

 GOBERNACIÓN DEL TOLIMA	EJECUTOR		 el Tolima nos une
	SECRETARÍA DE SALUD		
	REPORTE DE INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO AL PDD Y A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN		

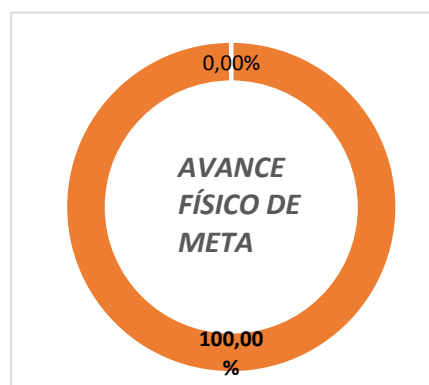
CÓDIGO PROYECTO:	2020004730030	SECTOR:	Salud y Protección Social
PROGRAMA PRESUPUESTAL:	Salud pública		
PROYECTO:	Desarrollo de estrategias para una comunidad mas sana y control de enfermedades transmisibles en el Tolima		
OBJETIVO:	Disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmisibles específicamente las Inmunoprevenibles, Endemo-epidemicas, Emergentes y reemergentes, en el Departamento del Tolima.		
CÓDIGO META	META	META PROGRAMADA	META EJECUTADA
EP1MP10	Implementar la estrategia de seguimiento al tratamiento de Tuberculosis en pacientes con Alto riesgo de abandono "ESTAR"	1	1

DATOS DE REPORTE			
RESPONSABLE DE PROYECTO	Jorge Bolivar	RESPONSABLE DE META	
		Jose Fair Alarcon Robayo	
RESPONSABLE DE CARGUE DE META		RESPONSABLE DE REPORTE	
		Liliana Martinez Casallas	
PERIODO DE CARGUE	1-mar.-2021	FECHA DE CARGUE	8-sep.-2021
	31-ago.-2021		

ACTIVIDADES

	Programado	Ejecutado	Avance
1 Estudio de contactos	47	47	100,00%
2 Soporte Nutricional	100%	50%	50,00%

AVANCE DE LAS ACTIVIDADES		AVANCE FÍSICO DE META	
Estudio de contactos		Atraso	0,00%
Soporte Nutricional		Avance Físico	100,00%
		AVANCE FINANCIERO DE PRODUCTO	
		Presupuesto Inicial	Presupuesto Ejecutado
		\$ 60.000.000	\$ 210.267.768
		Proporción de Ejecución	350,45%



FUENTES DE FINANCIACIÓN	PROPIOS		TRANSFERENCIAS		
Propios	LIBRE DESTINACIÓN	DESTINACIÓN ESPECÍFICA	SGP PROPÓSITO GENERAL	SGP SALUD, EDUCACIÓN Y SANEAMIENTO	SGP OTROS

Transferencias					109.353.168	
Regalías		REGALÍAS				
Otros		ASIGNACIONES DIRECTAS	INVERSIÓN REGIONAL	CIENCIA Y TECNOLOGÍA	ASIGNACIÓN PARA LA PAZ	ÁREAS AMBIENTALES
OTROS						
GESTIÓN	OBRAS POR IMPUESTOS	TRANSFERENCIAS	BIENES Y SERVICIOS	CRÉDITOS	FUNCIONAMIENTO	PLAN DEPARTAMENTAL DE AGUAS
		100.914.600				

EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
No.	OBJETO	Contratar la prestación de servicios de Apoyo a la gestión de un auxiliar de enfermería para fortalecer la estrategia de búsqueda activa de sintomatología respiratoria en grupos de riesgo definidos por el programa Nacional de Tuberculosis y seguimiento a pacientes con tuberculosis y lepra del Departamento del Tolima.” en desarrollo del proyecto “DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNIDAD MÁS SANA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL TOLIMA”.			
757					
CONTRATISTA	SARA MELISA SANCHEZ QUIROGA			VALOR	\$ 15.000.000
LINK DE ACCESO	https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE			AVANCE FÍSICO	100,00%
CDP	903	RP	2476	AVANCE FINANCIERO	66,00%

EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
No.	OBJETO	Contratar la prestación de servicios de Apoyo a la gestión de un auxiliar de enfermería para fortalecer la estrategia de búsqueda activa de sintomatología respiratoria en grupos de riesgo definidos por el programa Nacional de Tuberculosis y seguimiento a pacientes con tuberculosis y lepra del Departamento del Tolima.” en desarrollo del proyecto “DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNIDAD MÁS SANA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL TOLIMA”.			
768					
CONTRATISTA	CRISTIAN RENE MONROY CARMONA			VALOR	\$ 15.000.000
LINK DE ACCESO	https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE			AVANCE FÍSICO	100,00%
CDP	901	RP	2894	AVANCE FINANCIERO	66,00%

EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
No.	OBJETO	Contratar la prestación de servicios de Apoyo a la gestión de un auxiliar de enfermería para fortalecer la estrategia de búsqueda activa de sintomatología respiratoria en grupos de riesgo definidos por el programa Nacional de Tuberculosis y seguimiento a pacientes con tuberculosis y lepra del Departamento del Tolima.” en desarrollo del proyecto “DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNIDAD MÁS SANA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL TOLIMA”.			
832					
CONTRATISTA	LENY LIZETH NOVOA VARON			VALOR	\$ 15.000.000
LINK DE ACCESO	https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE			AVANCE FÍSICO	100,00%

CDP	899	RP	3099	AVANCE FINANCIERO	66,00%
-----	-----	----	------	-------------------	--------

EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
No.	OBJETO	Contratar la prestación de servicios de Apoyo a la gestión de un auxiliar de enfermería para fortalecer la estrategia de búsqueda activa de sintomatología respiratoria en grupos de riesgo definidos por el programa Nacional de Tuberculosis y seguimiento a pacientes con tuberculosis y lepra del Departamento del Tolima.” en desarrollo del proyecto “DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNIDAD MÁS SANA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL TOLIMA”.			
799					
CONTRATISTA	CARLOS ANDRES BORJA REYES			VALOR	\$ 15.000.000
LINK DE ACCESO	https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE			AVANCE FÍSICO	100,00%
CDP	894	RP	3019	AVANCE FINANCIERO	66,00%

EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
No.	OBJETO	CELEBRAR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON EL HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO TOLIMA PARA APOYAR A LA GESTIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA, MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE LAS FUNCIONES DE IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL Y ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR MICOBACTERIAS EN LOS CUARENTA Y SIETE (47) MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA			
1202					
CONTRATISTA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO			VALOR	\$241.914.600
LINK DE ACCESO	https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.PC.CNTR.2539928&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%2fCO1ContractsManagement%2fTendering%2fProcurementContractManagement%2fIndex&prevCtxLbl=Contratos+			AVANCE FÍSICO	10,00%
CDP	1697 - 2030	RP	5138 - 5139	AVANCE FINANCIERO	0,00%

FOCALIZACIÓN REGIONAL

Ibagué	Anzoátegui	Carmen de Apicalá	Coyaima	Falan	Herveo	Líbano
Alpujarra	Armero	Casabianca	Cunday	Flandes	Honda	Mariquita
Alvarado	Ataco	Chaparral	Dolores	Fresno	Icononzo	Melgar
Ambalema	Cajamarca	Coello	Espinal	Guamo	Lérida	Murillo
Natagaima	Planadas	Roncesvalles	San Luis	Venadillo	Municipio con Mayor Inversión	
Ortega	Prado	Rovira	Santa Isabel	Villahermosa		
Palocabildo	Purificación	Saldaña	Suárez	Villarrica	Inversión Máx	

