equipo asistencial durante la atención y remisión.
- Cultura institucional de reporte y aprendizaje de eventos adversos.

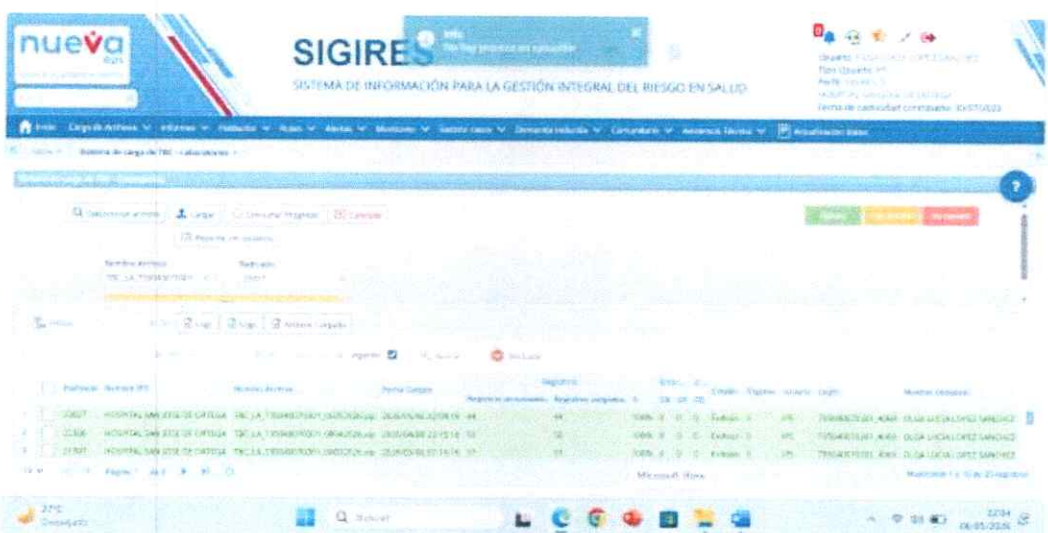
PLAN DE MEJORAMIENTO:				
QUE	**COMO**	**CUANDO**	**DONDE**	**SEGUIMIENTO**
Fortalecer la adherencia al protocolo de inmovilización de pacientes con trauma osteomuscular.	Realizar capacitación y socialización al personal médico y de enfermería sobre técnicas adecuadas de inmovilización, protección de puntos de presión y valoración neurovascular.	Dentro de los 30 días siguientes.	Servicio de Urgencias y Hospitalización de la E.S.E. Hospital San José de Ortega.	Como primer lugar que el area de calidad nos remita el protocolo para que este pueda ser socializado. Diligenciar Lista de asistencia, evaluación de conocimientos y auditoría de historias clínicas.
Implementar verificación obligatoria antes de la remisión de pacientes traumatizados.	Diseñar y aplicar lista de chequeo para confirmar correcta inmovilización, valoración neurovascular y ausencia de signos de presión o compromiso circulatorio antes del traslado.	Implementación inmediata y seguimiento mensual.	Servicio de Urgencias y proceso de Referencia y Contrarreferencia.	El Area de calidad que diseñe la lista de chequeo, luego socializarla para que esta sea implementada. Seguido a esto que el auditor medico realice las Auditoría mensual de remisiones e indicador de cumplimiento ≥ 95%.

