# INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES Y CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

## PERFIL CONTRACTUAL: GESTOR COMUNITARIO (EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD – EBS)

## I. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO Y DEL CONTRATISTA

| | |
|---|---|
| **Nombre del contratista** | Natalia Fernanda Guerrero Uchima |
| **Documento de identidad** | CC 10597127755 de Riosucio Caldas |
| **Número del contrato** | 26-2130.13.245 |
| **Clase de contrato** | Contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión |
| **Objeto contractual** | Prestación de servicios como GESTOR COMUNITARIO de manera autónoma e independiente dentro de los Equipos Básicos de Salud (EBS) de la entidad contratante, de conformidad con los lineamientos técnico-operativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en particular el Lineamiento Versión 4 de mayo de 2026 y las obligaciones derivadas de la Resolución 00245 de 2026. |
| **Plazo de ejecución** | Desde la suscripción del acta de inicio y por seis (06) meses |
| **Valor del contrato / honorarios mensuales** | $“15.000.000” M/CTE — honorarios fijos mensuales de $ 2.500.000 M/CTE o proporcional a la fracción de mes ejecutado |
| **Período informado (período de cobro)** | Octubre 2026 |
| **Supervisión del contrato** | ALEJANDRA GUERRERO RAMIREZ y ESTEFANIA BEJARANO GIRALDO |
| **Fecha de presentación del informe** | Octubre 2026 |

## II. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA – CLÁUSULA SEGUNDA DEL CONTRATO

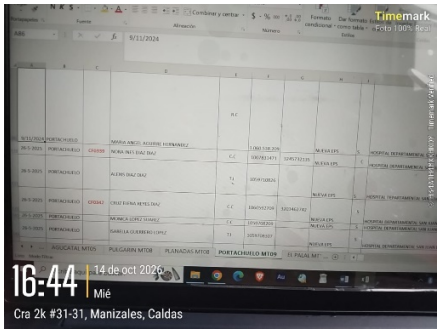
Las obligaciones que se relacionan a continuación corresponden a la transcripción literal de la Cláusula Segunda del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión suscrito por el contratista. Debajo de cada obligación, el contratista debe diligenciar la descripción de las actividades ejecutadas durante el período de cobro y relacionar los soportes que anexa. Si alguna obligación no tuvo aplicación en el período, así deberá indicarse expresamente con su justificación, sin dejar espacios en blanco.

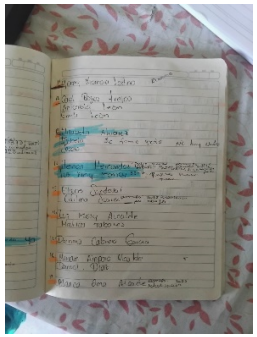
| **OBLIGACIÓN No. 1** |
|---|
| Cumplir el Lineamiento para la Implementación de Equipos Básicos de Salud (MSPS, Versión 4, Mayo 2026) y la normatividad vigente: Ley 1438 de 2011, Ley Estatutaria 1751 de 2015, Resolución 3280 de 2018, Resolución 202 de 2021, Resolución 100 de 2024, Resolución 1597 de 2025, Decreto 351 de 2025, Circular Externa 041 de 2025, Decreto Ley 480 de 2025 y Resolución 108 de 2026. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |

¿??????????

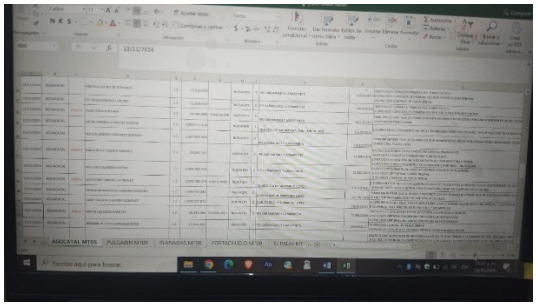
**Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)*

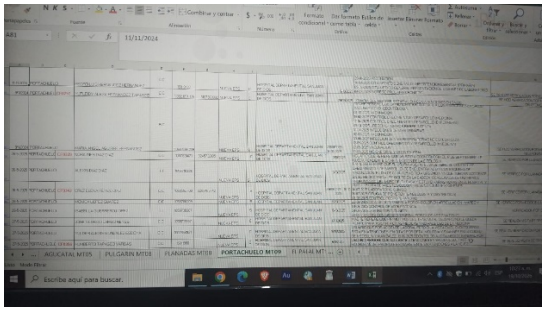
| **OBLIGACIÓN No. 2** |
|---|
| Participar activamente en el proceso de territorialización y reconocimiento del territorio y microterritorio asignado al EBS. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes de octubre se realizó proceso de territorialización y reconocimiento de los microterritorios MT 09 (Portachuelo) y MT05 (Aguacatal) dando análisis desde la bases de datos e historias clínicas ,contribuyendo a la planeación de acciones de promoción en salud |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |



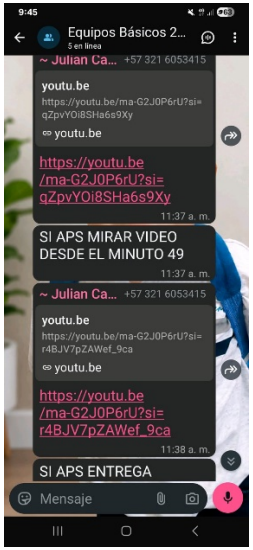



| **OBLIGACIÓN No. 3** |
|---|
| Concertar, implementar, acompañar y monitorear el Plan de Cuidado Primario (PCP) con las personas, familias y comunidades adscritas, conforme al rol del perfil. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Se hizo énfasis al analisis en la base datos y planes de cuidado de las personas y familias de estos micro territorios MT09(PORTACHUELO) MT05(AGUACATAL) |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |





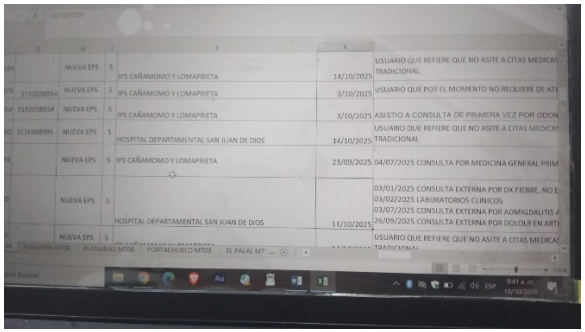
| **OBLIGACIÓN No. 4** |
|---|
| Registrar de manera oportuna, completa y con calidad la información en el Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud (SI-APS) en sus componentes poblacional, de gestión técnica y financiero, así como en RIPS, Historia Clínica, SIVIGILA, PAIWEB, RUAD-ND y demás fuentes oficiales que apliquen. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes de octubre no se realizó ningún registro a las diferentes plataformas como SIVIGILA, ya que en el momento no se han evidenciado eventos de riesgo de interés de salud pública para reportar, por el momento nos encontramos en la fase de proceso capacitación de lectura y análisis de los manuales y videotutoriales de uso en cada EBS. Respecto al RIPS, se realizaron las atenciones en salud a los usuarios , , se documentaron y consolidaron los datos clínicos y se subieron al SIFAS . |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta )* |
| |



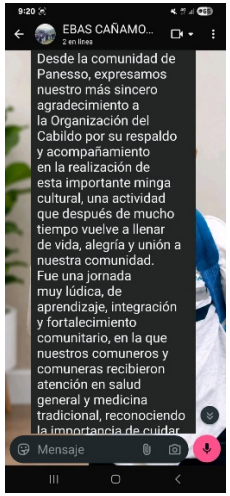

| **OBLIGACIÓN No. 5** |
|---|
| Portar permanentemente y de forma visible los emblemas de Misión Médica: chaleco blanco con detalles reflectivos, gorra blanca y tarjeta de identificación personal, conforme a la Circular Externa 031 de 2025 y la Resolución 4481 de 2012. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| ¿???????? |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
| |

| **OBLIGACIÓN No. 6** |
|---|
| Identificar y notificar de manera inmediata las alertas en salud y eventos de interés en salud pública conforme a los protocolos del Instituto Nacional de Salud (INS). |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes de octubre, se realizaron atenciones en los microterritorios 09 y 05, pero no se identificaron ni se notificaron alertas en salud ni eventos de interés en salud pública conforme a los protocolos del Instituto Nacional de Salud (INS). |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias)* |
| No aplica |

| |
|---|
| |

| **OBLIGACIÓN No. 7** |
|---|
| Aplicar de manera permanente los enfoques de derechos, curso de vida, género, diferencial, étnico, intercultural e interseccional en todas las actuaciones. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes de octubre desde la modalidad de trabajo en casa, se tuvo en cuenta la aplicación permanente de los enfoques de derechos, curso de vida, género, diferencial, étnico, intercultural e interseccional en el desarrollo de las actividades y en el seguimiento a las acciones del (EBS) 005. Asimismo, se promovió el respeto por la diversidad cultural, las particularidades de cada comunidad y las necesidades de la población, procurando que las acciones realizadas estuvieran orientadas a garantizar una atención integral, equitativa, inclusiva y respetuosa de los derechos de todas las personas. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
|  |