Piedras	Rioblanco	San Antonio	Valle de S. Juan	Tolima	Inversión Promedio	
				60000000		

EVIDENCIAS

Asistencias Técnicas/ Visitas/ Inspecciones.						
Fecha	Medio	Asunto	Participantes	Soporte		
1/3/21 al 31/8/21	Presencial y Virtual	Seguimiento individualizado a casos con Tuberculosis en rieago de no adherencia en municipios priorizados	SARA MELISA SANCHEZ	Actas de Visita inicial, formatos de seguimiento- Tarjetas de tratamiento y Registros Fotográficos		
1/3/21 al 31/8/21	Presencial y Virtual	Seguimiento individualizado a casos con Tuberculosis en rieago de no adherencia en municipios priorizados	CARLOS ANDRES BORJA	Actas de Visita inicial, formatos de seguimiento- Tarjetas de tratamiento y Registros Fotográficos		
1/3/21 al 31/8/21	Presencial y Virtual	Seguimiento individualizado a casos con Tuberculosis en rieago de no adherencia en municipios priorizados	CRISTIAN RENE MONROY	Actas de Visita inicial, formatos de seguimiento- Tarjetas de tratamiento y Registros Fotográficos		
1/3/21 al 31/8/21	Presencial y Virtual	Seguimiento individualizado a casos con Tuberculosis en rieago de no adherencia en municipios priorizados	LENY LIZETH VARON	Actas de Visita inicial, formatos de seguimiento- Tarjetas de tratamiento y Registros Fotográficos		

PRESENCIA TERRITORIAL

Ibagué	Anzoátegui	Carmen de Apicalá	Coyaima	Falan	Herveo	Líbano
Alpujarra	Armero	Casabianca	Cunday	Flandes	Honda	Mariquita
Alvarado	Ataco	Chaparral	Dolores	Fresno	Icononzo	Melgar
Ambalema	Cajamarca	Coello	Espinal	Guamo	Lérida	Murillo
Natagaima	Planadas	Roncesvalles	San Luis	Venadillo		
Ortega	Prado	Rovira	Santa Isabel	Villahermosa		
Palocabildo	Purificación	Saldaña	Suárez	Villarrica		
Piedras	Rioblanco	San Antonio	Valle de S. Juan	Tolima		

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO

Contrato Interadministrativo No.	1202	Fecha:	25 DE MAYO DE 2021
Entidad contratante:	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA		
Nit:	800113672-7		
CONTRATISTA:	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO TOLIMA		
Identificación:	890-701-010-1		
Representante Legal	SANDRA PATRICIA CALDERON MAYORQUIN.		
C.C. No.:	65706808 DE ESPINAL.		
Entre los suscritos a saber: EL GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA, con NIT. 800.113.672-7 representado por JORGE LUCIANO BOLIVAR TORRES, en calidad de Secretario SALUD, de conformidad con el Decreto N°. 1066 del 18 de noviembre de 2020, delegado por el Gobernador para ejercer la función de Ordenador del Gasto, en nombre del Departamento del Tolima, de conformidad con el Decreto N°. 0850 del 31 de agosto de 2020, quien se denominará, EL DEPARTAMENTO, por una parte y por la otra HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO TOLIMA con NIT N° 890-701-010-1, representado legalmente por SANDRA PATRICIA CALDERON MAYORQUIN, en calidad de Gerente, nombrado mediante Decreto No. 48 del 01 de ABRIL de 2020, quien declara hallarse sin inhabilidades e incompatibilidades conforme al artículo 8 de la ley 80 de 1993, adicionado artículo 18 de la ley 1150 de 2007 y quien en adelante se denominará el CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente Contrato, el cual se regirá por las siguientes:			
CLÁUSULAS:			
1) Objeto:	“CELEBRAR CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON EL HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO TOLIMA PARA APOYAR A LA GESTIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA, MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE LAS FUNCIONES DE IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL Y ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR MICOBACTERIAS EN LOS CUARENTA Y SIETE (47) MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA.		
2) Plazo:	DOSCIENTOS (200) días calendario, contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo perfeccionamiento y legalización del acto contractual.		
3)Lugar de ejecución:	Departamento del Tolima		
4) Obligaciones:	Obligaciones generales y específicas del contratista: Dentro de las actividades que desarrollara la prestación de servicios se encuentran las siguientes: 1. Fortalecer las acciones de asistencia técnica del programa de Micobacterias (Tuberculosis) en Municipios, IPS y EAPB del Tolima. 2. Apoyar los procesos de generacion del conocimiento según los lineamientos del Ministerio de Salud y protección social 3. Apoyar el fortalecimiento de la capacidad de la red de laboratorios de Tuberculosis 4. Apoyar el abordaje programático de poblaciones especiales y grupos étnicos para el control de la Tuberculosis.		

5. Apoyar en la realización de estudios de contactos en coordinación con Vigilancia en Salud Pública de la entidad territorial Y en el funcionamiento del sistema de información de TB (recopilar, consolidar, procesar y cruzar).
6. Apoyar la Estrategia de Seguimiento al Tratamiento de Tuberculosis en pacientes con Alto Riesgo de abandono "ESTTAR".
7. Facilitar el talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo acordado para la ejecución de las intervenciones contratadas.
8. EL CONTRATISTA deberá abrir una cuenta bancaria de ahorros a nombre del mismo y del Departamento del Tolima, para el manejo exclusivo de los recursos del presente contrato, dentro de los tres (03) días siguientes al acta de Inicio y hasta la firma del acta de liquidación del Contrato, EL CONTRATISTA deberá informar al supervisor del contrato el número de la cuenta.
9. Mantener continua comunicación con el Programa de Mycobacterias de la Secretaría de salud Departamental y acatar sus directrices técnicas en materia de la ejecución de las actividades contratadas.
10. Guardar la suficiente reserva sobre la información que se obtenga en desarrollo de las actividades realizadas.
11. Ejecutar y responder directamente por el desarrollo de las actividades contratadas, según las condiciones técnicas, lineamientos y metas definidas por la Secretaría de Salud del Tolima.
12. Disponer de áreas de trabajo con las condiciones físicas y sanitarias necesarias para que el talento humano que ejecuta las acciones de intervenciones colectivas planee, monitoree y evalúe los resultados de las mismas.
13. Presentar informes mensuales de ejecución técnica y financiera a la entidad territorial con la periodicidad que se acuerde de manera conjunta entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera.
14. Garantizar el desarrollo de un proceso de veeduría ciudadana en la ejecución de intervenciones colectivas y documentar e implementar un proceso para la rendición de cuentas.
15. Participar en los espacios de análisis y de trabajo convocados por la entidad territorial.
16. Las demás que resulten de la ejecución del contrato.

PARÁGRAFO: De acuerdo a lo establecido en el anexo técnico adjunto.

