

EJECUTOR

SECRETARÍA DE SALUD



REPORTE DE INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO AL PDD Y A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN

CÓDIGO PROYECT	O:	2020004730030 SECTOR: Salud y Protección Social				
PROGRAMA PRESI	UPUESTAL:	Salud públic	a			
PROYECTO:		Desarrollo de estrategias para una comunidad mas sana y control de enfermedades transmisibles en Tolima				
OBJETIVO:		Inmunoprevenibles, Endemo-epidemicas, Emergentes y reemergentes, en e Departamento del Tolima.				
CÓDIGO META		META	META PROGRAMADA	META EJECUTADA		
EP1MP10	•	plementar la estrategia de seguimiento al tratamiento de Tuberculosis en pacientes con Alto riesgo de abandono "FSTTAR"		1		

DATOS DE REPORTE				
				BLE DE META
RESPONSABLE DE PROYECTO	Jorge Bolivar	Jose Fair Alarcon Robayo		
RESPONSABLE DE CARGUE DE			RESPONSABL	E DE REPORTE
META			Liliana Mart	inez Casallas
PERIODO DE CARGUE	1-mar2021	FECHA DE CARGUE 8-sep2		8-sep2021
PERIODO DE CARGOE	31-ago2021	7 FECHA DE CARGUE 8-Se		o-sep2021

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		0,	,00%
Estudio de contactos		Atraso	0,00%		
Soporte Nutricional		Avance Físico	100,00%		
0		AVANCE FINA	ANCIERO DE		ANCE
0		PRODUCTO			ICO DE
		Presupuesto Inicial	Presupuesto Ejecutado	ME	TTA
o		\$ 60.000.000	\$ 210.267.768		
0		Proporción de Ejecución	350,45%	10	00,00 %
FUENTES DE FINANCIACIÓN PRO		PIOS		TRANSFERENCIA	AS
Propios	LIBRE DESTINACIÓN	DESTINACIÓN ESPECÍFICA	SGP PROPÓSITO GENERAL	SGP SALUD, EDUCACIÓN Y SANEAMIENTO	SGP OTROS

Transferencias Regalías				REGALÍAS	109.353.168				
Otros			INVERSIÓN REGIONAL	CIENCIA Y TECNOLOGÍA		ÁREAS AMBIENTALES			
	OTROS								
GESTIÓN	OBRAS POR IMPPUESTOS	ITRANSFERENCIAS	BIENES Y SERVICIOS	CRÉDITOS		PLAN DEPARTAMENTAL DE AGUAS			
		100.914.600							

EJECUCIÓN CON	NTRACTUAL					
No.			stación de servicios de Apoyo a la	•		
757	ОВЈЕТО	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".				
CONTRATISTA		SARA MELISA SA	NCHEZ QUIROGA	VALOR	\$ 15.000.000	
LINK DE ACCESO	ceN	lanagement/Index	/Public/Tendering/ContractNoti ?currentLanguage=es- ry=CO&SkinName=CCE	AVANCE FÍSICO	100,00%	
CDP	903	RP	2476	AVANCE FINANCIERO	66,00%	

EJECUCIÓN CON	NTRACTUAL						
No.		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					
		1.	•	•		• .	
768	ОВЈЕТО	con tuberculo	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".				
CONTRATISTA		CRISTIAN RENE M	ONROY CARMONA	VALOR	\$	15.000.000	
	https://comm	nunity.secop.gov.co	/Public/Tendering/ContractNoti				
	<u>ceN</u>	/lanagement/Index	?currentLanguage=es-				
LINK DE ACCESO	<u>CO&</u>	Page=login&Country=CO&SkinName=CCE AVANCE FÍSICO				100,00%	
CDP		DD		AVANCE			
CDP	901	nr	2894	FINANCIERO		66,00%	

EJECUCIÓN CON	NTRACTUAL]					
No.		para fortalecer la estrategia de búsqueda activa de	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				
832	OBJETO	de riesgo definidos por el programa Nacional de Tuberculosis y seguimiento a pacier					
CONTRATISTA		LENY LIZETH NOVOA VARON	VALOR	\$	15.000.000		
	https://comn	nunity.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoti					
	<u>ceN</u>	Management/Index?currentLanguage=es-					
LINK DE ACCESO	CO8	Page=login&Country=CO&SkinName=CCE	AVANCE FÍSICO		100,00%		