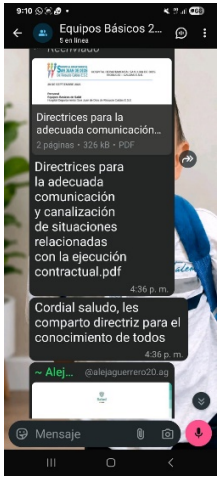
| **OBLIGACIÓN No. 8** |
|---|
| Brindar trato humanizado, con escucha activa, comportamiento ético, empático, asertivo, sin estigma ni discriminación. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| El equipo siempre busca alcanzar una atención incluyente, sin discriminación y acorde con las necesidades y contextos de la población, fortaleciendo la confianza y el trabajo conjunto con las comunidades. Aunque no se realizan encuestas de satisfacción, la población demostró su acogimiento y buena aceptación de la calidad humana y profesional del equipo. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta )* |



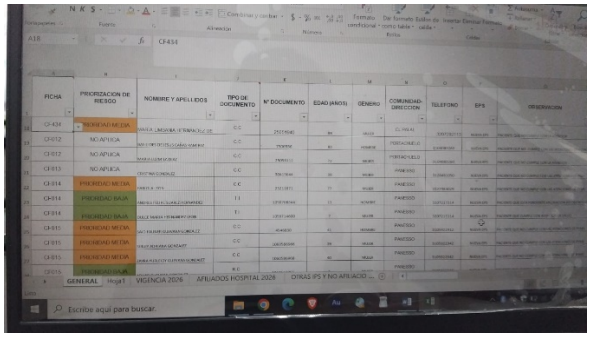

| **OBLIGACIÓN No. 9** |
|---|
| Participar en los espacios periódicos de análisis institucional, autoevaluación y coevaluación del EBS, así como en las mesas de trabajo mensuales lideradas por la entidad. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes no participé en los espacios de análisis institucional, autoevaluación y coevaluacion lideradas por la entidad, pero durante las mesas de trabajo el jefe del equipo nos comparte la información que requiere ser de conocimiento por nosotros. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
| No aplica |

| **OBLIGACIÓN No. 10** |
|---|
| Cumplir el plan de fortalecimiento de capacidades: procesos de inducción, reinducción semestral, actualización y supervisión técnica. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes de octubre se continuó con el fortalecimiento de capacitación por la Superintendencia Nacional de Salud en los derechos y deberes de los usuarios. En los encuentros que se realizan, siempre se busca fortalecer los procesos de inducción, reinducción, actualización y supervisión que ayuden a afianzar los conocimientos técnicos, operativos y normativos que se requieren implementar para el desarrollo de las funciones asignadas. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
| |




| **OBLIGACIÓN No. 11** |
|---|
| Guardar reserva y confidencialidad de la información sensible conforme a la Ley Estatutaria de Salud y a la Ley de Habeas Data (Ley 1581 de 2012). |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes, se hizo un manejo responsable, ético y confidencial de la información obtenida en las visitas, notas, planes de cuidado, siempre garantizando la reserva de los datos personales y sensibles. En todo momento se respetaron los principios de confidencialidad, privacidad y protección de datos personales, utilizando la información exclusivamente para el cumplimiento de las funciones asignadas, evitando su divulgación, uso indebido o acceso por personas no autorizadas. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |



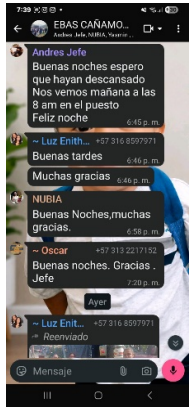
| **OBLIGACIÓN No. 12** |
|---|

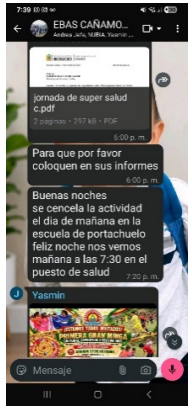
Articularse permanentemente con la coordinación del EBS, con los demás integrantes del equipo y con los actores de la Red Integral e Integrada de Salud con enfoque territorial.

**Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)*

En el mes de octubre, siempre fue evidente y constante la articulación con la coordinadora de EBS, ya sea para informar alguna situación, aclarar dudas o inquietudes, requerir o solicitar. Además, también se obtiene constante comunicación clara y asertiva con los integrantes del equipo de manera escrita o verbal. Con los actores de la Red Integral de Salud también se obtiene una articulación asistiendo a las reuniones, cumpliendo con las responsabilidades que asignen o trabajando de manera conjunta. Todas las anteriores articulaciones son parte fundamental para el cumplimiento de cada una de las metas y objetivos.

**Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)*




**OBLIGACIÓN No. 13**

Activar las rutas de atención y derivación sectorial e intersectorial cuando se identifiquen necesidades que trasciendan el sector salud.

**Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)*

Durante el mes de octubre, no se activaron rutas de atención, ya que en las visitas no se identificaron casos o necesidades que trascienden al sector de salud.

**Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)*

No aplica

**OBLIGACIÓN No. 14**

Realizar las acciones de cuidado de manera integrada e integral en los entornos hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional, trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones aisladas.

**Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)*

En octubre, se diseñó y se realizó el cronograma donde se evidencian las acciones de cuidado donde se integran los entornos hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional trabajando de manera individualizada desde capa ámbito con el fin de dar cumplimiento a las responsabilidades. Se tuvo en cuenta la necesidad de cada persona, familia o comunidad, para así crear la ruta de trabajo que se requiriera.

**Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)*

https://drive.google.com/file/d/11OwtWJnzDn8y8tg6dYTMcpW5aTJBWEHb/view?usp=sharing

**OBLIGACIÓN No. 15**

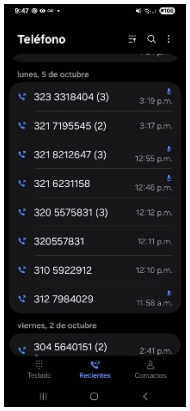
Promover y respetar la participación social, comunitaria y los acuerdos comunitarios suscritos.

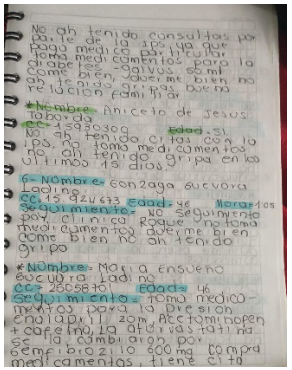
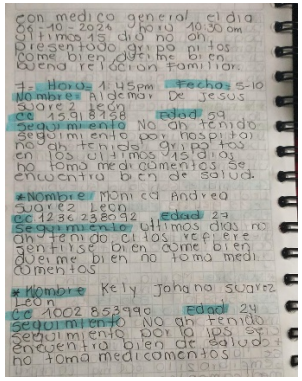
**Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)*

Desde la modalidad de trabajo en casa, se contribuyó al fortalecimiento de la participación social y comunitaria del (EBS) 005, mediante el apoyo y seguimiento a las actividades desarrolladas en las visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, jornadas de salud y encuentros comunitarios.

En el desarrollo de estas acciones, se tuvo en cuenta el respeto por los usos, costumbres y enfoques culturales propios de cada comunidad, así como el cumplimiento de los acuerdos comunitarios concertados al inicio de la vigencia con los entes gubernamentales. Asimismo, se destacó el acompañamiento de los cabildantes, quienes contribuyeron al fortalecimiento de la articulación institucional y de los canales de comunicación con las comunidades, favoreciendo la coordinación y el desarrollo de las actividades de acuerdo con las particularidades culturales y las necesidades de la población.

**Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)*



| **OBLIGACIÓN No. 16** |
|---|
| En territorios con presencia de pueblos y comunidades étnicas, respetar las cosmovisiones, autoridades tradicionales, sistemas de salud propios y los acuerdos de concertación documentados en actas. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante las llamadas en el mes de octubre , se recopiló información teniendo en cuenta y respetando las cosmovisiones propias de cada comunidad, así como el papel fundamental de las autoridades tradicionales en el fortalecimiento de la comunicación permanente con sus integrantes y en la preservación de sus sistemas de salud propios. En todo momento, el equipo mantuvo el compromiso de garantizar que las acciones realizadas en los pueblos y comunidades étnicas se llevaran a cabo con respeto por sus particularidades culturales y en cumplimiento de los acuerdos de concertación establecidos desde el inicio de la vigencia. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
|   |