OBLIGACIONES GENERALES:

1. Firmar el acta de iniciación de común acuerdo con el supervisor del acto contractual una vez legalizado y perfeccionado el presente contrato de prestación de servicios.
2. Constituir, ampliar, prorrogar o modificar las garantías en el evento en que se aumente el valor del contrato, se prorrogue su vigencia o se modifiquen sus condiciones. Así mismo, EL CONTRATISTA debe reponer las garantías cuando el valor de las mismas se vea afectado por razón de siniestros. De lo anterior el contratista debe comunicar a la compañía de seguros.
3. Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y para fiscales de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018 y demás normatividad vigente.
4. Presentar informe al supervisor técnico del contrato, sobre el cumplimiento de

	las obligaciones, para la realización del respectivo pago. - Suscribir acta de liquidación previa terminación del presente contrato y de informe final de ejecución, avalado por el supervisor del acto contractual. - Entregar informes de ejecución técnico financiero periódicos a la supervisora del contrato en medio físico y magnético, de las actividades realizadas con los respectivos soportes como Planillas de asistencias, actas de visita debidamente diligenciadas y sistematizadas en la base de datos asignada, fotos debidamente documentadas. PARAGRAFO: <i>Por parte de la Supervisión se podrán solicitar informes extraordinarios de ejecución cuando alguna situación especial lo amerite.</i> - Ejecutar y responder directamente por el desarrollo de las actividades contratadas, según lo establecido en el Anexo Técnico de la resolución N0. 518 de 2015, y las condiciones técnicas, lineamientos y metas definidas por la entidad contratante en las presentes condiciones. - Garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo acordado y cumplir con los criterios del artículo 18 de la resolución No. 518 de 2015, para la ejecución de las intervenciones contratadas. - Identificar adecuadamente al personal que ejecute las actividades del presente contrato. - Destinar y manejar los recursos destinados en una cuenta bancaria exclusiva hasta la firma de la liquidación del convenio o contrato, los recursos allí depositados sólo podrán ser utilizados para el desarrollo y pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas de acuerdo a las necesidades del departamento y a las instrucciones que se impartan por la Secretaría de Salud del Tolima. - Cumplir con las obligaciones frente al sistema de Seguridad Social Integral y los aportes parafiscales. (Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007).
5) Valor:	El valor total del Contrato Interadministrativo es de DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES, NOVECIENTOS CATORCE MIL, SEISCIENTOS PESOS (\$241.914.600) MONEDA CORRIENTE Y LEGAL.
6) Forma Desembolso:	- Un pago ANTICIPADO, por el 30% del valor del contrato, con la presentación de Copia del Acta de Iniciación de ejecución del contrato, cronograma de actividades y actas de concertación con visto bueno del supervisor. - Un Primer pago, por el 60% del valor del contrato y el 50% de avance de las actividades realizadas - Un pago final a la suscripción del acta de liquidación, cuyo valor será la diferencia entre el valor de las actividades ejecutadas por el Hospital menos el valor pagado hasta ese momento por el Departamento, REQUISITOS PARA PAGO: Copia del Acta de Iniciación de ejecución del contrato. Certificación de Paz y Salvo de pago de aportes al Régimen de Seguridad Social y Parafiscales, suscrita por el Revisor Fiscal, ó el Representante Legal del Hospital. Presentar cronograma de actividades y actas de concertación con visto bueno del supervisor. Informe técnico-financiero, Presentación de extracto bancario y acta de

	recibo final. PARAGRAFO PRIMERO: los dineros girados por la administración Departamental no podrán invertirse si no en la ejecución del objeto del presente contrato de conformidad con lo presentado en la propuesta y no podrán destinarse a la especulación económica ni distraerse en el pago de obligaciones diferentes a las requeridas por los mismos trabajos. En ningún caso podrán incluirse entre tales gastos los correspondientes al perfeccionamiento y/o legalización del contrato. Los dineros que se entreguen AL CONTRATISTA conservan los dineros de fondos públicos y su mal manejo, el cambio de destinación o su apropiación indebida darán lugar a las acciones legales correspondientes y a ser efectivas las garantías. PARAGRAFO SEGUNDA: Los pagos del Contrato Interadministrativo están sujetos a la disponibilidad del Plan Anual de Cuentas PAC. PARAGRAFO TERCERO: EL CONTRATISTA deberá abrir una cuenta bancaria de ahorros a nombre del mismo y del Departamento del Tolima, para el manejo exclusivo de los recursos del presente contrato, dentro de los tres (03) días siguientes al acta de Inicio y hasta la firma del acta de liquidación del Contrato, EL CONTRATISTA deberá informar al supervisor del contrato el número de la cuenta. PARAGRAFO CUARTO: Los dineros que no se ejecuten y los rendimientos financieros generados por la cuenta de ahorros deberán ser entregados por EL CONTRATISTA a la Tesorería del Departamento del Tolima, antes de la liquidación del contrato con base en la certificación expedida por la entidad financiera.
7) Imputación Presupuestal	El DEPARTAMENTO pagará el gasto que ocasione el presente Contrato con cargo a la identificación presupuestal: 05-3-61115-0633 Concepto: Desarrollo de Estrategias para una comunidad más sana y control de enfermedades transmisibles en el Tolima. BPIN: 2020004730030, Certificado de <u>disponibilidad presupuestal</u> No. 1697, expedido por el Director Financiero de Presupuesto. El DEPARTAMENTO pagará el gasto que ocasione el presente Contrato con cargo a la identificación presupuestal: 05-3-61112-0505 Concepto: Desarrollo de Estrategias para una comunidad más sana y control de enfermedades transmisibles en el Tolima. BPIN: 2020004730030 Resolución 270 de 2021 MSPS., Certificado de <u>disponibilidad presupuestal</u> No. 2030, expedido por el Director Financiero de Presupuesto.
8) Supervisor:	La vigilancia, seguimiento y verificación técnica, administrativa y contable de la ejecución y cumplimiento del presente Contrato Interadministrativo será ejercida por JOSE FAIR ALARCON ROBAYO - Profesional Universitario de la Secretaria de Salud de la Gobernación del Tolima, o quien haga sus veces de conformidad con lo establecido en el Manual de Contratación del Departamento del Tolima y las demás normas que lo aclaren, modifiquen o sustituyan. PARÁGRAFO PRIMERO. El supervisor tendrá (Además de las establecidas en el Manual de Contratación) las siguientes funciones: 1. La vigilancia y control de la ejecución del Contrato. 2. Hacer recomendaciones y sugerencias al CONTRATISTA con respecto a la ejecución del Contrato. 3. Expedir certificación de cumplimiento a satisfacción de las actividades, si fuere el caso. 4. Corroborar que el CONTRATISTA se encuentre al día y acredite el cumplimiento de las obligaciones del Sistema de Seguridad Social y parafiscales. 5. Remitir al archivo del Grupo de Contratación toda la documentación en original que se genere en relación con el Contrato en todas sus etapas: Precontractual, Contractual y