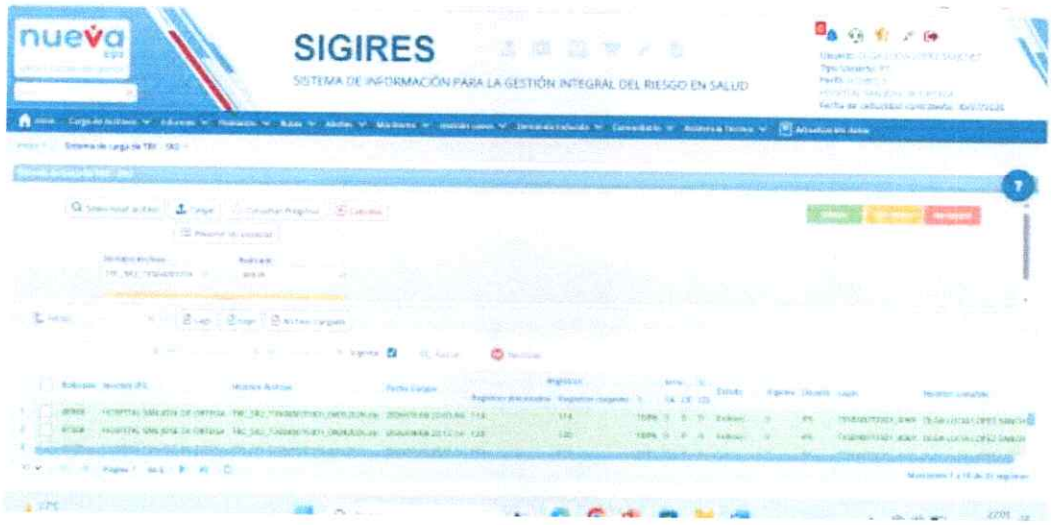

SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

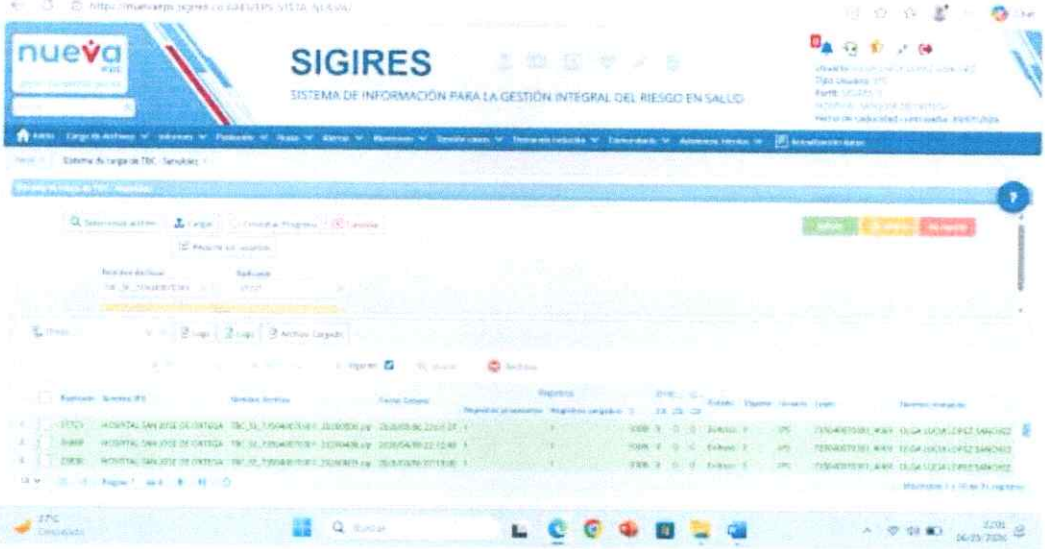

SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

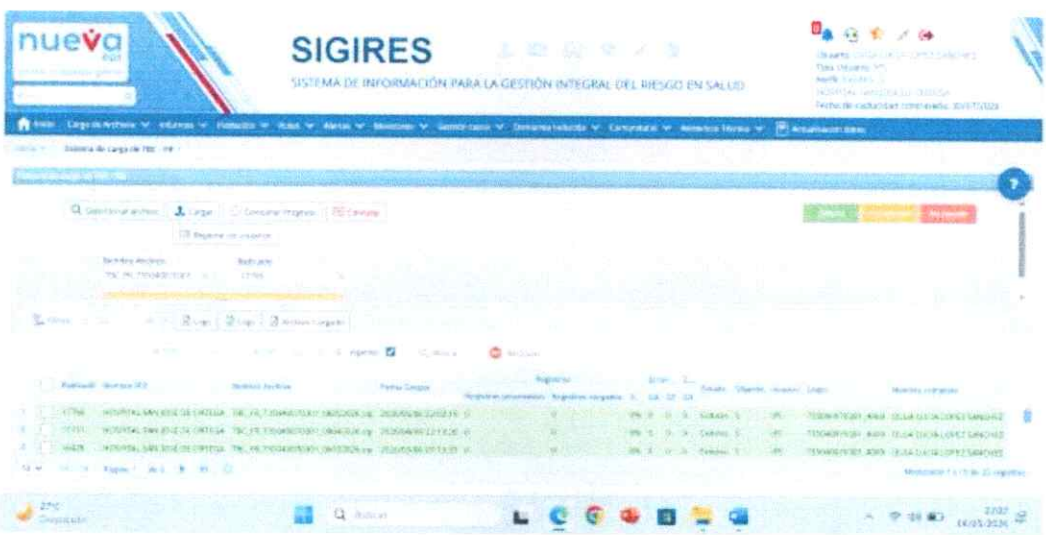

nueva eps
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

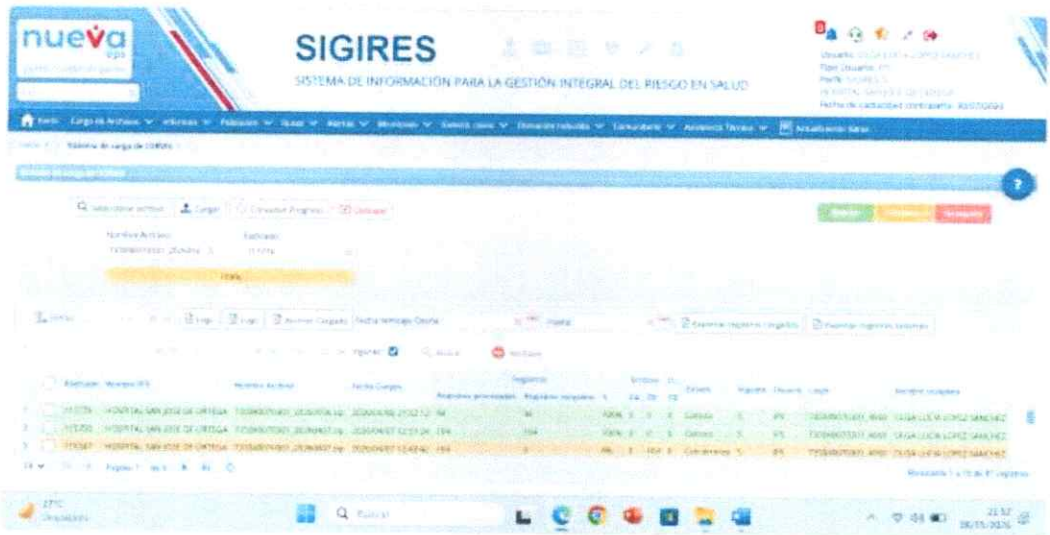

nueva eps
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

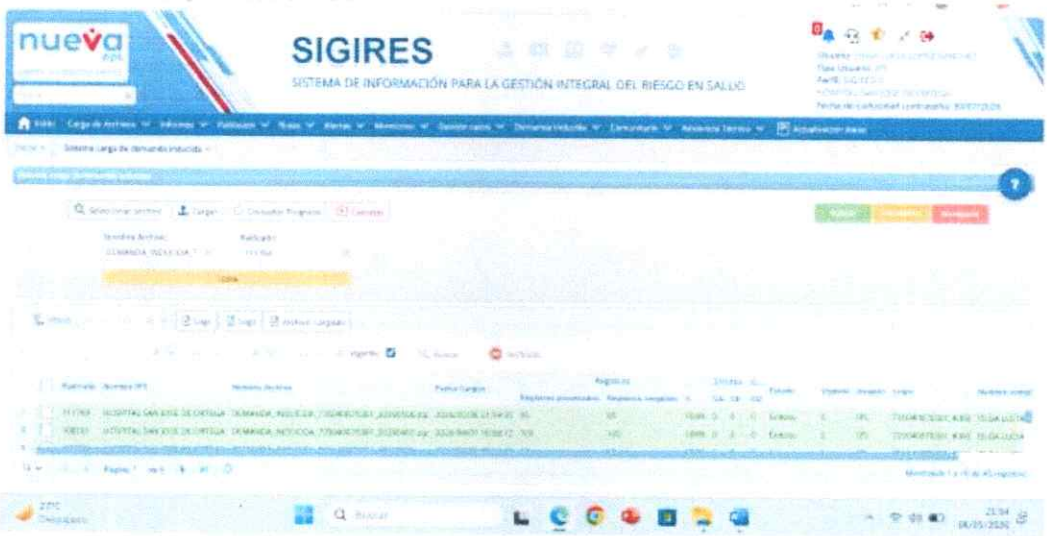

nueva eps
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

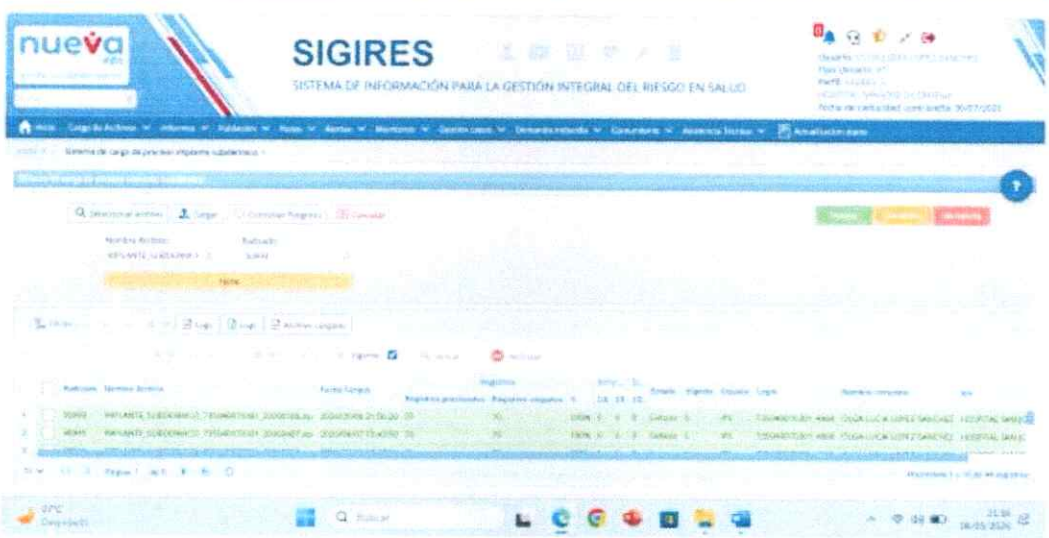

nueva
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD


nueva
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD


nueva
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD


nueva eps
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD


nueva eps
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD


nueva eps
SIGIRES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

	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	
21	7	2026	4

PERÍODO COBRADO					
	DD		DD	MM	AAAA
DEL	1	AL	30	4	2026

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
	TIPO:	NÚMERO	DV
MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ	[X] C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] OTRO	1105685071	1

DIRECCIÓN	CIUDAD	NÚMERO TELÉFONO	CORREO
MANZ I CASA 5 CIUDADELA REAL	Espinal	3015503689	maleja12@hotmail.com.ar

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
21/07/2026	1	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. DE ORTEGA.	$ 4.300.000	$ 4.300.000

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 **9503933571** 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.

TOTAL	$ 4.300.000
RTE FTE (%)	0.000.000
RTE ICA (por mil)	0.000.000
TOTAL A PAGAR	$ 4.300. 000
BASE GRAVABLE	0.000.000
IVA	0.000.000
RTE IVA (%)	0.000.000

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
6	5	2026

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	FAMISANAR	$218,900	$218,900	6	5	2026
Aportes Obligatorios a Pensión	PORVENIR	$280,200	$280,200	6	5	2026
Aportes ARP	POSITIVA	$42,700	$42,700	6	5	2026
Aportes Voluntarios a Pensión	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Aportes Voluntarios AFC	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

FIRMA DEL PROVEEDOR	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Maria Alejandra Correales Hernandez.	1105685071

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1105685071		CORREALES HERNANDEZ MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 6 # 2 - 26 SAN RAFAEL	ESPINAL-TOLIMA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	284807113	9503933571	I	2026/05/20	2026/05/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: ESPINAL Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1105685071	CORREALES MARIA																	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total		**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

CERTIFICADO DE EJECUCION DE CONTRATO

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO NRO. 013 DE 2026

CERTIFICA

En mi calidad de supervisor designado para ejercer la coordinación, control y vigilancia del contrato Nro. 013 del 1 de enero de 2026 Prestación de servicios cuyo objeto es **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. DE ORTEGA."** Suscrito entre el Hospital SAN JOSE E.S.E del Municipio Ortega y el (a) **MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ** identificado con NIT número **1105685071** Ibagué Tolima, que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales establecidas.

Así mismo para efecto de pago certificamos 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 PAGO*** correspondiente al valor de **CUATRO MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE (4.300.000.00 COP)**. Por desarrollo de actividades realizadas durante el periodo comprendido entre el día **PRIMERO**

Vigilado Supersalud

(01) DE ABRIL al día TREINTA (30) DE ABRIL del contrato de prestación de Servicios 013 DE 2026

BALANCE DEL CONTRATO				
DETALLE	**VALOR DEL CONTRATO**	**VALOR EJECUTADO**	**% EJECUTADO EN PESOS**	**SALDO POR EJECUTAR**
VALOR INICIAL	$ 17.200.000,00		0,0 %	$ 17,200,000,00
PRIMER PAGO		$ 4.300.000,00	25%	$ 13,000,000,00
SEGUNDO PAGO		$ 4.300.000,00	50%	$ 8,700,000,00
TERCER PAGO		$ 4.300.000,00	75%	$ 4,300,000,00
CUARTO PAGO	$ 8.600.000,00	$ 4.300.000,00	66,6%	$ 8,600,000,00
QUINTO PAGO				
SEXTO PAGO				
TOTALES	**$ 25,800,000,00**	**$ 17,200,000,00**	**66 %**	**$ 8,600,000,00**

La presente certificación se expide en Ortega Tolima, el día 27 de Julio del 2026.

OLGA LUCIA LÓPEZ SÁNCHEZ
ENFERMERA
SUPERVISORA DEL CONTRATO

Vigilado Supersalud

Ortega Tolima, 21 de Julio del 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, MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1105685071, vinculada 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 2024), y solo por el criterio establecido en el parágrafo 4 del art. 3 del decreto 099 de enero de 2013, si 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 no superaron el equivalente a lo establecido por el Estatuto Tributario.

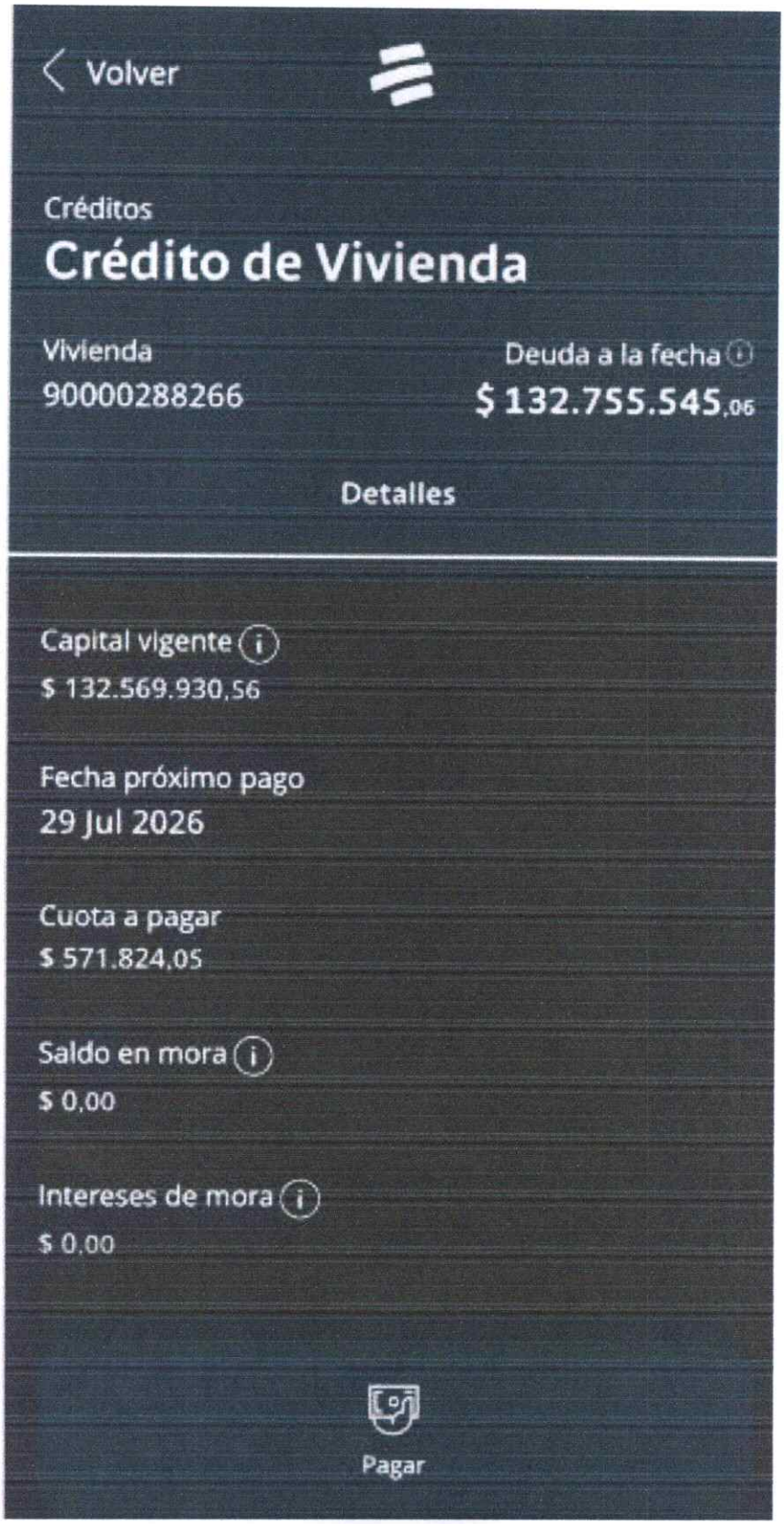
3. **(SI X)** (NO) tengo dependientes económicos que para tal caso mis hijos; MARTIN DIAZ CORREALES T.I: 1111126840 y MARIA CELESTE DIAZ CORREALES RC: 1188972986

4. (NO), **(SI X)** 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 21 día del mes de Julio del 2026.

Cordialmente,

María Alejandra Correales Hernandez
MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ CC=1105685071
C.C. 1105685071 del ESPINAL – TOLIMA


Volver
Créditos
Crédito de Vivienda
Vivienda
90000288266
Deuda a la fecha
$ 132.755.545,06
Detalles
Capital vigente
$ 132.569.930,56
Fecha próximo pago
29 Jul 2026
Cuota a pagar
$ 571.824,05
Saldo en mora
$ 0,00
Intereses de mora
$ 0,00
Pagar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141116024222

(415)7707212489984(8020) 000014111602422 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 5 6 8 5 0 7 1	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1105685071	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORREALES	HERNANDEZ	MARIA	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

41. Dirección principal: CR 6 2 26 BRR SAN RAFAEL

42. Correo electrónico: maleja12@hotmail.com.ar

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 5 5 0 3 6 8 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 6 0 4 0 8	8 5 2 3	2 0 1 8 0 3 0 1		8 6 9 9			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CORREALES HERNANDEZ MARIA ALEJANDRA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 19-01-2026 03:01:24PM

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

EL CARMEN
DE VIBORAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,

21/12/2025

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1105685071**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488442025653**
Fecha de apertura	**27/10/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	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		17/04/2026

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA E.S.E			
INFORME NÚMERO:	4	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	24/07/2026