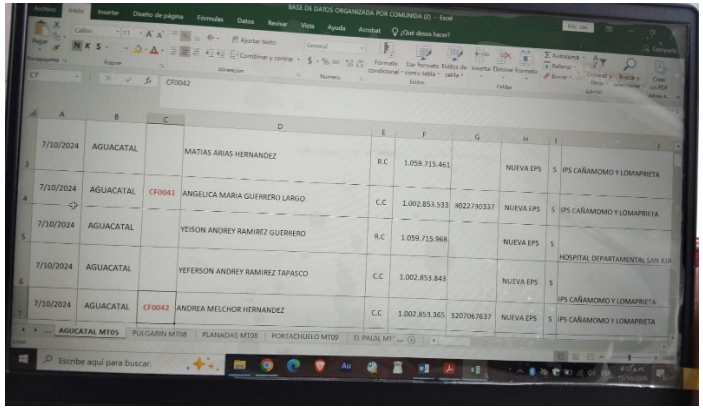
| **OBLIGACIÓN No. 17** |
|---|
| Cumplir los acuerdos comunitarios e institucionales suscritos para la operación del EBS. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes de octubre, el EBS 005 cumplió con los acuerdos comunitarios institucionales trabajando conjuntamente con los cabildantes a través de las jornadas de salud en las cuales se convocaba la comunidad con el fin de suplir las necesidades que se identificaron desde el inicio de las vigencias. Lo anterior se realizó también teniendo en cuenta los lineamientos de EBS y las particularidades de las comunidades que fueron comentadas por los entes gubernamentales en los encuentros. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
| |




| **OBLIGACIÓN No. 18** |
|---|
| Participar en jornadas de salud, brigadas extramurales e intervenciones colectivas cuando se requiera por la dinámica del territorio. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)*<br><br>¿?????? |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta )* |
| |

| **OBLIGACIÓN No. 19** |
|---|
| Atender los requerimientos de la coordinación del EBS, de la entidad territorial, de la EPS y del MSPS en lo que corresponda. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes de octubre, se dio cumplimiento a los lineamientos y requerimientos establecidos por la coordinación del EBS, la entidad territorial, la EPS y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), mediante la ejecución oportuna y responsable de las funciones y obligaciones asignadas a cada perfil del equipo. Asimismo, se mantuvo el compromiso con las orientaciones impartidas, promoviendo la articulación entre los diferentes actores del sistema de salud y asegurando el desarrollo adecuado y eficiente de las actividades programadas. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |

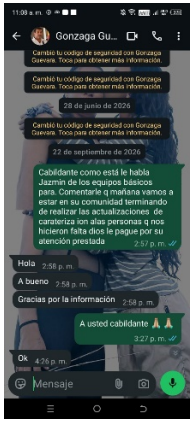
No hay evidencia

| **OBLIGACIÓN No. 20** |
|---|
| Velar por la coherencia de las historias clínicas y que las mismas concuerden con los procesos y procedimiento realizados en las vigencias anteriores de EBS cumpliendo con los protocolos de archivo definidos por la normatividad. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Se realizó desde casa la revisión y verificación documental de las historias clínicas correspondientes a las vigencias anteriores de los Equipos Básicos en Salud (EBS), con el fin de comprobar la coherencia entre la información registrada, los procesos desarrollados y los procedimientos realizados. A partir de este proceso, se efectuaron los ajustes necesarios en los datos que requerían corrección y se complementó la información faltante de algunas familias |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
|  |

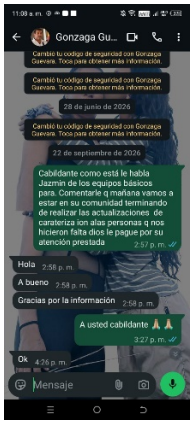
| **OBLIGACIÓN No. 21** |
|---|
| Servir de puente de articulación y diálogo entre el EBS y la comunidad, respetando las estructuras de gobierno propio. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Se brindó apoyomediante via telefonica a la articulación y el diálogo entre EBS y la comunidad, mediante la comunicación y el seguimiento con líderes comunitarios, con el propósito de facilitar el intercambio de información, identificar necesidades e inquietudes relacionadas con la atención en salud y canalizar las solicitudes ante el equipo. Durante este proceso se promovió el respeto por las autoridades tradicionales, el gobierno propio, los usos y costumbres de las comunidades. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta )* |