	Post-contractual. PARAGRAFO SEGUNDO. Las divergencias que ocurran entre el Supervisor y el CONTRATISTA o su representante serán dirimidas por el DEPARTAMENTO, cuya decisión será definitiva.																				
9) Garantías	El CONTRATISTA se obliga para con el Departamento a allegar póliza única de cumplimiento expedida por una compañía de seguros legalmente establecida en el país que ampare los siguientes riesgos:																				
	<table><tr><th>COBERTURA EXIGIBLE</th><th>SI</th><th>NO</th><th>CUANTÍA</th><th>VIGENCIA</th></tr><tr><td>Cumplimiento general del contrato</td><td>X</td><td></td><td>Diez (10%) por ciento del valor total del contrato</td><td>Duración del contrato y hasta (06) meses más</td></tr><tr><td>Salarios, prestaciones e indemnizaciones</td><td>X</td><td></td><td>Cinco por ciento (5%) del valor total del contrato</td><td>Duración del contrato y hasta (03) años mas</td></tr><tr><td>Buen manejo y correcta inversión del pago anticipado</td><td>X</td><td></td><td>Por el cien por ciento (100%) del monto dado en pago anticipado</td><td>Durante la ejecución del contrato y seis (6) meses mas</td></tr></table>	COBERTURA EXIGIBLE	SI	NO	CUANTÍA	VIGENCIA	Cumplimiento general del contrato	X		Diez (10%) por ciento del valor total del contrato	Duración del contrato y hasta (06) meses más	Salarios, prestaciones e indemnizaciones	X		Cinco por ciento (5%) del valor total del contrato	Duración del contrato y hasta (03) años mas	Buen manejo y correcta inversión del pago anticipado	X		Por el cien por ciento (100%) del monto dado en pago anticipado	Durante la ejecución del contrato y seis (6) meses mas
	COBERTURA EXIGIBLE	SI	NO	CUANTÍA	VIGENCIA																
	Cumplimiento general del contrato	X		Diez (10%) por ciento del valor total del contrato	Duración del contrato y hasta (06) meses más																
	Salarios, prestaciones e indemnizaciones	X		Cinco por ciento (5%) del valor total del contrato	Duración del contrato y hasta (03) años mas																
Buen manejo y correcta inversión del pago anticipado	X		Por el cien por ciento (100%) del monto dado en pago anticipado	Durante la ejecución del contrato y seis (6) meses mas																	
PARAGRAFO SEGUNDO. De conformidad con el Decreto 1082 del de 2015, y demás normas que aclaren, sustituyan o modifiquen, CONTRATISTA deberá ampliar la vigencia de la póliza de cumplimiento hasta el momento de la liquidación del Contrato.																					
PARAGRAFO TERCERO. De no liquidarse el Contrato de común acuerdo, dentro de los cuatro meses siguientes a la terminación del plazo estipulado en el mismo, deberá EL SUPERVISOR solicitar al HOSPITAL la ampliación del término de vigencia de la póliza, hasta el momento de la liquidación del acto contractual.																					
10) Causales de Terminación:	El Contrato también podrá terminarse por cualquiera de los siguientes eventos: i) por acuerdo de las partes; ii) por vencimiento del plazo; iii) por caso fortuito o fuerza mayor.																				
11) Suspensión temporal del Contrato	Sólo en eventos de fuerza mayor, caso fortuito o mutuo acuerdo de las partes podrán suspender la ejecución del Contrato. Este hecho, previo concepto del supervisor, se hará constar en acta que suscribirá CONTRATISTA y el supervisor con el visto bueno del ordenador del gasto.																				
12) Cesión:	El CONTRATISTA, sólo podrá ceder el presente Contrato mediante Contrato de cesión celebrado con el cesionario, previa autorización expresa y escrita del DEPARTAMENTO, la cual requerirá concepto previo del supervisor y mediante acto administrativo motivado se comunicará a la compañía de seguros garante del Contrato.																				
13) Multas:	En caso de mora o de incumplimiento parcial de las obligaciones a cargo de CONTRATISTA, las partes pactan, mediante el presente documento efectuar la liquidación de multas diarias sucesivas del 1% del valor total del Contrato, sin que éstas sobrepasen del 10% del valor total del mismo. El pago se ajustará al procedimiento legal establecido para tal fin; si ello no fuere posible, su cobro podrá efectuarse con cargo a la garantía de cumplimiento. De las multas y demás sanciones impuestas por el Departamento se informará a la Cámara de Comercio y a la Procuraduría General de la Nación. PARAGRAFO. La exigibilidad de las multas no exonerará al HOSPITAL del cumplimiento de sus obligaciones contractuales hasta la terminación del Contrato.																				

14) Modificaciones, prorrogas, adiciones, terminación anticipada	De acuerdo a lo establecido en el decreto departamental 811 de 2017, toda solicitud de este tipo será tramitada por la dependencia respectiva y con la revisión de la Dirección de contratación, previa solicitud escrita ya sea por el supervisor o interventor con el visto bueno del secretario o director interesado y ordenador del gasto acompañada de los soportes indicados en los cuales se conceptúe en la necesidad y conveniencia y con la debida antelación al vencimiento del plazo de ejecución
15) Ausencia de relación laboral	El presente Contrato no genera relación laboral alguna entre el Departamento y CONTRATISTA y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales y de ningún tipo de emolumentos distintos al valor acordado en la cláusula quinta.
16) Liquidación del Contrato	El presente Contrato se liquidará de común acuerdo por las partes dentro de los seis (6) meses contados a partir de su finalización o de la expedición del acto administrativo que ordene su terminación o de la fecha del acuerdo que lo disponga, para lo cual el supervisor preparará el acta correspondiente. PARÁGRAFO PRIMERO. El Supervisor verificará el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 durante la vigencia del Contrato por parte del CONTRATISTA. PARAGRAFO SEGUNDO. Si CONTRATISTA no se presenta a la liquidación previa notificación de la Secretaría ejecutora o las partes no llegan acuerdo sobre el contenido de la misma dentro del plazo establecido en la presente cláusula, la liquidación será practicada directa y unilateralmente por la entidad dentro de los dos (2) meses siguientes y se adoptará por acto administrativo motivado susceptible del recurso de reposición.
17) Inhabilidades e Incompatibilidades	El CONTRATISTA afirma bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la suscripción del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades y demás prohibiciones previstas para contratar en la Constitución Política, artículo 8° de la Ley 80 de 1993 y demás disposiciones aplicables y que si llegaren a sobrevenir durante la ejecución del Contrato se dará aplicación a lo dispuesto por el artículo 9° de la misma ley.
18) Cláusula penal:	En caso de incumplimiento total de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, éste deberá pagar a título de cláusula penal pecuniaria, un valor equivalente al diez por ciento (10%) del valor del Contrato, el cual se podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo.
19) Mecanismos de solución de controversias contractuales	Las controversias que surjan durante la ejecución del objeto contractual se solucionarán preferiblemente mediante los mecanismos de arreglo directo y conciliación previstos en la Ley 80 de 1993 y normas que la modifiquen o adicionen.
20) Documentos integrantes del Contrato:	Forman parte integrante de éste Contrato los siguientes documentos: 1- Los documentos que soportan el proceso pre-contractual. 2- Todas las modificaciones, adiciones o aclaraciones que se expidan con posterioridad. 3- Los documentos necesarios para la legalización que se elaboren. 4- Los documentos que soporten la ejecución del mismo. 5- El acta de liquidación bilateral o acto administrativo de liquidación unilateral según sea el caso.
21) Requisitos de perfeccionamiento y ejecución:	El presente Contrato se perfecciona con la suscripción de las partes, y para su ejecución se requiere: A) Registro presupuestal. B) Constitución de garantía y posterior aprobación por parte de la Dirección de Contratación del Departamento. PARAGRAFO PRIMERO: El presente acto contractual está exento de estampillas de conformidad con las disposiciones departamentales vigentes.

22) Indemnidad:	De conformidad con el Decreto 1082 de 2015 y demás normas que aclaren, sustituyan o modifiquen, CONTRATISTA acuerda y se obliga en forma irrevocable a mantener al DEPARTAMENTO libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes, en desarrollo del objeto contractual.
23) Acta de inicio	El acta de inicio será suscrita por el supervisor y CONTRATISTA dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de legalización del Contrato.
24) Legislación aplicable:	Para todos los efectos, el presente Contrato se regirá por la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, la Ley 1474 de 2011, y demás normas que la modifiquen, y adicionen.
25) Domicilio contractual:	EL DEPARTAMENTO Y CONTRATISTA, acuerdan que para todos los efectos legales que se deriven del presente Contrato como domicilio contractual, la ciudad de Ibagué.
26) Declaraciones:	Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente Contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya interpretación se sustentará en el principio de la autonomía de la voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del Código Civil Colombiano.
27) Notificaciones:	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en virtud de la relación contractual constarán por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones indicadas a continuación: i) Por parte de Gobernación del Tolima, Carrera 3 entre Calle 10 y 11, Piso 2 correo electrónico: direccioncontratacion@tolima.gov.co , ii) Al CONTRATISTA, en el correo electrónico: informes@hospitalsantabarbara.gov.co
Elaboró: Carolina Mosos – Abogada Especializada Dirección de Contratación.	
Revisó: Dra. Kateryne León Miranda – Directora de Contratación.	

OBLIGACION 1

**APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ESTRATEGIA TDO EN LOS PACIENTES
ASIGNADOS CORRESPONDIENTES A HABITANTES DE CALLE Y COINFECCION
TB/VIH EN LOS MUNICIPIOS DE RESIDENCIA DE CADA CASO.**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible para conocer el caso.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M ☐ F ☒ 1.2 Edad: 30 1.3 Nombre y apellidos: NUEY ALEYDA RAMIREZ R 1.4 Tipo de documento de identidad: CC ☒ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP ☐ Otro ☐

1.5 Número de identificación: 1006003802 1.6 Ocupación: HOGAR 1.7 Etnia: Indígena ☐ Afrocolombiano ☐ Raizal ☐ Rrom gitano ☐ Si es indígena indique el pueblo _____

1.8 Escolaridad: Sin escolaridad ☐ Primaria ☐ Bachillerato ☒ Técnico ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ 1.9 Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre ☒ Otro ☐ 1.10 Departamento/Distrito: Tolima

1.11 Dirección de residencia: CL 1 N° 377 1.12 Municipio: GUAMO 1.13 Localidad/comuna/vereda: B1 CARMEN. 1.14 Barrio: 1.15 Área geográfica: Zona Urbana ☒ Rural ☐ Rural dispersa ☐

1.16 Tipo de vivienda: Casa ☒ Apartamento ☐ Albergue ☐ Centro Protección ☐ Ninguna ☐ 1.17 Tipo de trabajo: Empleado ☐ Independiente ☐ Desempleado ☐ 1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo ☒ Subsidiado ☐ No asegurado ☐ Régimen Especial ☐

1.19 Nombre de la EAPB: FAMISAMEL 1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad ☐ habitante de calle ☐ migrante ☐ trabajador de la salud ☐ desplazado ☐ persona con discapacidad ☐ desmovilizado ☐ víctima del conflicto ☐ madres comunitarias ☐ población LGBTI ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____

1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 ☐ 2-3 ☐ 4-6 ☒ >6 ☐ 1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? Hacinamiento Sí ☐ No ☐ Falta ventilación Sí ☐ No ☐ Iluminación Sí ☐ No ☐ 1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 ☐ 1 ☒ 2-3 ☐ 4-6 ☐ >6 ☐ 1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz ☒ agua ☒ alcantarillado ☐ gas ☐ internet ☒ televisión ☒ teléfono ☒ recolección de basuras ☒

1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene ☒ < 1 SMLMV ☐ 2-3 SMLMV ☐ > 4 SMLMV ☐ 1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ >4 ☐ 1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí ☐ No ☒

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar ☒ Extrapulmonar ☐ Meningea ☐ Especifique la localización extrapulmonar: _____ 2.2 Condición de ingreso: Nuevo ☒ Recaída ☐ Fracaso ☐ Recuperado tras pérdida ☐ Otro ☐

2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí ☐ No ☐ Prueba Molecular: Sí ☐ No ☐ Baciloscopia: Sí ☒ No ☐ Radiografía de tórax: Sí ☐ No ☐ Diagnóstico clínico: Sí ☐ No ☐ 2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐ Contaminado ☐ Prueba molecular: No detectado ☐ Detectado ☐ No interpretable ☐ Resistente a: rifampicina ☐ isoniacida ☐ quinolonas ☐ aminoglucósidos ☐ Baciloscopia: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☒ NR ☐

2.5 Tipo de caso: TB Sensible ☒ TBMDR/RR ☐ TB Mono ☐ TBXDR ☐ 2.6 Fecha de diagnóstico: (dd/mm/aa) _____

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se diligencia previo a la visita a partir de la ficha de tratamiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: 28/07/21 3.2 Fecha de inicio 1 Fase: 29/07/21 3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa) _____

3.4 Tipo de tratamiento prescrito en el momento de la visita: Estandarizado TB MDR/RR Sí ☐ No ☐ Individualizado TB MDR/RR Sí ☐ No ☐ Estandarizado TBXDR Sí ☐ No ☐ Individualizado TBXDR Sí ☐ No ☐ Estandarizado RHZE Sí ☒ No ☐ Individualizado RHZE Sí ☐ No ☐ Estandarizado RHZE y Lfx Sí ☐ No ☐ 3.5 Dosis de tratamiento completado a la fecha de la visita: 1ª visita (dd/mm/aa) fase I ☒ fase II ☐ dosis: 8 2ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐ dosis: 3 3ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐ dosis: 3 4ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐ dosis: 3 3.6 Comorbilidades/factores de riesgo: VIH Sí ☐ No ☒ Diabetes Sí ☒ No ☐ Cáncer Sí ☐ No ☒ EPOC Sí ☐ No ☒ Enf. Renal Sí ☐ No ☒ Enf. Hep Sí ☐ No ☒ Desnutrición Sí ☐ No ☒ Enf. Mental. Sí ☐ No ☒ Alcoholismo Sí ☒ No ☐ Tabaquismo Sí ☐ No ☒ Consumo psicoactivo Sí ☐ No ☒ Otra ☐ ¿Cuál? _____

3.6 Acceso a controles médicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

1 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

3 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

5 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

Controles adicionales para TF FR:

Sí ☐ No ☐ NR ☐ Incompletos ☐

3.7 Acceso a controles de enfermería a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

1 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

2 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

3 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

4 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

5 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

6 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

Controles adicionales para TF

FR:

Sí ☐ No ☐ NR ☐

Incompletos ☐

No aplica ☐

3.8 Acceso a controles bacteriológicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

Al finalizar fase intensiva:

Sí ☐ No ☐ positivo ☐ negativo ☐

No reporta ☐

En la mitad de la fase de continuación

Sí ☐ No ☐ positivo ☐ negativo ☐

No reporta ☐

Al finalizar el tratamiento:

Sí ☐ No ☐ positivo ☐ negativo ☐

No reporta ☐

3.9 Acceso a controles de nutrición a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

1 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

3 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

5 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

6 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

3.10 Acceso a controles de psicología a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

1 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

3 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

5 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

6 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

3.11 Acceso a valoración trabajo social a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

Antes de iniciar el tratamiento

Sí ☐ No ☐ Incompletos ☐

Controles adicionales para TF FR: Sí ☐ No ☐

No aplica ☐ incompletos ☐

3.12 Reacciones adversas durante el tratamiento:

Ninguna ☐ Alergia ☐ Prurito ☐ Intolerancia gástrica ☐ ictericia ☐

Nauseas ☐ Vómito ☐ Alteración visual ☐ Alteración auditiva ☐ Otro ☐

¿Cuál? _____

3.13 ¿Recibe tratamiento ARV?