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:	013--2026	FECHA : (dd/mm/aa)	1/01/2026
				No. PROCESO SECOP II	013-2026
CONTRATISTA:		MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ		NIT Y/O CC:	1105685071
VALOR INICIAL:		$ 17,200,000		PLAZO INICIAL:	CIENTO VEINTE (120) DIAS
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA:		12		RP(S) INICIAL / VIGENCIA:	13
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME:		OLGA LUCIA LOPEZ SANCHEZ		FECHA DE DESIGNACIÓN	1/01/2026
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		jefepyphospitalortega@gmail.com			
FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA DE INICIO:		1/01/2026		FECHA DE INICIO:	1/01/2026

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	29/04/2026	$ 8.600.000,00	60,00	206	150	20/04/2026
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

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque con una	NO	SEGÚN CERTIFICACION DE EXPEDIDA POR :		N/A
ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:		PAGO PARCIAL
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL AÑO 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:	21/07/2026

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:	9503933571	MES DE COTIZACIÓN:	ABRIL
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:		MES DE COTIZACIÓN:	

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
2450209002	13	$ 4.300.000,00
2450209002	206	
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:		$ 4.300.000,00

VALOR PRESENTE PAGO

VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO PERIODO)

BALANCE DEL CONTRATO

VALOR INICIAL CONTRATO		$ 17.200.000,00
VALOR TOTAL CONTRATO (ADICIONES)		$ 8.600.000,00
VALOR TOTAL PAGOS ANTERIORES		$ 12.900.000,00
VALOR PRESENTE PAGO		$ 4.300.000,00
VALOR SALDO POR EJECUTAR		$ 8.600.000,00

VI. GARANTIAS

ASEGURADORA	AMPARO	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO	F. DE EXPEDICIÓN		F. DE APROBACIÓN
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
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
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORRO	055048442025653

VII. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

La supervisión y/o interventoria verifico el cumplimiento del contratista y de sus obligaciones para el presente periodo, 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)	OLGA LUCIA LOPEZ SANCHEZ
FIRMA(s):	

Olga Lucía López Sánchez
Enfermera Jefe

	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		17/04/2026

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.Desarrollar, ejecutar y realizar seguimiento al programa de seguridad del paciente	el contratista asistira a sustentar el seguimiento en el comité de seguridad de pcte a todos los lideres de cada uno de los servicios.	actas de asistencia a comité	actas	NA
2. Actualizar el programa de Seguridad del paciente.	realizar la codificaciaon de actualizacion del protocolo de seguridad de paciente	protocolo	protocolo	NA
3. Realizar Rondas de seguridad del paciente.	realizar las rondas de seguridad por servicio	acta de las rondas	actas evidencia fotografica	NA
4. Generar plan de acción y mejoramiento de acuerdo a los eventos adversos presentados de manera mensual	elaborar plan de mejora y socializarlo	presentacion de los planes de mejora al lider donde se presento el evento	evidencia fotografica del analisis del evento	NA
5. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante	el contratista no divulgara la informacion obtenida en cada una de las rondas de seguridad con personas no responsable del servicio donde se presento el evento	verificar	verificar	NA
6. Realizar cronograma de capacitación al personal desde cada una de sus áreas	elaborar y ejecutar el cronograma de capacitacion	evidencia fotografica -actas	actas	NA
7. Realizar capacitación al personal desde cada una de sus áreas de la resolución 3280 del 2018.	elaborar y ejecutar el cronograma de capacitacion	evidencia fotografica -actas	actas	NA
8. Generar acta, plan de mejoramiento, Pre test y post test de cada capacitación	presentar los pre y post por cada capacitacion y tema de capacitacion	evidencia con acta	actas	NA
9. Generar alterativas para el cumplimento de metas.	socializar cada uno de los indicadores de pym	acta de capacitacion	acta	NA

10.Generar la revisión y seguimiento de la estrategia IAMI.	elaboracion de cada uno de los sseguimientos paso a paso de la extrategia iami	presentacion de indicadores	acta	NA
11.Implementar la estrategia institucional de la mujer y de la infancia desde un enfoque integral.	el contratista ejecutara el cronograma de capacitacion del programa iami	acta de capacitacion	acta	NA
12.Apoyar en la coordinación de las jornadas de intervención de gestión del riesgo en salud, dirigidas a la comunidad de ortega	participar en las jornadas de salud programadas	evidencias fotografica	fotos	NA
13. Asistir a todas las reuniones y capacitaciones citadas por el servicio de Administración y/o Gerencia al igual participar en la ejecución del Plan de Gestión Gerencial 2024-2028	participar en las reuniones programadas por la institucion	evidencia fotografia	listado de asistencia	NA
14. Recibir las visitas convocadas por el ente municipal y departamental	participar en las aistencia realizadas por el ente municipal- y departamental	evidencia fotografia	listado de asistencia	NA
15. Realizar seguimiento al programa de enfermedades precursoras	cargue de la informacion en el sigirec	evidencia del cargue	evidencia fotografica del analisis del evento	NA
16.Realizar el cargue mensual a la plataforma SIGIRES de las EPS; Nueva EPS, Sanitas y Salud Total.	cargue de la informacion en el sigirec	evidencia del cargue	evidencia fotografica del analisis del evento	NA
17.Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato	Participar y ejecutar actividades que sehan asignadas por parte del gerencia	presentar evidencia de las activiades	evidencia fotografica	NA

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 demás elementos), que le permitan cumplir en la 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) : **OLGA LUCIA LOPEZ SANCHEZ**

FIRMA:

Olga Lucía López S
Enfermera Jefe
C.C. 39564069

HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA

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

CUENTA POR PAGAR
No.12571
Fecha: 31/07/2026

Tercero

CC 1105685071 MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ
Dirección: MANZANA I CASA 5 CIUDADELA REAL **Teléfono:** 3015503689
Documento Presupuestal: COM - 13 **Documento Externo:** 01304 **Fecha Doc Externo:** 31/07/2026 **Fecha De Venc:** 30/08/2026

Descripción

CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA PARA LA IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE LAS RUTAS DE ATENCION DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL

Centro de Costos		Valor
000006	PROMOCION Y PREVENCION	$4.300.000.00

Subtotal:	**$4.300.000.00**
I.V.A:	**$0.00**
Total:	**$4.300.000.00**

Son

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS 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.19089
Fecha: 31/07/2026

Tercero

CC 1105685071 **MARIA ALEJANDRA CORREALES HERNANDEZ**
Dirección: MANZANA I CASA 5 CIUDADELA REAL Teléfono: 3015503689

Datos del Pago

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

Concepto

SE CANCELA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA PARA LA IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE LAS RUTAS DE ATENCION DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. DE ORTEGA. CUARTO PAGO DEL CONTRATO NRO. 013 DEL 2026. MES ABRIL DEL 2026.

Documento	Numero	Factura Documento	Factura Numero	Factura Fecha	Valor
CUENTA POR PAGAR	12571	FCP	01304	31/07/2026	$4.300.000.00

Total : $4.300.000.00

Edición Contable

Codigo	Cuenta	Deber	Haber
19055	Servicios	$4.300.000.00	
4402401	SOBRETASA BOMBERIL		$1.505.00
244004	RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO		$30.100.00
11100508	Davivienda 166969999829		$4.268.395.00
	Total	**$4.300.000.00**	**$4.300.000.00**

SON

CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE

ORDEDNO

BENEFICIARIO

DIANA MARCELA CAMPOS BARRIOS
GERENTE
53122713

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

04/8/2026 - 11:27

Datos del Proceso de Pago	
Nombre Empresa	HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA EMPRESA SOCIAL DEL EST
Nombre Proceso	pago a proveedores
Cuenta Origen de los Fondos	OFICIAL SIN SOBREGIRO - 560166969999829
Fecha del Pago	31/07/2026
Hora del Pago	18:04

Detalle Proceso de Pago			
Nit Destino	1105685071	**Referencia**	0000000000000000
Nombre	0 0		
Producto o Servicio Destino	488442025653	**Entidad destino**	DAVIVIENDA
Valor	$ 4.268.395,00	**Estado**	Pago Exitoso