CDP	899	RP	200	20	AVANCE FINANCIERO	CC 000/	
	899		309	99	FINANCIERO	66,00%	
EJECUCIÓN COI	NTRACTUAL						
		Contratar la pro	stación do sorvicio	as da Anava a la	a gestión de un auxili	iar do onformaría	
No.					e sintomatología res _l		
	ОВЈЕТО	1 -	-	•	uberculosis y seguin	~ '	
799	OBJETO	~			Tolima." en desarrol	·	
, 33		"DESARROLLO	DE ESTRATEGIAS	PARA UNA CON	MUNIDAD MÁS SANA	Y CONTROL DE	
				S TRANSMISIB	LES EN EL TOLIMA".		
CONTRATISTA		CARLOS ANDRI	ES BORJA REYES		VALOR	\$ 15.000.000	
	https://comm	unity.secop.gov.co	n/Public/Tenderin	g/ContractNoti			
		lanagement/Index					
LINK DE ACCESO		Page=login&Count			AVANCE FÍSICO	100,00%	
CDD		D.D.	•		AVANCE		
CDP	894	RP	301	19	FINANCIERO	66,00%	
EJECUCIÓN COI	NTRACTUAL						
No.		051 5DD 4D 00AU	TD 4 TO 11 TED 4 DA		ON 51 110601TAL 644	ITA DADDADA DE	
	-				ON EL HOSPITAL SAN		
	OBJETO	VENADILLO TOLIMA PARA APOYAR A LA GESTIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA, MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE LAS FUNCIONES DE IMPLEMENTACIÓN DEL					
1202		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	CONTROL Y ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR MICOBACTERIAS EN				
					EL DEPARTAMENTO		
CONTRATISTA	НС	SPITAL SANTA BAI	, ,		VALOR	\$241.914.600	
		secop.gov.co/CO1					
		ntContractEdit/Vie					
LINK DE ACCESO		8&prevCtxUrl=http					
		actsManagement%			AVANCE FÍSICO	10.000/	
	ntractivi	anagement%2fInd I	ex&prevCtxLbi=C	ontratos+	AVANCE FISICO	10,00%	
CDP	1697 - 2030	RP	5138 -	5139	FINANCIERO	0,00%	
L	1007 2000	l	J 136 -	<u> </u>	INTAITCILITO	0,0070	
FOCALIZACIÓN	REGIONAL						
		ı					
Ibagué	Anzoátegui	Carmen de Apicalá	Covaima	Falan	Herveo	Líbano	

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	Municipio con	
					Mayor Inversión	
Palocabildo	Purificación	Saldaña	Suárez	Villarrica	Inversión Máx	
·					IIIVEISIOII IVIAX	

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

EVIDENCIAS

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

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 especificas del contratista: Dentro de las actividades que desarrollara la prestación de servicios se encuentran las siguientes: Fortalecer las acciones de asistencia técnica del programa de Micobacterias (Tuberculosis) en Municipios, IPS y EAPB del Tolima. Apoyar los procesos de generacion del conocimiento según los lineamientos del Ministerio de Salud y protección social Apoyar el fortalecimiento de la capacidad de la red de laboratorios de Tuberculosis Apoyar el abordaje programático de poblaciones especiales y grupos étnicos para el control de la Tuberculosis. 				

Página 1 de 7





- 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 Secretaria 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 evalué 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

Página 2 de 7





-	
	las obligaciones, para la realización del respectivo pago. 5. Suscribir acta de liquidación previa terminación del presente contrato y de informe final de ejecución, avalado por el supervisor del acto contractual. 6. 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: Por parte de la Supervisión se podrán solicitar informes extraordinarios de ejecución cuando alguna situación especial lo amerite. 7. 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. 8. 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 artículo18 de la resolución No. 518 de 2015, para la ejecución de las intervenciones contratadas. 9. Identificar adecuadamente al personal que ejecute las actividades del presente contrato. 10. 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. 11. 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

Página 3 de 7





	,
	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 disponibilidad presupuestal 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: 05-3-611112-0505 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 disponibilidad presupuestal 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.							
El CONTRATISTA se obliga para con el Departamento a allegar póliza únic cumplimiento expedida por una compañía de seguros legalmente establecida en el que ampare los siguientes riesgos:								
	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			
9) Garantías	Salarios, prestaciones e indemnizaciones	x		Cinco por ciento (5%) del valor total del contrato	Duración del contrato y hasta (03) años mas			
o, caramac	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 De normas que aclaren, sustituyan o modifiquen, CC vigencia de la póliza de cumplimiento hasta el momer PARAGRAFO TERCERO. De no liquidarse el Contra los cuatro meses siguientes a la terminación del plaze EL SUPERVISOR solicitar al HOSPITAL la ampliación póliza, hasta el momento de la liquidación del acto con				odifiquen, CONTRATISTA asta el momento de la liquid larse el Contrato de común ación del plazo estipulado e AL la ampliación del términ	deberá ampliar la dación del Contrato acuerdo, dentro de en el mismo, deberá			
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							
13) Multas:	En caso de mora o de CONTRATISTA, las par liquidación de multas dia sobrepasen del 10% de legal establecido para ta cargo a la garantía de cu Departamento se informa Nación. PARAGRAFO.	de incur rites pa rias suce I valor t al fin; si mplimie ará a la (La exigi	mplimie ctan, r esivas c otal del ello no nto. De Cámara bilidad	nto parcial de las obligad mediante el presente docu del 1% del valor total del Con l mismo. El pago se ajusta o fuere posible, su cobro po las multas y demás sancior a de Comercio y a la Procura	DEPARTAMENTO, la cual requerirá concepto previo del supervisor y mediante acto administrativo motivado se comunicará a la compañía de seguros garante del Contrato. 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			