Sí ☐ No ☐ No registra ☐ No aplica ☐

3.14 ¿Recibe trimetoprim sulfá?

No ☐ No registra ☐ No aplica ☐

3.15 Modalidad de tratamiento observado TDO:

TDO en IPS ☒ TDO en comunidad ☐ TDO domiciliario ☐

TDO Virtual ☐ TDO Hospitalario ☐

3.16 Fecha de finalización del tratamiento

(dd / mm / aa)

3.17 Condición de egreso al tratamiento:

Curado ☐ Terminado ☐ Fracaso ☐

Fallecido ☐ Pérdida en el

seguimiento ☐ No evaluado ☐

4. IDENTIFICACION DE CONTACTOS (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

Realice la identificación de contactos especialmente aquellos que convivan más de 6 horas con el caso índice en el contexto familiar, institucional, escolar, comunitario. (Ver planilla de registro página 5).

5. ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (se aplica en la primera visita)

Pregunta orientadora indague en la persona

Caracterice las respuestas de la persona

Describe los hallazgos relevantes

5.1 ¿Cuál es la causa de la tuberculosis?

No sabe ☐ Bacteria ☒ Virus ☐ Hongo ☐ Parásito ☐

Espíritus ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____

5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis?

No sabe ☐ al toser ☒ al dar la mano ☒ al compartir alimentos ☐

por un beso ☐ por relaciones sexuales ☐ hereditaria ☐ otro ☐

¿Cuál? _____

5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?

Tos ☒ fiebre ☒ pérdida de peso ☐ sudoración ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____

5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis?

Sí ☒ No ☐ No sabe ☐ En caso de que no ¿Por qué no? _____

5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que tenía tuberculosis?

Lo tomo normal ☒ oculto su diagnóstico ☐ tuvo llanto ☐

Sintió miedo ☐ tuvo ansiedad ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____

5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnóstico de TB?

Sí ☒ No ☐ No saben ☐ En caso de que no ¿Por qué no? _____

5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enterarse de su enfermedad?

Lo tomo normal ☒ oculto su diagnóstico ☐ tuvo llanto ☐

Sintió miedo ☐ tuvo ansiedad ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____

5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al enterarse de su enfermedad?

No saben ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

No responde ☐

5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han afectado por su enfermedad?

Ninguna ☐ familiar ☒ amigos ☐ trabajo ☐ vida social ☐

Otro ☐ ¿Cuál? _____

5.10 ¿Usted ha perdido su empleo a causa de su enfermedad?

Sí ☐ No ☒ No aplica ☐ Si es sí ¿Por qué? _____

5.11 ¿Se ha sentido estigmatizado o rechazado por alguien a causa de su enfermedad?

No ☒ Sí ☐ Si es sí, ¿por quienes?: familia ☐ amigos ☐

personal de salud ☐ compañeros de trabajo ☐ otro ☐

5.12 ¿Conoce alguien cercano que haya tenido la enfermedad?

Sí ☒ No ☐ Si es sí ¿Quién?

Familiar ☒ amigo ☐ compañero de trabajo ☐ otro ☐

5.13 ¿Qué hábitos de vida saludable usted práctica?

Ejercicio diario ☐ Come frutas y verduras ☒ No fuma ☐

No consume alcohol ☐ Otros ☐ ¿Cuál? _____

6. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN EN SALUD. (se aplica en la primera visita)

- 6.1 ¿Antes de su diagnóstico alguna vez recibió información y educación en salud frente a la tuberculosis? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 6.2 ¿A dónde consultó cuando tuvo los primeros síntomas de la enfermedad? A la droguería ☐ solicito cita a su EPS ☐ acudió a urgencias ☒ médico particular ☐ utilizó remedios caseros ☐ No aplica ☐
- 6.3 Luego de que presentara los primeros síntomas, ¿considera que existió demora para saber que tenía la enfermedad? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 6.4 ¿Tuvo que pagar de su bolsillo exámenes para el diagnóstico de su enfermedad? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica En caso de que sí ¿Cuánto tuvo que invertir aproximadamente?
- 6.5 ¿Alguna vez se ha sentido estigmatizado o rechazado por el personal de salud? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica
- 6.6 ¿Ha tenido dificultades por autorizaciones o para acceder a las citas médicas, exámenes o procedimientos relacionados con su enfermedad? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica
- 6.7 ¿Ha tenido alguna interrupción o demora en la administración de tratamiento de su enfermedad? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica
- 6.8 ¿El sitio donde le administran el tratamiento observado es de fácil acceso para usted? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 6.9 ¿Por qué perfiles ha recibido educación y orientación acerca de su tratamiento y adherencia? Médico ☒ Enfermero ☒ Psicólogo ☐ Auxiliar de enfermería ☐ Trabajador social ☐ Promotor de salud ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
- 6.10 ¿Usted asiste a algún grupo de apoyo o hace parte de alguna asociación de personas afectadas por TB? ☐ Sí ☒ No ☐ No conoce
- 6.11 ¿Cómo evalúa la atención que le ha brindado su EAPB y su IPS? Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐
- 6.12 ¿Ha recibido seguimiento telefónico por parte del personal de salud? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 6.13 ¿Le han socializado la carta de derechos y deberes de las personas afectadas? ☐ Sí ☒ No

7. PLAN DE SEGUIMIENTO PRIMERA VISITA:

- 7.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica
- 7.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 7.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 7.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 7.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica
- 7.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica
- 7.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros). ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica
- 7.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad? ☒ Sí ☐ No
- 7.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica
- 7.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

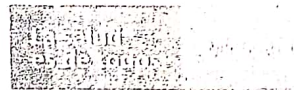
7.11 Resultado de la visita
Efectiva ☒ Fallida ☐ No realizada ☐

7.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)

7.13 Nombre del profesional que realiza la visita:

8. PLAN DE SEGUIMIENTO SEGUNDA VISITA:

- 8.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 8.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 8.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 8.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 8.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica
- 8.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica



8.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?
Sí ☐ No ☐

8.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

8.11 Resultado de la visita
Efectiva ☐ Fallida ☐ No realizada ☐

8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)

8.12 Nombre del profesional que realiza la visita

9. PLAN DE SEGUIMIENTO TERCERA VISITA O VISITA ADICIONAL:

9.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.4 ¿Se deriva a valoración por psicología?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?
Sí ☐ No ☐ aplica ☐

9.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

8.11 Resultado de la visita
Efectiva ☐ Fallida ☐ No realizada ☐

8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)

8.12 Nombre del profesional que realiza la visita

10. CONSTANCIA DE VISITAS (se actualiza según el seguimiento)

NURY RAMIREZ

Firma de la persona afectada o su acudiente 1° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente 2° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente 3° Visita

Firma del profesional que realiza la 1° Visita

Firma del profesional que realiza la 2° Visita

Firma del profesional que realiza la 3° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Firma del profesional que realiza la visita adicional

Firma del profesional que realiza la visita adicional

Firma del profesional que realiza la visita adicional

En caso de que se efectúen visitas de seguimiento adicional adicione una hoja respectivamente.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
INSTRUMENTO PROGRAMÁTICO DE SEGUIMIENTO A PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS Y SUS CONTACTOS

Marque con X una o varias respuestas según corresponda. Diligencie previamente los datos de ingreso al programa según la información que tenga disponible para conocer el caso.

1. DATOS DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA PERSONA. (se aplica en la primera visita)

1.1 Sexo: M ☐ F ☒ 1.2 Edad: 35 1.3 Nombre y apellidos: GRACIELA GUISAÑA 1.4 Tipo de documento de identidad: CC ☒ RC ☐ PS ☐ CE ☐ NUIP ☐ Otro ☐

1.5 Número de identificación: 28 645 944 1.6 Ocupación: HOGAR 1.7 Etnia: Indígena ☒ Afrocolombiano ☐ Raizal ☐ Rrom gitano ☐ Si es indígena indique el pueblo _____

1.8 Escolaridad: Sin escolaridad ☒ Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ 1.9 Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐ Otro ☒ VUOA 1.10 Departamento/Distrito: Tolima

1.11 Dirección de residencia: F/ Los magos 1.12 Municipio: COYAMA 1.13 Localidad/comuna/vereda: Cabillo Boas de Boas 1.14 Barrio: V/ PH MAR 1.15 Área geográfica: Zona Urbana ☐ Rural ☐ Rural dispersa ☐

1.16 Tipo de vivienda: Casa ☒ Apartamento ☐ Albergue ☐ Centro Protección ☐ Ninguna ☐ 1.17 Tipo de trabajo: Empleado ☐ Independiente ☐ Desempleado ☐ 1.18 Régimen de afiliación en salud: Contributivo ☐ Subsidiado ☐ No asegurado ☐ Régimen Especial ☐

1.19 Nombre de la EAPB: THE WALA IPSI 1.20 Grupo poblacional: Privado de la libertad ☐ habitante de calle ☐ migrante ☐ trabajador de la salud ☐ desplazado ☐ persona con discapacidad ☐ desmovilizado ☐ víctima del conflicto ☐ madres comunitarias ☐ población LGBTI ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____

1.21 ¿Cuántas personas viven con usted? 1 ☐ 2-3 ☐ 4-6 ☐ >6 ☒ 1.22 Calidad de Vivienda: ¿Existe? ☒ Hacinamiento ☒ Falta ventilación ☒ Iluminación ☒ 1.23 ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-6 ☒ >6 ☐ 1.24 La vivienda cuenta con servicios: Luz ☒ agua ☒ alcantarillado ☐ gas ☐ internet ☐ televisión ☐ teléfono ☒ recolección de basuras ☐

1.25 ¿Sus ingresos económicos mensuales son? No tiene ☐ < 1 SMLMV ☐ 2-3 SMLMV ☐ >4 SMLMV ☐ 1.26 ¿Cuántas comidas ingiere al día promedio? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >3 ☐ 1.27 ¿Recibe algún tipo de subsidio económico del estado? Sí ☒ No ☐

2. DATOS DE INGRESO AL PROGRAMA (se aplica en la primera visita)

2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar ☒ Extrapulmonar ☐ Meningea ☐ Especifique la localización extrapulmonar: _____ 2.2 Condición de ingreso: Nuevo ☒ Recaída ☐ Fracaso ☐ Recuperado tras pérdida ☐ Otro ☐

2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí ☐ No ☐ Prueba Molecular: Sí ☐ No ☐ Baciloscopia: Sí ☒ No ☐ Radiografía de tórax: Sí ☐ No ☐ Diagnóstico clínico: Sí ☐ No ☐ 2.4 Resultados de exámenes microbiológicos de diagnóstico: Cultivo: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐ Contaminado ☐ Prueba molecular: No detectado ☐ Detectado ☐ No interpretable ☐ Resistente a: rifampicina ☐ isoniazida ☐ quinolonas ☐ aminoglucósidos ☐ Baciloscopia: (-) ☐ 1 a 9 BAAR ☐ + ☒ ++ ☐ +++ ☐ NR ☐

2.5 Tipo de caso: TB Sensible ☒ TBMDR/RR ☐ TB MDR/RR ☐ TBXDR ☐ 2.6 Fecha de diagnóstico: _____

3. DATOS DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO (se diligencia previo a la visita a partir de la ficha de tratamiento)

3.1 Fecha de ingreso al programa: (dd/mm/aa) 06/08/21 3.2 Fecha de inicio 1 Fase: (dd/mm/aa) 06/08/21 3.3 Fecha de inicio 2 Fase: (dd/mm/aa) _____

3.4 Tipo de tratamiento prescrito en el momento de la visita: Estandarizado TB MDR/RR ☐ No ☐ Individualizado TB MDR/RR ☐ No ☐ Estandarizado TBXDR ☐ No ☐ Individualizado TBXDR ☐ No ☐ Estandarizado RHZE ☐ No ☐ Individualizado RHZE y Lfx ☐ No ☐ 3.5 Dosis de tratamiento completado a la fecha de la visita: 1ª visita (dd/mm/aa) fase I ☒ fase II ☐ dosis: 4 2ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐ dosis: _____ 3ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐ dosis: _____ 4ª visita (dd/mm/aa) fase I ☐ fase II ☐ dosis: _____

3.6 Comorbilidades/factores de riesgo: VIH ☐ Sí ☐ No ☒ Diabetes ☐ Sí ☐ No ☒ Cáncer ☐ Sí ☐ No ☒ EPOC ☐ Sí ☐ No ☒ Enf. Renal ☐ Sí ☐ No ☒ Enf. Hep ☐ Sí ☐ No ☒ Desnutrición ☐ Sí ☐ No ☒ Enf. Mental ☐ Sí ☐ No ☒

3.6 Acceso a controles médicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

1 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
3 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
5 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

Controles adicionales para TF FR:
Sí ☐ No ☐ NR ☐ Incompletos ☐

3.7 Acceso a controles de enfermería a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

1 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
2 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
3 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
4 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
5 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
6 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

Controles adicionales para TF FR:
Sí ☐ No ☐ NR ☐
Incompletos ☐
No aplica ☐

3.8 Acceso a controles bacteriológicos a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

Al finalizar fase intensiva:
Sí ☐ No ☐ positivo ☐ negativo ☐
No reporta ☐
En la mitad de la fase de continuación:
Sí ☐ No ☐ positivo ☐ negativo ☐
No reporta ☐
Al finalizar el tratamiento:
Sí ☐ No ☐ positivo ☐ negativo ☐
No reporta ☐

3.9 Acceso a controles de nutrición a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

1 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
3 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
5 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
6 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

3.10 Acceso a controles de psicología a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

1 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
3 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
5 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐
6 mes ☐ Sí ☐ No ☐ NR ☐

3.11 Acceso a valoración trabajo social a la fecha de la visita según el lineamiento del PNT:

Antes de iniciar el tratamiento:
Sí ☐ No ☐ Incompletos ☐
Controles adicionales para TF FR: Sí ☐ No ☐
No aplica ☐ Incompletos ☐

3.12 Reacciones adversas durante el tratamiento:

Ninguna ☐ Alergia ☐ Prurito ☐ Intolerancia gástrica ☐ ictericia ☐
Nauseas ☐ Vómito ☐ Alteración visual ☐ Alteración auditiva ☐ Otro ☐
☐ ¿Cuál? _____

3.13 ¿Recibe tratamiento ARV?

Sí ☐ No ☐ No registra ☐ No aplica ☐

3.14 ¿Recibe trimetoprim sulfá?