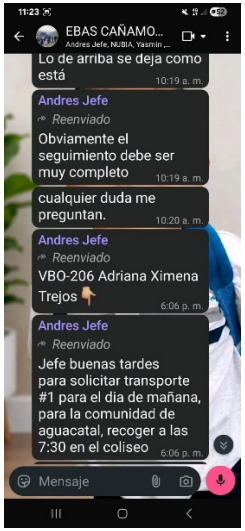
| **OBLIGACIÓN No. 22** |
|---|
| Facilitar el acercamiento cultural, la traducción de lenguas nativas u originarias y la mediación intercultural cuando se requiera. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| En esta fase se realizó el acercamiento cultural y la mediación intercultural socializando con mi equipo la cultura, identidad, costumbres, salud propia del territorio, pero por el momento no ha sido necesaria la traducción de lenguas nativas u originarias. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta )* |



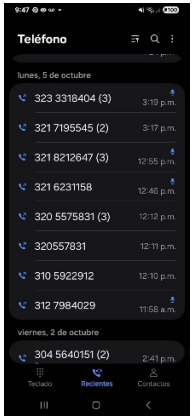

| **OBLIGACIÓN No. 23** |
|---|
| Apoyar la concertación de acuerdos comunitarios, la convocatoria a espacios de diálogo y la documentación de actas. |

| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
|---|
| Durante el mes de octubre , asumí y realicé una buena comunicación y coordinación asertiva entre el equipo EBS y las comunidades garantizando el respeto a la autonomía y las estructuras de gobierno propio. diálogo se hizo buena comunicación con las cabildantes para ubicar a las familias y así socializar un trabajo conjunto. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
|  |

| **OBLIGACIÓN No. 24** |
|---|
| Promover y fortalecer las prácticas propias de cuidado de la salud, el buen vivir y la armonía territorial. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Brinde el apoyó al fortalecimiento de las prácticas propias de cuidado de la salud, el buen vivir y la armonía territorial, mediante acciones de comunicación, difusión de mensajes educativos y articulación con líderes comunitarios y el EBS |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
| |

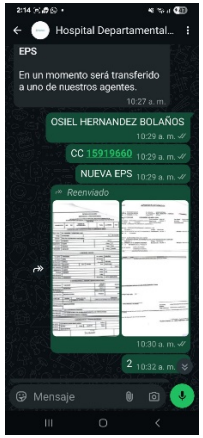



| **OBLIGACIÓN No. 25** |
|---|
| Apoyar la identificación de familias, autoridades tradicionales, parteras, sabedores y otros actores comunitarios clave. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Brinde el apoyó desde casa a la identificación y actualización de información de las familias, mediante la comunicación telefónica y la coordinación con líderes de la comunidad. Asimismo, se organizó la información recopilada para facilitar la articulación con EBS |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |




| **OBLIGACIÓN No. 26** |
|---|

| |
|---|
| Realizar Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC), identificando tempranamente situaciones de riesgo o eventos de interés en salud pública en el microterritorio. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| En este mes no se realizó identificación de situaciones de riesgo o eventos de interés en salud pública debido a que se estuvieron analizando todos la documentación 2024 – 2025. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta )* |
| No hay evidencia |

| **OBLIGACIÓN No. 27** |
|---|
| Acompañar a las familias en la activación de rutas de atención y derivación, especialmente para población con dificultades de acceso. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Desde casa, se brinda acompañamiento y orientación telefónica a las familias de los microterritorios para identificar necesidades de atención en salud, informar sobre las rutas de acceso a los servicios , para las personas con dificultades de acceso. Asimismo, se realiza seguimiento a los casos identificados y se registran las actividades desarrolladas, garantizando la confidencialidad de la información. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
|   |

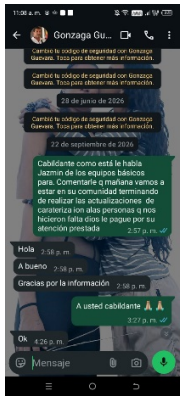
| **OBLIGACIÓN No. 28** |
|---|
| Participar en la educación para la salud, el diálogo de saberes y el fortalecimiento de redes familiares y comunitarias. |