Página 5 de 7





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 8º 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 9º 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
	sos – 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 CA	RACTERIZACION SO	CIODEMOGRÁFICA D	E LA PERSONA. (se	aplica en la	primera visita)		- 1 m - 1
1.1 Sexo: M□ F X	1.2 Edad: 30	1.3 Nombre y apellidos:	DA RAMIVE	Z (Z	1.4 Tipo de docum CC 💢 RC 🗌 P	ento de identidad S 🗌 CE 🗍 NUI	: P□ Otro □
1.5 Número de ide	ntificación:	1.6 Ocupación:	· Indía	jena∏ Afroco ena indique e	olombiano Raiza	R <i>rom g</i> itano] Si es
1.8 Escolaridad: Sin escolaridad Posgrado	Primaria Bachillerato	Técnico Profesional	1.9 Estado Ci Soltero(a) [_] Otro [_]	vil: Casado(a)	Unión Libre		nento/Distrito
1.11 Dirección de la Colonia d		Municipio 1.13 Localidad Amo G	CAC~ 60			Zona Urbana X Rural dispersa	Rural
1.16 Tipo de vivier Casal Apartam Centro Protección	nda: nento Albergue	1.17 Tipo de trabajo: Empleado Independi]	1.18 Régimen de Contributivo A No asegurado i F	Subsidiadoi	
1.19 Nombre de la		docalazado	oblacional: ibertad∏ habitante d persona con discapació itarias∏ población L(ladi i desmo	OVIIIZadoLJ VICUITA	or de la salud 🗌 a del conflicto 🗍	
1.21 ¿Cuántas per usted? 1 2-3 4-6	¿Exis Haci Falta	namiento Sí ☐ No☐ ventilación Sí ☐ No☐	1,23 ¿Cuántas perso dependen económica usted? 0 1 X 2-3 4-	mente de	1.24 La vivienda Luzi agua (X a internet Ottelevis recolección de ba	ilcantarilla ión XI teléfon 🦠	ga S (
1.25 ¿Sus ingresos No tiene 2 < 1	s económicos mensuales s	inación Sí ☐ No☐ on? >4 SMLMV☐	1.26 ¿Cuántas con 1 2 3 3 >		al dia promedio?	1.27 ¿Recibe subsidio econ estado?	ómico del
2. DATOS DE INC	RESO AL PROGRAMA	se aplica en la primera \	/isita)				
2.1 Tipo de tubero Pulmonar Ext	ulosis: apulmonar Meníngea ización extrapulmonar:		2.2 Condición de i NuevoX Recaí		aso Recuperad	lo tras pérdida	Otro 🗌
2.3 Criterio de dia Cultivo líquido: Sí ! Prueba Molecular:	gnóstico: No 🗌	2.4 Resultado Cultivo: (-)	os de exámenes microb 1 a 9 BAAR	-+[] +++[_l NR∟l	2.5 Tipo de TB Sensibl ô TBMDR/RR TBXDR	
Baciloscopia: Sí Radiografía de tóra Diagnóstico clínico	No 🗍	Resistente a:	ular: No detectado [rifampicina isonia dos [(-) 1 a 9 BAAR []	cida quin	olonas i	2.6 Fecha d	
3 DATOS DE SE	UIMIENTO AL TRATAI	MENTO (se diligencia p		rtir de la fic	ha de tratamient	o)	
3.1 Fecha de ingre			e ipicio/1 Fase:		3.3 Fecha de il		
3.4 Tipo de tratan		3.5 Dosis de	tratamiento completad	do a la fecha	3.6Comorbilida riesgo.	ades/factores de	
prescrito en el mor la visita: Estandarizado RHZE Sí∏ No∏	. Sí□ No□ Individualizado Sí□ No□	TB MDR/RR 1a visitavio		ase II 🗌	VIH Diabetes Cáncer	SÍ NO NO SÍ NO NO SÍ NO SÍ	Alcoholist Mol Tabaquis
Individualizado 1 fase Síz No	Individualizado	dosis:		ase II 🗌	EPOC Enf.Renal Enf.Hep	SI D NOW	Sí No Consumo psicoacti
Sí No No Individualizado 2 fase	SÍL NOLL Estadarizado RH	IZE y Lfx 4ª visita (dd	'mm/aa) fase I□ fa	ase II 🗌	Desnutrición Enf. Mental.	SI No.	Sí∏ Ng Otra ∏

· Sí No

Sí No

dosis:

Página 1 de 5

¿Cuál?__



la visita según el lineamiento del PNT: 1 mes Sí No NR NR 1	mes Si No NR	enfermería a la fecha de la visita NT: Controles adicionales para TF FR: Si No NR incompletos No aplica	de la visita según e o Al finaliza Sí No positivo No reporta En la mil Sí No positivo No reporta	tad de la fase de continuación negativo tar el tratamiento:
3.9 Acceso a controles de nutrición a la fecha de 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		NR NR	3.11 Acceso a val fecha de la visita s Antes de iniciar el Sí No Incom	pletos [] bles para TF FR: Sí [] No []
3.12 Reacciones adversas durante el tratamiento Ninguna Alergia Prurito Intolerancia Nauseas Vomitó Alteración visual Alteración LCuál?	gástrica ictericia	3.13 ¿Recibe tratamiento ARV? Sí☐ No☐ No registra ☐ No ap		¿Recibe trimetoprim sulfa? No registra □ No aplica □
3.15 Modalidad de tratamiento observado TDO: TDO en IPS TDO en comunidad TDO dom TDO Virtual TDO Hospitalario		3.16 Fecha de finalización del ti (dx	tratam Curad Falleci seguir	Condición de egreso al niento: o∏ Terminado∏ Fracaso ido∏ Pérdida en el miento∏ No evaluado∏
4. IDENTIFICACION DE CONTACTOS (se ap	lica en la primera visit	a y se actualiza según el segui	miento)	
Realice la identificación de contactos especialme comunitario. (Ver planilla de registro página 5).	nte aquellos que convivar	n más de 6 horas con el caso índico	e en el contexto fan	niliar, institucional, escolar,
5. ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTIT	JDES Y PRÁCTICAS (S	e aplica en la primera visita)		
Pregunta orientadora indague en la pers	cona Cai	racterice las respuestas de la p	ersona	Describa los hallazo
5,1 ¿Cuál es la causa de la tuberculosis?	No. 15 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15 - 15			relevantes
		rcteria Virus Hongo	Parásito	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis?	Espíritus [] ot No sabe al por un beso []		partir alimentos	
	Espíritus () ot No sabe al por un beso () ¿Cuál?	ro⊡ ¿cuál? toser ia al dar la mano a al com	partir alimentos itaria otro	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis?	Espíritus () ot No sabe al por un beso () ¿Cuál?	toser al dar la mano al com por relaciones sexuales hered	partir alimentos litaria otro Cuá!?	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis? 5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?	Espíritus [] ot No sabe al por un beso 2 cuál? Tos No No 1	toseria al dar la mano al com por rélaciones sexuales hered pérdida de peso sudoración No sabe En caso de que no	partir alimentos itaria otro cuál? otro cuál? ¿Por qué no?	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis? 5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? 5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis? 5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que se company de la curar de la tuberculosis?	Espíritus [] ot No sabe	tosero al dar la mano al com por relaciones sexuales hered pérdida de peso sudoración No sabe En caso de que no culto su diagnóstico tu	partir alimentos ☐ itaria ☐ otro ☐ ¿Cuál? ¿Por qué no?	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis? 5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? 5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis? 5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse qua tuberculosis? 5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnós	Espíritus [] ot No sabe	toseria al dar la mano al compor relaciones sexuales hered pérdida de peso sudoración No sabe En caso de que no tuvo ansiedad otro ¿Cuál?	partir alimentos itaria otro cuál? otro cuál? ¿Por qué no? ¿Por qué no? ¿Por qué no?	
 5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis? 5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? 5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis? 5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse qua tuberculosis? 5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnós TB? 5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enter 	Espíritus [] ot No sabe [] al por un beso [] ¿Cuál? Tos [] fieb [] se tenía Lo tomo norma Sintió miedo [] arse de Lo tomo norma Sintió miedo []	toser al dar la mano al compor relaciones sexuales hered pérdida de peso sudoración No sabe En caso de que no culto su diagnóstico tu tuvo ansiedad otro ¿Cuál oculto su diagnóstico tu tuvo ansiedad otro ¿Cuál utuvo ansiedad otro ¿Cuál	partir alimentos itaria otro cuál? otro cuál? ¿Por qué no? ¿Por qué no? ¿Por qué no?	
 5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis? 5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? 5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis? 5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que tuberculosis? 5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnós TB? 5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enter su enfermedad? 5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al entersu enfermedad? 	Espíritus ot No sabe al por un beso ¿Cuál? Tos fiebre SN No Lo tomo norma Sintió miedo arse de Lo tomo norma Sintió miedo arse de No saben la No responde	toser al dar la mano al compor relaciones sexuales hered perdida de peso sudoración No sabe En caso de que no culto su diagnóstico tura tuvo ansiedad otro ¿Cuál tuvo ansiedad otro ¿Cuál tuvo ansiedad otro ¿Cuál sudo ansiedad otro trabajo otro amigos trabajo otro otro otro amigos trabajo otro otro otro otro otro otro otro ot	partir alimentos itaria otro cuál? otro cuál? ¿Por qué no? ¿Por qué no? ¿Por qué no?	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis? 5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? 5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis? 5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que tuberculosis? 5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnós TB? 5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enter su enfermedad? 5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al ende su enfermedad? 5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han a	Espíritus [] ot No sabe	toser al dar la mano al compor relaciones sexuales hered perdida de peso sudoración No sabe En caso de que no culto su diagnóstico tura tuvo ansiedad otro ¿Cuál tuvo ansiedad otro ¿Cuál tuvo ansiedad otro ¿Cuál sudo ansiedad otro trabajo otro amigos trabajo otro otro otro amigos trabajo otro otro otro otro otro otro otro ot	partir alimentos itaria otro cuál? otro cuál? ¿Por qué no? ¿Por qué no? ¿Por qué no?	
5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis? 5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? 5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis? 5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse qua tuberculosis? 5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnós TB? 5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enter su enfermedad? 5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al ende su enfermedad? 5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han a por su enfermedad? 5.10 ¿Usted ha perdido su empleo a causa	Espíritus [] ot No sabe	toseria al dar la mano al compor relaciones sexuales hered perdida de peso sudoración No sabe En caso de que no tuvo ansiedad otro ¿Cuál tuvo ansiedad otro ¿Cuál tuvo ansiedad notro ¿Cuál auena Regular Mala imilia amigos trabajo	partir alimentos itaria otro cuál? otro cuál? ¿Por qué no? ¿Por qué no? ¿Por qué no?	
 5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis? 5.3 ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? 5.4 ¿Cree que se va a curar de la tuberculosis? 5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse qua tuberculosis? 5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnós TB? 5.7 ¿Cómo fue la reacción de su pareja al enter su enfermedad? 5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al ende su enfermedad? 5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han a por su enfermedad? 5.10 ¿Usted ha perdido su empleo a causa enfermedad? 5.11 ¿Se ha sentido estigmatizado o rechaza 	Espíritus [ot No sabe al por un beso al por un beso al por un beso al accuál? Tos fiebra S No Lo tomo norma Sintió miedo arse de Lo tomo norma Sintió miedo arse de No saben [to No responde] No responde fectado Ninguna factual accuál	toser al dar la mano al compor relaciones sexuales hered pérdida de peso sudoración No sabe En caso de que no culto su diagnóstico turtuvo ansiedad otro ¿Cuál? No saben En caso de que no Regular Mala milia amigos trabajo No aplica Si es si ¿Por qué? fes si, ¿por quienes?: familia lud compañeros de trabajo	partir alimentos itaria otro otro ¿Cuál? ¿Por qué no? ¿Por qué no? ¿Por qué no? vo llanto ? vo llanto ? amigos otro otro otro	

Página 2 de 5



6. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN EN SALUD. (se	plica en la primera visita)	
6.1 ¿Antes de su diagnóstico alguna vez recibió información y educación en salud frente a la	SA NoE No aplica E	
tuberculosis? 6.2 ¿A dónde consultó cuando tuvo los primeros síntomas de la enfermedad?	A la droguería solicito cita a su EPS acudió a u médico particular utilizó remedios caseros No	rgencia (1) aplica
6.3 Luego de que presentara los primeros síntomas, ¿considera que existió demora para saber que tenía la enfermedad?	SIP() No () No aplica ()	
6.4 ¿Tuvo que pagar de su bolsillo exámenes para el diagnóstico de su enfermedad?	Sí No No No aplica En caso de que que invertir aproximadamente?	si ¿Cuánto tuvo
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 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?	No No aplica	
6.9 ¿Por qué perfiles ha recibido educación y orientación acerca de su tratamiento y adherencia?	Tubujador Social Santa Transcription	erme ta
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 Mala	
6.12 ¿Ha recibido seguimiento telefónico por parte del personal de salud?) 	
6.13 ¿Le han socializado la carta de derechos y deberes de las personas afectadas?7. PLAN DE SEGUIMIENTO PRIMERA VISITA:		
7.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica	7.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de	7.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?:
prioritaria? Sí \(\) No \(\omega \) No aplica \(\)	urgencias? Si No No No aplica	SM 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 aplica	7.6 ¿Se requiere soporte de algún programa apoyo a nivel social para mejorar la adheren Sí No No No aplica
7.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).	7.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad? Sí No	7.9 ¿Se identifican contactos menores de 19 años de casos de TB y se derivan a valoraci Sí \(\) No \(\) No aplica \(\)
Sí No aplica No	a y compromisos:	
7.11 Resultado de la visita Efectivo∑ Fallida No realizada 8. PLAN DE SEGUIMIENTO SEGUNDA VISITA:	7.12 Fechal de la visita (dd/mm/aa)	7.13 Nombre del profesional que realiza a visita:
8.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica	. 8.2 ¿Se deriva a valoración al servicio de	8.3 ¿Se deriva a valoración por nutrición?:
prioritaria? Sí ☐ No ☐ No aplica ☐	urgencias? Sí No No No aplica	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 progran apoyo a nivel social para mejorar la adhere sí No No Aplica
	אונה ואחרי ואם מלוורת דיי	Página 3 de 5

Escaneado con CamScanner



S.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).	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 \(\square\) No \(\square\) No aplica \(\square\)
Sí No No aplica S.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visit	a 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 VI	SITA ADICIONAL:	
9.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria:	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
Sí No No aplica S.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? Sí No No aplica Sí	9.5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)	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,	Sí No No aplica Si	9.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración?
otros). Sí No No No aplica	Si 🗌 No 🗌 aplica 🗌	Sí 🗌 No 🗌 No aplica 🗌
8.11 Resultado de la visita	8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)	8.12 Nombre del profesional que realiza la visi
Efectiva Fallida No realizada 10. CONSTANCIA DE VISITAS (se actualiza según	n el seguimiento)	
Y-NURY RAMIREZ		
Firma de la persona afectada o su acudiente 1º Visita	Firma de la persona afectada o su acudiente 2º Visita	Firma de la persona afectada o su acudiente Visita
Firma del profesional que realiza la 1ºVisita	Firma del profesional que realiza la 2º Visita	Firma del profesional que realiza la 3º Visit
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 acudient 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 efectú	en visitas de seguímiento adicional adicione	una hoja respectivamente.

Página 4 de 5

		4.2 Tipo de documento de id		201 200	いた。これには、これには、これには、これには、これには、これには、これには、これには、	INTERCULEISIS					
) <u>~</u> 1	C NUIP□ Otro□	4,3 Nümei	4,3 Número de identificación:	4.4 Dirección:	4.5 Depart	4.5 Departamento/Distrito:	4.6	4.5 Municipio,	
		HEER CONTRACT	opposition (in the state of th	Shall the second selection of the second sec	Tableput (section)	Section in the section of the section is a section of the section in the section in the section is a section in the section in	Standtenbrid Lakeltageltenbrid Standtenbrid	Ephilips designed stilling Subsections of the January Subsection	A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O	,02 - j
, F.			Familiar	1				The state of the s		1	Can Allerton Can
			☐ [aboral ☐		65 a 15 años CI	Tratamiento	Je visita: Si□ No□	Cultivo Ilquido Si∏ No∏ NR∭		SI LI No I I	N (1)
			Comunitario	Subsidiado			Si No []	contaminado	Resultado: <5mm U 25mm U 210mm U NRU	Normal []	Egreso de profilaxís:
			Institucional	Red. Especial	Phorbad		SIC No	SIC No NR			Terminado∏ Fallecido∐
1000000000000000000000000000000000000			Escolar[]			Artitle	visità adiclonal:	Detectado No detectado	Resultado: <5mm 🗆 ≥5mm		Abandono□ No evaluado⊡
	4			No asegurado		Desnutrición		Backlescopla	3° visita: Si□ No□ Resultado: <smm td="" ≥smm<="" □=""><td>d allowed to</td><td>Fecha:</td></smm>	d allowed to	Fecha:
			Familiar 🗓	Contributivo		Trasplante	1º visita:	Cultivo l'auido	19 visita:		i v
			Laboral		501	Tratamlento inmunosuoresor [7]	SIC No	SICI Noti NR.	SICI No.	NE C	2 2 2 2
福	18		Opmunitario	Subsidiado			SiC No Cis	contaminado	Nesuratus Sanm C Sanm	Alterado []	Egreso da profilaxis:
		3.5	Institucional	Ron Fenorial	Hoorbad		SID No	SIC No NRC	SIC No CI		Teminado □ Falfecido □
2.4		chie				<u>a</u>	Visita adicional:	Detectado 🗆	Resultado: <5mm ☐ ≥5mm ☐ La ≥10mm ☐ NR☐		Abandono[]
			ESCOLAR L.	No asegurado	Habitante de calle [.] Otro	Cáncer Desnutrición	CION OIS	No interpretable 🗔 Baciloscopia	3º visita:		100
4.00		4.				Otro		St No NR	Resultado: <5mm 🖸 ≥5mm		
				Contributivo	≤5 años [] 6≤ a 15 años (]	Trasplante Tratamients	1º visita: Sí□ No□	Cultive liquido	1º visita:	Si No Cl	(1) (n) (s)
4,			Labora	Subsidiado	VIH/SIDA []	Sor	_	positivo ☐ negativo ☐	Resultado: <5mm 25mm	Normal	Egreso de
			Comunitario				_	Prueba molecular	2ª visita:	Areaso C	Terminado 🗌
			Institucional	Reg, Especial	Ď	al s		Sill Noll NRII	SICI NoCI Resultado: <smm ci="" esmm<="" td=""><td></td><td>Fallecto.□ Abandono.□</td></smm>		Fallecto.□ Abandono.□
		支	Escolar	J	Trabajador salud Habitante de calle	Artrills Cáncer	adicional: Si□ No□	No detectado 🖂	☐ ≥10mm ☐ NR☐		No evaluado □
		3,200		No asegurado	Otro []	Desnutrición 🖸 Otro		Baciloscopia Si □ No⊡ NR □	SiC No. Smm C S5mm		:echa:
1.00%			Familiar	Contributivo	SS años	-	1º visita:	Cultivo liquido	1° visita:	S C S	22 (2)
			Laboral			Trafamiento		Sf. No. NR.	SiCI NoCI		No [] Forma de
			Comunitario	Subsidiado	Indigena []	Silicosis	SiC No□	contaminado		Alterado 🗍	profilests:
] []		Olabetes	-	SICT NO CT NRCT	SICI NO		Fallecto
			Institucionali_)	Reg. Especial	Privado de libertad Trabajador salud		Visita adicional:	Detectado [] No detectado []	Resultado: <smm 🗖="">Smm</smm>		Abandono∏ No evalundo∐
1.		2	Escolar[_]	Me approprie	Habitante de calle	Cáncer		No interpretable [3º visita:		4
					_	Otro		saciloscopia Si	SiC NaC. Resultado: <5mm C ≥5mm		

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 CARACTER	TRACTON SOCTODEMO	IGRÁFICA DE LA	PERSONA. (s	e aplica en la p	rimera visita)		
	Carrier and the Add that the second		re yapellidos:	D A	1. C	4 Tipo de docum Cd∏ RC ☐ P	ento de identidad: S 🔲 CE 🔲 NUII	P□ Otro
:	1.5 Número de identificación: 28 645 944	1.6 Ocup:	eción: P6A2	Ind	Etnia: ígena X Afrocolo ígena indique el	ombiano∐ Raiza pueblo	∏ R <i>rom g</i> itano] Si es
	1.8 Escolaridad: Sin escolaridad Primaria Posgrado	Bachillerato[] Técnico[] Profesional[]	1.9 Estado (Soltero(a) Otro	Civil: Casado(a)		1.10 Departam TOLIO 1.15 Area geog	ma.
F(1.11 Dirección de residencia: OS MOSOS 1.16 Tipo de vivienda: Casa Apartamento Centro Protección Ningur	COJAWA CA 1.17 Tipo Albergue Empleado	1.13 Localidad/com (Billo) Bock de trabajo: Independiente	DE BABI	V) (MAZ 1.18 Régimen de	Zona Urbana Rural dispersa (Rural dispersa (afiliación en saludo Subsidiado (Rural 🗍] I:
_	1.19 Nombre de la EAPB:	PSI	1.20 Grupo poblaci Privado de la liberta desplazado pers madres comunitaria	d habitante	cidad∐ desmov LGBTI∏ Otro [ilizadoLJ vicum Li ¿Cuál?	a del conflicto	
	1.21 ¿Cuántas personas vivel usted? 1 2-3 4-6 >6	¿Existe? Hacinamiento Falta ventilación	dep Sí v No□ usto	23 ¿Cuántas pers penden económic ed?] 1 [] 2-3[] 4	amente de	1.24 La vivienda Ludo agra a interneti televis recolección de ba	lcantarillado∏ sión∏ teléfon √	gas⊡
	1.25 ¿Sus ingresos económic No tiene ☐ < 1 SMLMV☐	tos mensuales son? 2-3 SMLMV >4 SMLMV		26 ¿Cuántas co 1		día promedio?	1.27 ¿Redibe subsidio econo estado?	
	2. DATOS DE INGRESO AL 2.1 Tipo de tuberculosis: Pulmonar Extrapulmona	r□ Meníngea □	indigency in depending	2.2 Condición de Nuevo Reca	ingreso; aída <u>l</u> Fraca	so□ Recuperac	lo tras pérdida⊡	Otro
	Especifique la localización ex 2.3 Criterio de diagnóstico: Cultivo líquido: Sí No Prueba Molecular: Sí No		2.4 Resultados de Cultivo: (-) 1 a Contaminado : Prueba molecular:	9 BAAR□ ÷□ No detectado□	++ +++	NRLI Io interpretable	2.5 Tipo de c TB Sensible TBMDR/RRL TBXDR TBXDR	TB Mo
	Diagnóstico clínico: Sí	No [] No []	Resistente a: rifar aminoglucósidos Baciloscopia: (-)	npicina isoni]] 1 a 9 BAAR	acida∐ quinol ++∏ ++ +	onasLi -++ NR	2.6 Fecha de	-
	3, DATOS DE SEGUIMIEN				artir de la fich	3.3 Fecha de in		وعفاد
	3.1 Fecha de ingreso al prog (dd/movis:)	grama:	3.2 Fecha de inici (306) (308) 3.5 Dosis de trata	121	ado a la fecha	(dd/mm\ha)	ides/factores de	
	3.4 Tipo de tratamiento prescrito en el momento de la visita: Estandarizado RHZE Sí☐ No☐ Individualizado 1 fase Sí☐ No☐ Estandarizado RH	Estandarizado TB MDR/RR Sí No	de la visita: 1ª visita (dd/ma) dosis: 2ª visita (dd/ma) dosis: 3ª visita (dd/ma) dosis:	(∞) fase I X (∞) fase I□ (∞) fase I□	fase II fase II fase II fase II	riesgo. VIH Diabetes Cáncer EPOC Enf.Renal Enf.Hep	Si No No No No No No No N	Alcoho Sí I Tabaq Sí I Consu psicoa
	Sí No Sindividualizado 2 fase	Estadarizado RHZE y Lfx	4ª visita (od imm	/aa) fase I∐	fase II 🗌	Desnutrición Enf. Mental.	Sí No	Otra (