No ☐ No registra ☐ No aplica ☐

3.15 Modalidad de tratamiento observado TDO:

TDO en IPS ☒ TDO en comunidad ☐ TDO domiciliario ☐
TDO Virtual ☐ TDO Hospitalario ☐

3.16 Fecha de finalización del tratamiento

(dd / mm / aa)

3.17 Condición de egreso al tratamiento:

Curado ☐ Terminado ☐ Fracaso ☐
Fallecido ☐ Pérdida en el seguimiento ☐ No evaluado ☐

4. IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS (se aplica en la primera visita y se actualiza según el seguimiento)

Realice la identificación de contactos especialmente aquellos que convivan más de 6 horas con el caso índice en el contexto familiar, institucional, escolar, comunitario. (Ver planilla de registro página 5).

5. ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (se aplica en la primera visita)

Pregunta orientadora indague en la persona	Caracterice las respuestas de la persona	Describa los hallazgos relevantes
5.1 ¿Cuál es la causa de la tuberculosis?	No sabe ☒ Bacteria ☐ Virus ☐ Hongo ☐ Parásito ☐ Espíritus ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis?	No sabe ☒ al toser ☐ al dar la mano ☐ al compartir alimentos ☐ por un beso ☐ por relaciones sexuales ☐ hereditaria ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____	
5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?	Tos ☐ fiebre ☐ pérdida de peso ☐ sudoración ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____	
5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis?	☒ No ☐ No sabe ☐ En caso de que no ¿Por qué no? _____	
5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que tenía tuberculosis?	Lo tomo normal ☒ oculto su diagnóstico ☐ tuvo llanto ☐ Sintió miedo ☐ tuvo ansiedad ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____	
5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnóstico de TB?	☒ No ☐ No saben ☐ En caso de que no ¿Por qué no? _____	
5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enterarse de su enfermedad?	Lo tomo normal ☒ oculto su diagnóstico ☐ tuvo llanto ☐ Sintió miedo ☐ tuvo ansiedad ☐ otro ☐ ¿Cuál? _____	
5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al enterarse de su enfermedad?	No saben ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐ No responde ☐	
5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han afectado por su enfermedad?	Ninguna ☐ familia ☐ amigos ☐ trabajo ☐ vida social ☒ Otro ☐ ¿Cuál? _____	
5.10 ¿Usted ha perdido su empleo a causa de su enfermedad?	Sí ☐ No ☒ No aplica ☐ Si es sí ¿Por qué? _____	
5.11 ¿Se ha sentido estigmatizado o rechazado por alguien a causa de su enfermedad?	No ☒ Sí ☐ Si es sí, ¿por quienes?: familia ☐ amigos ☐ personal de salud ☐ compañeros de trabajo ☐ otro ☐	
5.12 ¿Conoce alguien cercano que haya tenido la enfermedad?	Sí ☒ No ☐ Si es sí ¿Quién? _____ Familiar ☐ amigo ☒ compañero de trabajo ☐ otro ☐	
5.13 ¿Qué hábitos de vida saludable usted práctica?	Ejercicio diario ☐ Come frutas y verduras ☐ No fuma ☐ No consume alcohol ☐ Otros ☐ ¿Cuál? _____	

6. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN EN SALUD, (se aplica en la primera visita)

- 6.1 ¿Antes de su diagnóstico alguna vez recibió información y educación en salud frente a la tuberculosis? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 6.2 ¿A dónde consultó cuando tuvo los primeros síntomas de la enfermedad? ☐ A la droguería ☐ solicito cita a su EPS ☒ acudió a urgencias ☐ médico particular ☐ utilizó remedios caseros ☐ No aplica ☐
- 6.3 ¿Luego de que presentara los primeros síntomas, ¿considera que existió demora para saber que tenía la enfermedad? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 6.4 ¿Tuvo que pagar de su bolsillo exámenes para el diagnóstico de su enfermedad? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐ En caso de que sí ¿Cuánto tuvo que invertir aproximadamente? _____
- 6.5 ¿Alguna vez se ha sentido estigmatizado o rechazado por el personal de salud? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 6.6 ¿Ha tenido dificultades por autorizaciones o para acceder a las citas médicas, exámenes o procedimientos relacionados con su enfermedad? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 6.7 ¿Ha tenido alguna interrupción o demora en la administración de tratamiento de su enfermedad? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 6.8 ¿El sitio donde la administran el tratamiento observado es de fácil acceso para usted? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 6.9 ¿Por qué perfiles ha recibido educación y orientación acerca de su tratamiento y adherencia? Médico ☒ Enfermero ☒ Psicólogo ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Trabajador social ☐ Promotor de salud ☒ Otro ☐ ¿Cuál? _____
- 6.10 ¿Usted asiste a algún grupo de apoyo o hace parte de alguna asociación de personas afectadas por TB? ☐ Sí ☒ No ☐ No conoce ☐
- 6.11 ¿Cómo evalúa la atención que le ha brindado su EAPB y su IPS? Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐
- 6.12 ¿Ha recibido seguimiento telefónico por parte del personal de salud? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 6.13 ¿Le han socializado la carta de derechos y deberes de las personas afectadas? ☐ Sí ☒ No ☐

7. PLAN DE SEGUIMIENTO PRIMERA VISITA:

- 7.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 7.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 7.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 7.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 7.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 7.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? ☐ Sí ☒ No ☐ No aplica ☐
- 7.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros). ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 7.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad? ☒ Sí ☐ No ☐
- 7.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración? ☒ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

7.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

La paciente consultó con su médico y se le recomendó continuar el tratamiento según lo indicado.

7.11 Resultado de la visita
Efectiva ☒ Fallida ☐ No realizada ☐

7.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)

12/08/21

7.13 Nombre del profesional que realiza la visita:

[Firma]

8. PLAN DE SEGUIMIENTO SEGUNDA VISITA:

- 8.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 8.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 8.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 8.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 8.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros) ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐
- 8.6 ¿Se requiere soporte de algún programa de apoyo a nivel social para mejorar la adherencia? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?
Sí ☐ No ☐

8.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

8.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

8.11 Resultado de la visita
Efectiva ☐ Fallida ☐ No realizada ☐

8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)

8.12 Nombre del profesional que realiza la visita

9. PLAN DE SEGUIMIENTO TERCERA VISITA O VISITA ADICIONAL:

9.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.4 ¿Se deriva a valoración por psicología?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de urgencias?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?
Sí ☐ No ☐ aplica ☐

9.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.6 ¿Se requiere soporte de algún programa o apoyo a nivel social para mejorar la adherencia?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

9.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visita y compromisos:

8.11 Resultado de la visita
Efectiva ☐ Fallida ☐ No realizada ☐

8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)

8.12 Nombre del profesional que realiza la visita

10. CONSTANCIA DE VISITAS (se actualiza según el seguimiento)

Angela Pineda
Firma de la persona afectada o su acudiente 1° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente 2° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente 3° Visita

Prof. Lisa Soto
Firma del profesional que realiza la 1° Visita

Firma del profesional que realiza la 2° Visita

Firma del profesional que realiza la 3° Visita

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Firma de la persona afectada o su acudiente Visitas adicionales.

Justo Coronado
Firma del profesional que realiza la visita adicional

Firma del profesional que realiza la visita adicional

Firma del profesional que realiza la visita adicional

En caso de que se efectúen visitas de seguimiento adicional adicione una hoja respectivamente.