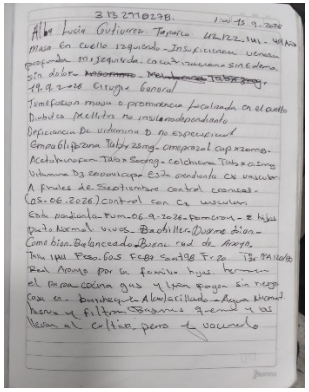
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
|---|
| Durante las llamadas , se les brindo  educación sobre hábitos saludables, entorno familiar, social, psicológico con el fin de promover conocimientos saludables, prevenir enfermedades en las familias, y crear un entorno armonioso que reduzca todos los posibles riesgos. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
|  |

| **OBLIGACIÓN No. 29** |
|---|
| Apoyar los procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y de fortalecimiento del tejido social. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Durante el mes de octubre no se realizaron procesos RBC ya que se hizo énfasis en análisis en documentación |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
| No hay evidencia |

| **OBLIGACIÓN No. 30** |
|---|
| Reportar la información comunitaria al EBS y a la coordinación para los análisis territoriales periódicos. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Desde casa se realizo  la recopilación, organización y reporte de información comunitaria mediante comunicación telefónica con lideres comunitarios Se identifico necesidades de salud, dificultades de acceso a los servicios las cuales fueron reportadas al líder del equipo. |

**Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)*



**OBLIGACIÓN No. 31**

Promover la participación social, el control ciudadano y la veeduría comunitaria sobre la operación del EBS.

**Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)*

Se cumplió la obligación desde casa con llamada telefónica promoviendo a la participación de la comunidad en las jornada de salud y fomentando en el equipo de trabajo el análisis de las bases de datos con criterios de transparencia y confidencialidad para así brindar a la población un trato humanizado, justo y de calidad durante la atención primaria.

**Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)*

**OBLIGACIÓN No. 32**

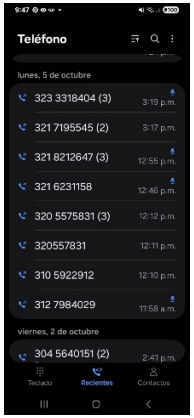
Acompañar el ingreso del EBS a los territorios, especialmente en zonas con conflicto armado o de difícil acceso, en coordinación con las autoridades locales.

**Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)*

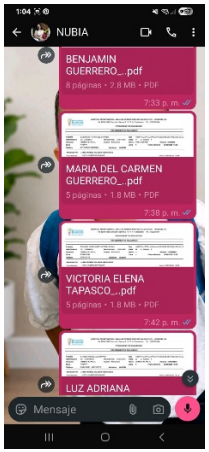
¿????????

**Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)*

No hay evidencia

| **OBLIGACIÓN No. 33** |
|---|
| Aportar al reconocimiento territorial, cartografía social y análisis cultural de los procesos de salud-enfermedad-cuidado. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| En el mes de octubre como gestora me contacte telefónicamente con autoridades comunitarias y familias para identificar necesidades de salud |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
|  |

| **OBLIGACIÓN No. 34** |
|---|
| El contratista deberá adherirse y cumplir con el Manual de Bioseguridad y el procedimiento de acceso seguro a vivienda en área rural y urbana establecido en la institución en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo –SGSST; el cual manifiesta conocer y aplicar a través de la firma de este documento. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| En todas las actividades realizadas durante el mes de octubre se tuvieron en cuenta los enfoques establecidos en el Manual de Seguridad y el procedimiento de acceso seguro a vivienda en área rural |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta y el número del anexo correspondiente)* |




| **OBLIGACIÓN No. 35** |
|---|
| EL CONTRATISTA autoriza que para efectos de notificación, información y cualquier comunicación, dispondrá del siguiente correo electrónico personal: natafgu@13gmail.com de modo que ello permita la celeridad en los procesos y procedimientos que deban realizarse. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Autorizo que el correo electrónico natafgu13@gmail.com sea usado para efectos de notificación, información y cualquier comunicación. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |
| No hay evidencia |

| **OBLIGACIÓN No. 36** |
|---|
| El contratista declara conocer el código de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción del Departamento Administrativo de la Función Pública adoptado por la Ley 2016 de 2020, el cual puede ser consultado en el link https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-integridad. |
| **Descripción de las actividades ejecutadas** *(indique qué hizo, dónde, cuándo, con quién y cuál fue el resultado)* |
| Se conoció el código de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción, ya que se realizó el curso en la página de la Función Pública. |
| **Soportes que se anexan** *(relacione las evidencias que adjunta)* |


Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

natalia fernanda guerrero uchima

C.C 1.059.712.755

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 16 de julio 2026

**Francisco Camargo Salas**
Director de Empleo Público

Código: 7611481146000

www.funcionpublica.gov.co

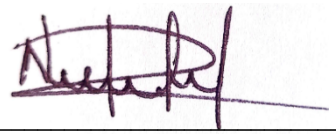
## III. OBSERVACIONES DEL CONTRATISTA

*Registre las novedades, dificultades, hechos relevantes o aclaraciones del período (situaciones de orden público, condiciones climáticas, cambios de programación, obligaciones no aplicables en el período y su justificación, entre otras).*

| |
|---|
| |
| |

## IV. DECLARACIÓN Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Declaro bajo la gravedad del juramento que la información consignada en el presente informe es veraz, que las actividades relacionadas fueron efectivamente ejecutadas durante el período de cobro en cumplimiento de las obligaciones contractuales, y que los soportes anexos son auténticos y corresponden a dichas actividades. Así mismo, manifiesto encontrarme al día en el pago de mis aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, cuya constancia adjunto.



Firma del contratista
Nombre: NATALIA FERNANDAGUERRERO UCHIMA
C.C. No.: 10597127755 de Riosucio Caldas

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1059712755 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | NATALIA FERNANDA GUERRERO UCHIMA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | RIOSUCIO | DEPARTAMENTO: | CALDAS |
| DIRECCIÓN: | CALLE 10 NO 7 31 | TELÉFONO: | 8590264 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de apoyo a la agricultura. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4669692680** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | octubre | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/10/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9998325933 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 280.200** | **$ 0** | **$ 280.200** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS041 | NUEVA EPS CM | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 218.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 218.900** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

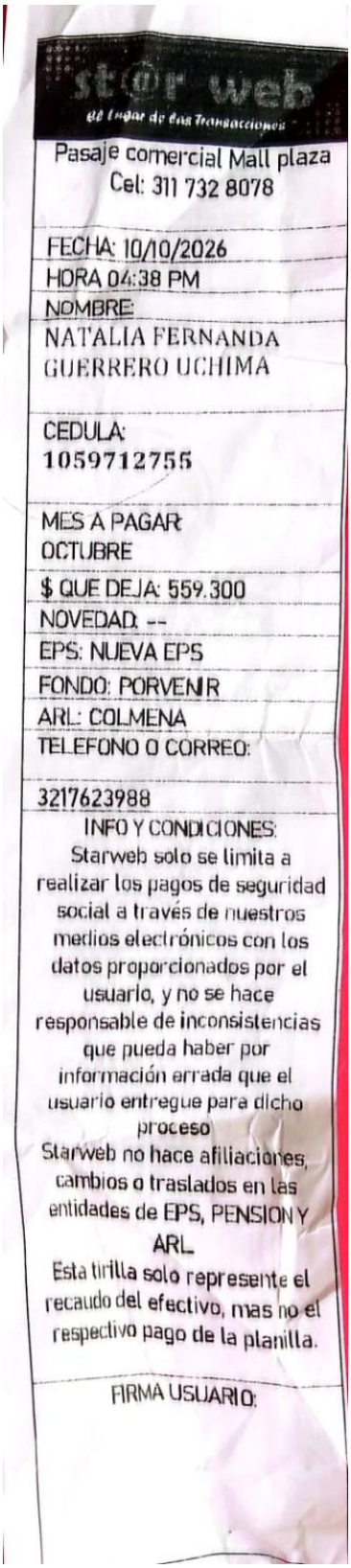
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 42.700 | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 42.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 42.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 42.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1059712755 | GUERRERO UCHIMA NATALIA FERNANDA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | NUEVA EPS CM | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.750.905 | 105971275 | $ 42.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 541.800**

Planilla Pagada



star web
El Lugar de tus Transacciones

Pasaje comercial Mall plaza
Cel: 311 732 8078

FECHA: 10/10/2026
HORA 04:38 PM
NOMBRE:
NATALIA FERNANDA
GUERRERO UCHIMA

CEDULA:
1059712755

MES A PAGAR
OCTUBRE
$ QUE DEJA: 559.300
NOVEDAD: --
EPS: NUEVA EPS
FONDO: PORVENIR
ARL: COLMENA
TELEFONO O CORREO:

3217623988

INFO Y CONDICIONES:
Starweb solo se limita a realizar los pagos de seguridad social a través de nuestros medios electrónicos con los datos proporcionados por el usuario, y no se hace responsable de inconsistencias que pueda haber por información errada que el usuario entregue para dicho proceso
Starweb no hace afiliaciones, cambios o traslados en las entidades de EPS, PENSION Y ARL.
Esta tirilla solo represente el recaudo del efectivo, mas no el respectivo pago de la planilla.

FIRMA USUARIO: