CUENTA DE COBRO N°01

LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIGORODÓ
CON NIT 890.980.998-8

DEBE A:

CATALINA MEJÍA RODRÍGUEZ
CC° 1.027.964.258
Cel. 3116674803

LA SUMA DE: **$4.191.200**
En letras: **CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS**

Por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS ASUNTOS DE GESTIÓN E INSPECCIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓANTIOQUIA. SEGÚN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NUMERO 208-2026.

Desde el 07 de septiembre al 06 de octubre de 2026.

Favor realizar consignación a la cuenta de ahorros de Bancolombia N° 58473481888.

Atentamente.

Catalina Mejía Rodríguez
Catalina Mejía Rodríguez
CC° 1.027.964.258 de Apartadó

Certificación

Bancaria

Lunes, 05 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CATALINA MEJIA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1027964258, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	58473481888	2024-10-16	Activo	****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Chigorodó, 6 de octubre de 2026

Señores
MUNICIPIO DE CHIGORODÓ ANTIOQUIA
Ciudad

Referencia. Certificado para efectos de la retención en la fuente.

Yo, **Catalina Mejía Rodríguez** identificada como aparece al pie de mi firma, declaro bajo gravedad del juramento y de conformidad con la normatividad relacionada en referencia, que la información que suministro a continuación es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar la depuración de la base gravable y la tarifa de retención en la fuente aplicable a mis ingresos:

Concepto	**Responda**	
	SI	**NO**
1) En desarrollo de la actividad contractual, hago uso de dos o más trabajadores o contratistas por al menos 90 días continuos o discontinuos en la ejecución del contrato		**X**
2) Anexo relación de dependientes para deducción de la base de retención		**X**
3)Autorizo descuento mensual para depositar en fondo de pensiones voluntarias. **Indique valor mensual de la deducción $**		**X**
4) Anexo certificado de cuentas de ahorro para el fomento de la construcción-AFC y Autorizo descuento mensual para depositar en dicha cuenta. **Indique valor mensual de la deducción $**		**X**
5) Anexo certificados de intereses o corrección monetaria por préstamos para adquisición de vivienda pagados en el año anterior.		**X**
6) Anexo certificación del pago de los planes complementarios de salud		**X**
En caso de que la información, cambie, me comprometo a informar oportunamente. (D.R. 460/86, art 4°).		

Catalina Mejía Rodríguez
Catalina Mejía Rodríguez
CC.1.027.964.258

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1027964258
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CATALINA MEJIA RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	APARTADO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRRA 106 # 96 - 21	TELÉFONO:	8888888
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	03 - AGOSTO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6033129432**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/10/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		715752454

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
R																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 35.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 38.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 38.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 572.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 572.600**

Planilla Pagada

INFORME DE ACTIVIDADES								
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO								
Dependencia	SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL							
Nombre del Contratista:	CATALINA MEJÍA RODRÍGUEZ			**Identificación:**	**1.027.964.258**			
Objeto:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS ASUNTOS DE GESTIÓN E INSPECCIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ ANTIOQUIA.**			**No. Contrato:**	**CPSP - 208 - 2026**			
Fecha de inicio del contrato:	07	09	2026	**Fecha de terminación del contrato:**	14	12	2026	
Nombre del supervisor (a):	**SANDRA MARÍA SALDARRIAGA**			**Cargo:**	Secretaria de Salud y Protección Social			
Periodo del informe: Del 07 de septiembre al 06 de octubre de 2026.	**N° de pago:** 01			**Fecha del Informe:**	06	10	2026	

No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO
1	Brindar acompañamiento en la ejecución de estrategias nacionales, (COLVO, EBAS, PAPSIVI, etc).
2	Brindar apoyo en la realización del seguimiento financiero a los contratos elaborados desde la secretaría de salud, para la adecuada implementación de programas, contratos departamentales como CONCURRENCIAS, PROYECTOS
3	Realizar seguimiento a la implementación de las políticas públicas que están bajo la responsabilidad de la secretaria de salud (revisión de los planes de acción y su implementación)
4	Apoyar en el trámite de contratación de la dependencia, llevar el registro de Estudios previos, contratos, actas de inicio, actas de supervisión, terminación, liquidación y cierre.
5	Elaborar seguimiento al funcionamiento de los espacios de inter - institucionales liderados por la secretaria de salud e implantación de acciones de fortalecimiento
6	Implementar las estrategias de información comunicación, educación (IEC)
7	Brindar apoyo en las actividades desarrolladas desde los diferentes componentes de la secretaria de salud y protección social

No.	**2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS PROGRAMADAS PARA EL PERIODO.** En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato, me permito relacionar las actividades ejecutadas durante el periodo de ejecución del objeto contractual, conforme a lo siguiente:		
	Obligación Contractual Ejecutada	**Actividades Ejecutadas**	**Medios de Verificación**
1.	Brindar acompañamiento en la ejecución de estrategias nacionales, (COLVOL, EBAS, PAPSIVI, etc).	-COLVOL/Malaria: se envió invitación a la sala situacional de malaria el día 24 de septiembre a las EPS, IPS y Laboratorios que capitán el municipio y Se realizó la sala situacional de malaria el día 01 de octubre en el auditorio de la casa de justicia a las 2pm, donde asistieron 6 personas, por lo tanto no hubo Quorum, pero de igual manera se realizó la Sala en la cual se les explicó a los asistentes, la importancia de articular acciones en pro de la eliminación de la malaria y la ejecución de actividades de BAC para la detección temprana de malaria.	Acta, informe, registro fotográfico, y/o listas de asistencia.

		-Se atendió visita de los técnicos de control de vectores de la gobernación de Antioquia el día 30 de septiembre para socializar las acciones realizadas en las comunidades indígenas frente la eliminación de la malaria y el dengue, como eliminación de criaderos y fumigación., se les informó de la entrega de toldillos que se vienen realizando en las comunidades indígenas y campesinas - Se realizó visita de IEC a paciente con Malaria complicada el día 21 de septiembre, para la posterior presentación del caso en la unidad de Análisis por malaria complicada realizada el día 23 de septiembre via teems liderada por la secretaria de salud de Antioquia -Se apoyó el día 28 de septiembre en la capacitación en la toma de PDR para el diagnostico de malaria, a los contratistas de EBS y PIC y se les brindó información básica de los servicios de la secretaria de salud para la articulación o atención de casos especiales.	
2.	Brindar apoyo en la realización del seguimiento financiero a los contratos elaborados desde la secretaría de salud, para la adecuada implementación de programas, contratos departamentales como CONCURRENCIAS, PROYECTOS	-**GAUDI**: Se inicia auditoria GAUDI del semestre 2026-1 a las 7 EPS que capitán en el municipio, se cargan las plantillas proporcionadas por cada EPS en la plataforma GAUDI, se asiste a la apertura presencial de la auditoria a la EPS SURA en Apartadó, donde se inicia la evaluación de los criterios 7.1, 7.2, 9.1, 9.2 y 11 con la verificación del cumplimiento de la EPS a los usuarios mediante historias clínicas proporcionadas por la EPS.	Matriz de seguimiento actas Informes, registros fotográficos,
3.	Realizar seguimiento a la implementación de las políticas públicas que están bajo la responsabilidad de la secretaria de salud (revisión de los planes de acción y su implementación)	-Se asiste a asistencia técnica en el proceso de formulación y/o actualización de la Política Pública de Salud Mental el día 23 de septiembre vía teams dirigida por el equipo técnico de política pública de salud mental de la gobernación de Antioquia. Donde se explicaron que el municipio había sido priorizado para la actualización de la política publica de salud mental y desde la gobernación se apoyaba al municipio en todo el proceso. Se presentó la profesional encargada de guiar el proceso, Ana Patricia Alzate Estrada, profesional social	Inventario de las políticas públicas, planes de acción que lidera la secretaria de salud. de salud. Informe de estado de avance en la implementación.
4	Apoyar en el trámite de contratación de la dependencia, llevar el registro de Estudios previos, contratos, actas de inicio, actas de supervisión, terminación, liquidación y cierre.	-Se proyectan actas de supervisión y certificados de satisfacción de 14 cuentas de cobro, para los pagos de los contratistas (14 de persona natural), se tramitan los pagos de los contratistas, se alimenta matriz de seguimiento de cuentas de cobro con fechas de pago y entregas de cuentas y se alimenta el Listado de Contratistas con la información de los pagos realizados, se descargan los Egresos para alimentar las carpetas digitales de los contratistas. - Se descargan los documentos contractuales de 21 contratos nuevos de prestación de servicios profesionales y de contratos de apoyo a la gestión de la secretaria de salud.	Base de datos de contratos y verificación de lista de chequeo
5	Elaborar seguimiento al funcionamiento de los espacios de inter - institucionales liderados por la secretaria de salud e implantación de	- Se alimenta matriz de seguimiento con eventos y espacios interinstitucionales de la secretaria de salud con las fechas en las que se realizaron los eventos, reuniones, mesas o comité	Matriz de seguimiento, informes, y/o actas, registros fotográficos,

	acciones de fortalecimiento		
6	Implementar las estrategias de información comunicación, educación (IEC)	- Se comparten en los estados de WhatsApp y redes sociales personales, las publicaciones, videos y e-cards de la secretaria de salud y protección social y de la alcaldía municipal	Programa radial E-card, plegables informativos, Publicación en ia Pagina de la secretaria de SP y redes sociales entre otros
7	Brindar apoyo en las actividades desarrolladas desde los diferentes componentes de la secretaria de salud y protección social	- Se apoyó con la logística en jornada de planificación familiar liderada por la fundación Las Poderosas el día 13 de septiembre - Se participó con un stand sobre la prevención del dengue y la malaria, en carrusel de salud realizado en la I.E Juan Evangelista Berrio sede Los Olivos el día 24 de septiembre en el marco de la semana de la juventud y la semana andina -Se apoyó en visita de vigilancia, inspección y control a la Plaza de mercado, a equipo multidisciplinario solicitado por la administración de la plaza de mercado, inspeccionando visualmente el estado de los locales comerciales y las áreas comunes de la plaza -Se apoyó al programa de discapacidad en jornada pedagógica y recreativa a personas cuidadoras de pacientes en condición de discapacidad el día 2 de octubre en Rancho Aleja turbo -Se apoyó los días 4 y 5 de octubre en el censo y caracterización de las personas damnificadas por las inundaciones en el corregimiento de Barranquillita y las veredas Guapá el dos, Guapá León, Unión las Parcelas.	Registro fotográfico, listas de asistencia
No.	**3. ACTIVIDADES NO DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS PROGRAMADAS PARA EL PERIODO.**		**JUSTIFICACIÓN**

4. LOGROS
Se llevaron a cabo diferentes reuniones para aprobar procesos, así como para unificar criterios que han dado los mejores resultados.

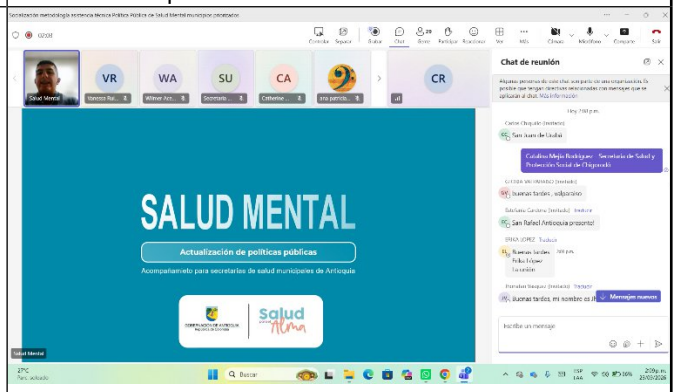
5. RIESGOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES
Durante este periodo no se presentaron riesgos para el cumplimiento de las obligaciones del contrato.

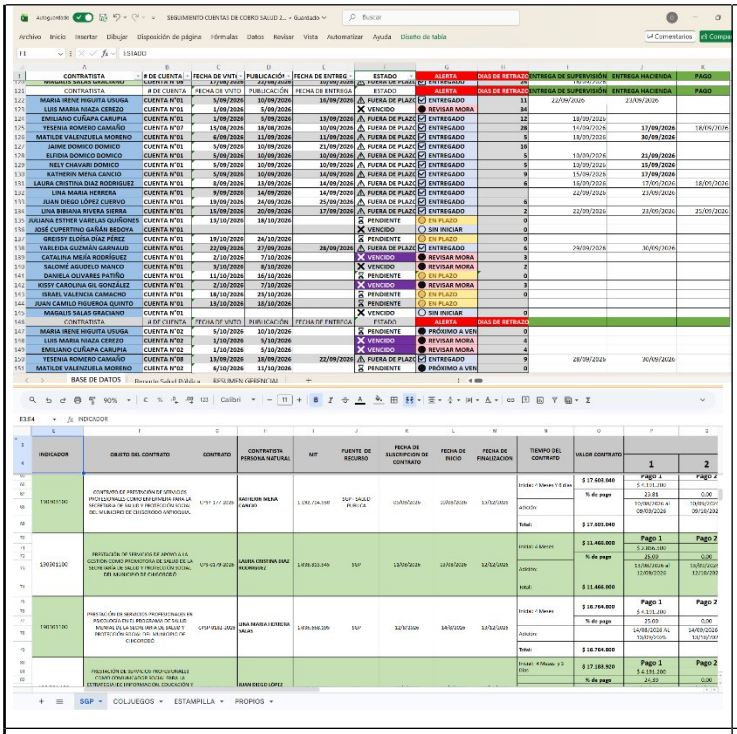
6. RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.

Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
SALUD	N° 6033129432	septiembre	$ 576.900
PENSIÓN			
ARL			

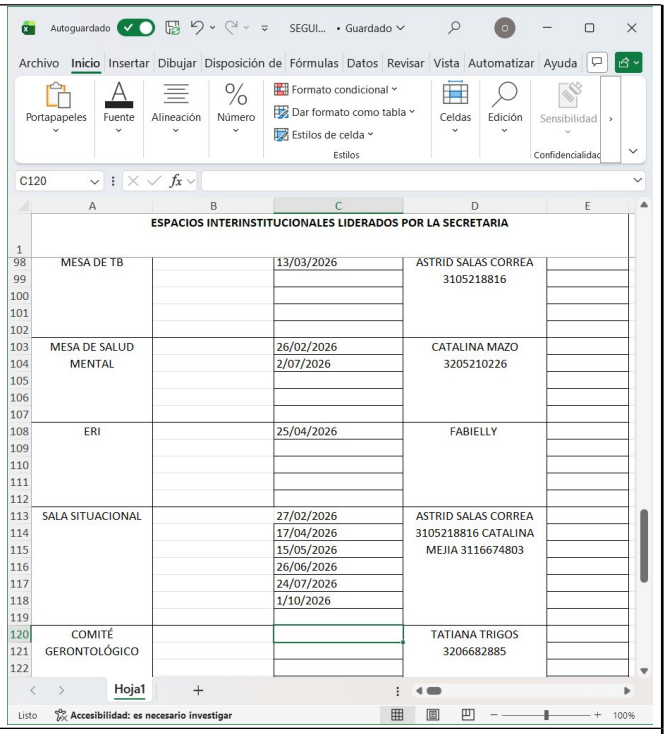
No. de anexos entregados: 1 Certifico bajo la gravedad de juramento, que la información contenida en el presente informe de actividades es fidedigna y se hace para efectos de evidenciar el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

ANEXO N° 1 REGISTRO FOTOGRÁFICO

REGISTRO FOTOGRÁFICO	REGISTRO FOTOGRÁFICO
Nota: Los demás documentos que soportan la ejecución de las actividades consignadas en el presente informe se adjunta en el archivo respectivo a cargar en SECOP	
	
Obligación: 1 Brindar acompañamiento en la ejecución de estrategias nacionales, (COLVOL, EBAS, PAPSIVI, etc). **Actividad:** Sala situacional de septiembre **Población atendida:** EAPB, Laboratorios, Supervisora COLVOL **Cantidad:** 6 personas	**Obligación: 1** Brindar acompañamiento en la ejecución de estrategias nacionales, (COLVOL, EBAS, PAPSIVI, etc). **Actividad:** Capacitación EBS y PIC **Población atendida:** Laboratorio Departamental de Salud Publica **Cantidad:** 31 personas
	
Obligación: 2 Brindar apoyo en la realización del seguimiento financiero a los contratos elaborados desde la secretaría de salud, para la adecuada implementación de programas, contratos departamentales como CONCURRENCIAS, PROYECTOS **Actividad:** Auditoria Gaudi EPS-Sura	**Obligación: 3** Realizar seguimiento a la implementación de las políticas públicas que están bajo la responsabilidad de la secretaria de salud (revisión de los planes de acción y su implementación) **Actividad:** AoAT actualización Políticas Públicas: Salud Mental



Obligación: 4 Apoyar en el trámite de contratación de la dependencia, llevar el registro de Estudios previos, contratos, actas de inicio, actas de supervisión, terminación, liquidación y cierre.
Actividad: Matriz de seguimiento cuentas de cobro contratistas 2026



ESPACIOS INTERINSTITUCIONALES LIDERADOS POR LA SECRETARIA

MESA DE TB		13/03/2026	ASTRID SALAS CORREA 3105218816
MESA DE SALUD MENTAL		26/02/2026 2/07/2026	CATALINA MAZO 3205210226
ERI		25/04/2026	FABIELLY
SALA SITUACIONAL		27/02/2026 17/04/2026 15/05/2026 26/06/2026 24/07/2026 1/10/2026	ASTRID SALAS CORREA 3105218816 CATALINA MEJIA 3116674803
COMITÉ GERONTOLÓGICO			TATIANA TRIGOS 3206682885

Obligación: 5 Elaborar seguimiento al funcionamiento de los espacios de inter - institucionales liderados por la secretaria de salud e implantación de acciones de fortalecimiento
Actividad: BD seguimiento a los eventos de la SSyPS





Obligación: 6 Implementar las estrategias de información comunicación, educación (IEC).
Actividad: publicaciones compartidas en redes sociales

Obligación: 7 Brindar apoyo en las actividades desarrolladas desde los diferentes componentes de la secretaria de salud y protección social
Actividad: Revisión y remisión de correos electrónicos

Catalina Mejía Rodríguez

Catalina Mejía Rodríguez
Contratista

ACTA

ACTA DE REUNIÓN	
Comité o Grupo:	Acta No. 001
Citada por: Concejal - Javier	**Fecha:** 25/09/2026
Coordinado Por: Administración de Plaza de mercado – Secretaría de Gobierno	**Hora: Inicio:** 10:00am **Fin:** 11:30 am
CARGO:	**Lugar:** Plaza de mercado
Objetivo: Visita de inspección, vigilancia y control a establecimientos comerciales de la plaza de mercado	

PARTICIPANTES
Ver lista de asistencia adjunto (

DESARROLLO

Objetivo: Realizar el acompañamiento interinstitucional para evaluar el estado actual de la Plaza de Mercado, inspeccionar los establecimientos comerciales locales, controlar la ocupación de áreas comunes, verificar el manejo de residuos y evaluar el riesgo ambiental y de infraestructura de los elementos vegetales dentro del área perimetral.

HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DE LA INSPECCIÓN

Durante el recorrido por las instalaciones de la Plaza de Mercado y sus alrededores, la comisión interinstitucional evidenció las siguientes situaciones:

- **Invasión de Espacio Común:** Se constató que diversos establecimientos comerciales e informales se encuentran ocupando pasillos, áreas de tránsito peatonal y zonas comunes con mercancía, exhibidores y mobiliario. Esto obstruye la libre circulación y viola la normativa interna de la plaza.
- **Acumulación de Desechos Orgánicos y Elementos en Desuso:** Se observaron puntos críticos con acumulación de residuos orgánicos en descomposición y almacenamiento de elementos inservibles (chatarra, cajas vacías, madera). Esta condición genera riesgos sanitarios, proliferación de vectores (plagas) y focos de contaminación.
- **Inspección Forestal (Estado de Árbol):** La Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente, junto con Aseo o Bomberos, evaluó un espécimen arbóreo ubicado en una de las áreas disponibles para parqueadero. Se determinó la necesidad técnica de realizar una **poda preventiva** debido a que sus ramas representan un riesgo potencial para las redes

eléctricas, la infraestructura física o la seguridad de los usuarios.

Proposiciones, compromisos y Varios
Proposiciones
Se propone realizar visita nuevamente en 15 días para la verificación del cumplimiento de los requerimientos solicitados a los comerciantes
Compromisos
COMPROMISOS Y ACUERDOS CON LOS COMERCIANTES Tras dialogar con los comerciantes responsables de las áreas intervenidas, se socializaron los hallazgos y se establecieron de mutuo acuerdo los siguientes compromisos de obligatorio cumplimiento: 1. **Liberación del Espacio Público:** Los comerciantes se comprometen de manera inmediata a retirar toda mercancía y mobiliario de los pasillos comunes, delimitando su actividad comercial estrictamente al área asignada. 2. **Evacuación de Residuos y Material Inservible:** Se otorga un plazo máximo de 15 **días hábiles** para que los comerciantes retiren los elementos en desuso y realicen la disposición adecuada de los desechos orgánicos acumulados. 3. **Mantenimiento Sanitario:** Los adjudicatarios de los puestos se comprometen a implementar jornadas diarias de limpieza y desinfección para mitigar riesgos biológicos. 4. **Intervención del Árbol:** La Administración de la Plaza, en coordinación con la Secretaría de Agricultura, programará la ejecución de la poda técnica del árbol inspeccionado.

Cierre
No siendo otro el objeto de la presente diligencia se da por terminada la visita. Para constancia de lo anterior, firman los servidores públicos, el representante del Concejo Municipal que intervinieron en el proceso de concertación.

ANEXOS
Anexo 1: Registro fotográfico **Anexo 2:** Listados de asistencia

Elaborada por: Catalina Mejía Rodríguez
Contratista
Secretaria de Salud y Protección Social
Municipio de chigorodó

ANEXO 1: Registro fotográfico

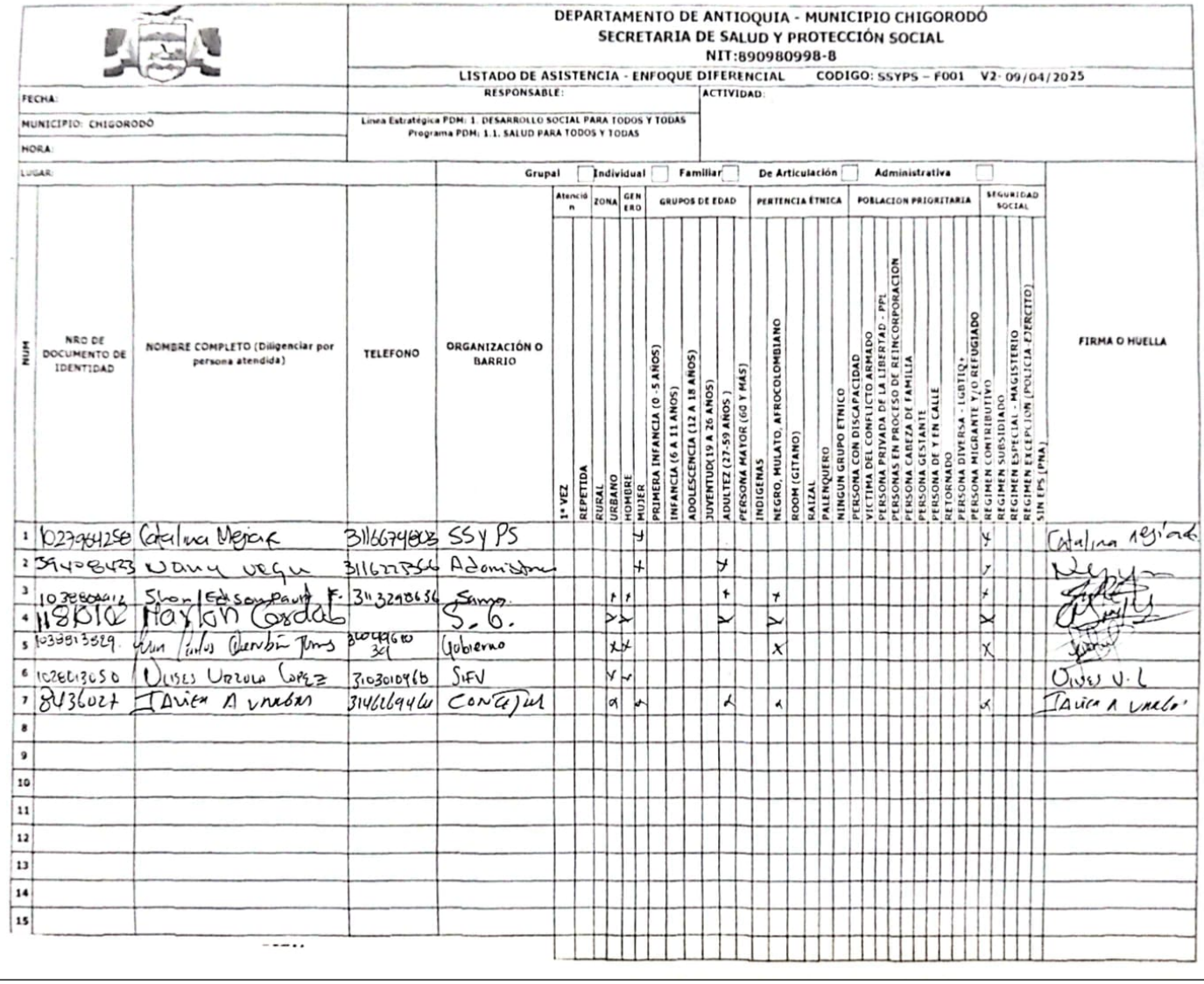








ANEXO 2: Listados de Asistencia



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA - MUNICIPIO CHIGORODÓ
SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
NIT:890980998-8

LISTADO DE ASISTENCIA - ENFOQUE DIFERENCIAL CODIGO: SSYPS – F001 V2: 09/04/2025

FECHA:
RESPONSABLE:
ACTIVIDAD:
MUNICIPIO: CHIGORODÓ
Linea Estratégica PDM: 1. DESARROLLO SOCIAL PARA TODOS Y TODAS
Programa PDM: 1.1. SALUD PARA TODOS Y TODAS
HORA:
LUGAR:
Grupal ☐ Individual ☐ Familiar ☐ De Articulación ☐ Administrativa ☐

NUM	NRO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE COMPLETO (Diligenciar por persona atendida)	TELEFONO	ORGANIZACIÓN O BARRIO	Atención	ZONA	GENERO	GRUPOS DE EDAD					PERTENENCIA ÉTNICA					POBLACION PRIORITARIA											SEGURIDAD SOCIAL				FIRMA O HUELLA
					1ª VEZ	REPETIDA	RURAL	URBANO	HOMBRE	MUJER	PRIMERA INFANCIA (0 -5 AÑOS)	INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	ADOLESCENCIA (12 A 18 AÑOS)	JUVENTUD(19 A 26 AÑOS)	ADULTEZ (27-59 AÑOS)	PERSONA MAYOR (60 Y MÁS)	INDIGENAS	NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO	ROOM (GITANO)	RAIZAL	PALENQUERO	NINGUN GRUPO ETNICO	PERSONA CON DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD - PPL	PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACION	PERSONA CABEZA DE FAMILIA	PERSONA GESTANTE	PERSONA DE Y EN CALLE	RETORNADO	PERSONA DIVERSA - LGBTIQ+	PERSONA MIGRANTE Y/O REFUGIADO	REGIMEN CONTRIBUTIVO	REGIMEN SUBSIDIADO	REGIMEN ESPECIAL - MAGISTERIO	REGIMEN EXCEPCION (POLICIA FFECTTO)	SIN EPS (PNA)	
1	1027954258	Catalina Mejia K	3116674803	SSyPS						X					X																	X					Catalina Mejia K
2	3940 8423	Dany vega	3116227556	Administrativa						X					X																	X					
3	1038	Shon Edisson Paul F.	311 3298634	Samp				X	X						X		X															X					
4	1188	Haylan Cordob		S.6.				X	X						X		X															X					
5	1039	Juan Pablo Chavarro Jimenez	3104996	Gobierno				X	X								X															X					
6	1028	Ulises Urzola Lopez	3103010946	SIFV				X	X								X																				Ulises U. L
7	8436027	Javier A Urrutia	3146164466	Contratista				X	X						X		X															X					Javier A Urrutia
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				

Salud | Instituto Nacional de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE MALARIA

1. DATOS DEL ENTREVISTADOR

1.1. Municipio que realiza la visita: Chigorodó

1.2. Institución o Red que realiza la visita: Sec. de Salud y protección Social

1.3. Nombre del entrevistador Juliana Varelas - Catalina Mejia

1.4. Fecha investigación del caso (dd/mm/aaaa) 23-09-2026

1.5. Fecha de notificación caso de malaria (dd/mm/aaaa) 01-09-2026

1.6. Captación del caso (marcar X) ☐ Búsqueda reactiva ☐ Búsqueda proactiva ☐ Búsqueda pasiva

2. CARACTERIZACIÓN DEL CASO

2.1. Tipo de documento RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS ☐ PE ☐ CN ☐

2.2. Número de identificación 1036967485

2.3. Nombres y apellidos STIVEN BETANCOURT BLANDON

2.4. Teléfono / Whatsapp 3126173349

2.5. Ocupación Tecnico de mantenimiento

2.6. Fecha inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) 23-08-2026

2.7. Síntomas: ☒ Fiebre ☒ Dolor de cabeza ☒ Escalofríos ☐ Sudoración ☒ Malestar general ☒ Otro Polimialgia

2.8. Fecha diagnóstico (dd/mm/aaaa) 01-09-2026

2.9. Fecha consulta (dd/mm/aaaa) 01-09-2026

2.10. Tipo de especie: ☒ Vivax ☐ Falciparum ☐ Mixto ☐ Otro: _____

2.11. Tipo de prueba (marcar X): ☒ GG ☐ PDR

2.11.1. Recuento parasitario: 9714

2.11.2. Prueba G6PD: ☐ Si ☐ No
Si la respuesta es si cual fue el valor: _____

2.12. Tratamiento suministrado:
☐ Cloroquina+Tafenoquina ☐ Cloroquina ☐ Cloroquina+Primaquina 7 días ☐ Cloroquina+Primaquina 14 días ☐ Cloroquina+ Primaquina semanal 8 semanas ☐ Art-Lum + Primaquina
☐ Art-Lum + Primaquina dosis única ☒ Artesunato(IM o IV) ☐ Sin Tratamiento ☐ Otro: _____

2.13. ¿El caso se encuentra en un área con transmisión activa de malaria (área que ha reportado casos autóctonos en el último año calendario o en el año actual)?
☒ Si ☐ No Departamento Antioquia Municipio Chigorodó Localidad/Barrio/Vereda Guapa carretera

3. HISTORIAL DE VIAJE

3.1. ¿Viajó el paciente fuera de la localidad de residencia en los últimos 30 días? ☐ Sí ☒ No **(Si respondió Sí, diligencie de 3.1.1. a 3.3.)**

3.1.1. País:	3.1.2. Departamento	3.1.3 .Municipio/Distrito/Ciudad	3.1.4. Nombre de la vereda/ localidad/corre /barrio

3.2. Desde (dd/mm/aaaa) ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

3.3. Hasta (dd/mm/aaaa) ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

3.4. Transfusión de sangre durante los últimos 6 meses: ☐ Sí ☐ No

3.4.1. Fecha de transfusión (dd/mm/aaaa): ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

3.5. Trasplante de órganos en los últimos 6 meses: ☐ Sí ☐ No

3.5.1. Fecha trasplante (dd/mm/aaaa): ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

4. ANTECEDENTES DE MALARIA

4.1 ¿Ha tenido malaria anteriormente? ☐ Sí ☒ No **(Si respondió Sí, diligencie de 4.1.1. a 4.7.)**

4.1.1. ¿Cuántas veces ha tenido malaria?

4.2. Fecha inicio síntomas episodio previo: (dd/mm/aaaa):	4.3. Tipo de especie:	4.4. Recibió tratamiento:
☐☐-☐☐-☐☐☐☐	☐ Vivax ☐ Falciparum ☐ Mixto ☐ Otro: ___	☐ Sí ☐ No

4.5. Días de tratamiento:	4.6. Tratamiento suministrado:	4.7. Tratamiento completo:
		☐ Sí ☐ No

5. CLASIFICACIÓN DEL CASO

5.1 Probable sitio donde adquirió la infección: Vereda Guapa carretera

5.1.1. Localidad/Barrio/Vereda	5.1.2. Municipio/Distrito/Ciudad	5.1.3. Departamento/Estado/Provincia
Guapa Carretera	Chigorodo	Antioquia

5.2 Clasificación del caso:
☐ Importado (de otro municipio, departamento o país)
☒ Autóctono
☐ Introducido

5.3. ¿Ha tenido contacto reciente con algún caso (o casos) de malaria? ☐ Sí ☒ No

5.3.1. En caso afirmativo
Cuándo (dd/mm/aaaa): ☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Dónde (localidad, municipio, departamento, país): _____

5.4. Tipo de Recurrencia:
☐ Recrudecencia
☐ Reinfección

5.5 Malaria Complicada ☒ Sí ☐ No

5.5.1 Si respondió SÍ en 5.5, marque los criterios presentes:
☒ Alteración de la Conciencia ☒ Postración (astenia – adinamia) ☐ Dificultad respiratoria ☐ Sangrad

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE MALARIA

5.6. Hospitalización:	5.7. Condición final
☒ Si ☐ No	☒ Vivo ☐ Muerto

6. INVESTIGACIÓN DEL LUGAR DONDE SE ORIGINÓ LA INFECCIÓN

6.1 Casa localizada:	6.2 Longitud:	6.3 Latitud:	6.4 Estado de la investigación
☒ Sí ☐ No			☒ Investigación realizada ☐ Renuente ☐ Vivienda cerrada ☐ Vivienda deshabitada ☐ Vivienda destruida

7. INVESTIGACIÓN AMBIENTAL DE LA RESIDENCIA

7.1. ¿Se protegió el paciente contra la malaria?	7.2. En caso afirmativo, tipo de protección:	7.3. Casa rociada:
☐ Sí ☒ No	☐ Repelente ☐ Toldillo tratado con insecticidas (TILD)	☐ Sí ☐ No

7.4. Fecha de último rociado (dd/mm/aaaa):	7.5. ¿Se observaron criaderos?	7.6. Distancia de la casa al criadero más próximo:
☐☐-☐☐-☐☐☐☐	☐ Sí ☐ No	_____ metros

8. CONTACTO DEL CASO

(Dependiendo del contexto epidemiológico, y el rango de búsqueda, realice la búsqueda de casos alrededor del caso):

8.1. ¿Cuántas personas viven en su casa?	8.2. Número de contactos:	8.3. Número de muestras realizadas:	8.4. Número de muestras positivas:	8.5. ¿A cuántas se les entregó tratamiento?:	8.6. Fecha de inicio de tra (dd/mm/aaaa):
4	3	0	0		☐☐-☐☐-☐[
8.7. Si viajó recientemente, ¿cuántas personas lo/la acompañaron en el viaje?	**8.8. Número de contactos:**	**8.9. Número de muestras realizadas:**	**8.10. Número de muestras positivas:**	**8.11. ¿A cuántas se les entregó tratamiento?:**	**8.12. Fecha de inicio de tr (dd/mm/aaaa):**
					☐☐-☐☐-☐[
8.13 *¿Cuántas personas viven alrededor del caso* (200 m zona urbana 2Km zona rural)?:	***8.14. Número de contactos:***	***8.15 Número de* muestras realizadas:**	***8.16. Número de* muestras positivas:**	***8.17. ¿A cuántas se les entregó* tratamiento?:**	***8.18. Fecha de inicio de tr* (dd/mm/aaaa):**
					☐☐-☐☐-☐[

8.19. Medidas adoptadas:

☐ Control vectorial ☐ RRI ☐ RDA (Medicación Reactiva)

8.20. Observaciones - Aqui anexar en hojas aparte: (*Mapa o croquis de la localidad con las principales referencias geográficas./ *Datos de las personas a quienes se les realizó una muestra de nombre, sexo, edad, mujer embarazada, tipo de prueba, resultado, tratamiento suministrado./*Información entomológica (si estuviera disponible): número y tipo de criaderos, identificación de ac recolección de adultos y/o formas inmaduras.)

Responsable:	Institución:	Cargo:
Juliana Varelas	Secretaria de Salud y protección Social	Apoyo de vigilancia epidemiológica

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CATALINA MEJIA RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1027964258** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1027964258
NOMBRES Y APELLIDOS	CATALINA MEJIA RODRIGUEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/05/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **05/10/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CATALINA MEJIA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.027.964.258**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Octubre del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CATALINA MEJIA RODRIGUEZ identificado con CC. 1027964258 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	ALCALDIA DE CHIGORODO		
Tipo y Numero de Documento	NI - 890980998		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/09/04	**Fecha inicio contrato**	2026/09/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/18
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/18	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC05102026C1027964258R23455339.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032899010

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

INFORMACIÓN DE CONTRATO

Código Contrato 3488308

Entidad ALCALDIA DE CHIGORODO - 0217

Contratista Catalina Mejia Rodriguez

Departamento ANTIOQUIA **Municipio** CHIGORODÓ

Fecha Firma 03/09/2026 **Fecha Inicio** 07/09/2026 **Fecha Fin** 14/12/2026

Número Contrato CPSP-208-2026

Duración días 8

Duración Meses 3

Objeto PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS ASUNTOS DE GESTION E INSPECCION DE LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODO ANTIOQUIA

Alcance PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS ASUNTOS DE GESTION E INSPECCION DE LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIGORODO ANTIOQUIA

Moneda Monto PESOS COLOMBIANOS **Monto** 13691253

Honorarios

Moneda Honorarios PESOS COLOMBIANOS

Fuente Financiación MUNICIPIO

Derecho Exclusividad No