Página 1 de 5

¿Cuál



•			
• •	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	Acceso a controles de enfermería a la fecha de la visitegún el lineamiento del PNT: mes Sí No NR C Controles adicionales para TF mes Sí No NR FR: mes Sí No NR Sí No NR mes Sí No NR NR mes Sí No NR mes Sí No NR mes Sí No NR No aplica mes Sí No NR	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 Al finalizar el tratamiento:
	3.9 Acceso a controles de nutrición a la fecha d 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	la 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	Sí No positivo negativo No reporta 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 Nauseas Vomitó Alteración visual Alte Cuá!?	gástrica ictericia Sí No No registra No	
	3.15 Modalidad de tratamiento observado TDO: TDO en IPS TDO en comunidad TDO dom TDO Virtual TDO Hospitalario		tratamiento 3.17 Condición de egreso al tratamiento: Curado Terminado Fracaso Fallecido Pérdida en el seguimiento No evaluado
	4. IDENTIFICACION DE CONTACTOS (se ap	ca en la primera visita y se actualiza según el seg	ulmiento)
	Realice la identificación de contactos especialmer comunitario. (Ver planilla de registro página 5).	e aquellos que convivan más de 6 horas con el caso índi	: ice en el contexto familiar, institucional, escolar,
	5. ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITU	DES Y PRÁCTICAS (se aplica en la primera visita)	
		aliana (h. 1964), elecalia de la compania de del Calendro de la Calendro de la Calendro de la Calendro de la c El Maria de la compania de la compa	persona Describa los hallazgo
			relevantes
	5.1 ¿Cuál es la causa de la tuberculosis?	No sab Bacteria Virus Hongo Sepíritus otro cuál?	
	5.2 ¿Cómo se transmite la tuberculosis?	No sabe al toser al dar la mano al col por un beso por relaciones sexuales here ¿Cuál?	mpartir alimentos : ditaria : otro :
	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	o ¿Por qué no?
:	5.5 ¿Cuál fue su primera reacción al enterarse que tuberculosis?	tenía Lo tomo norma oculto su diagnóstico trono tuvo ansiedad otro ¿Cuál	ıvo llanto:
	5.6 ¿Su familia conoce actualmente su diagnósti TB?		
	su enfermedad?	e de Lo tomo norma oculto su diagnóstico tu Sintió miedo tuvo ansiedad otro ¿Cuá	ıvo llanto⊡ ?
	5.8 ¿Cómo fue la reacción de sus amigos al ente de su enfermedad?	No responde	Az
:	5.9 ¿Qué aspectos de su vida considera se han afe por su enfermedad?	Otro Cual?	vida social
	5.10 ¿Usted ha perdido su empleo a causa c enfermedad?		
	5.11 ¿Se ha sentido estigmatizado o rechazado alguien a causa de su enfermedad?	por No Si Si es si, ¿por quienes?: familia personal de salud compañeros de trabajo	amigos otro
		entry the second	The state of the s
	5.12 ¿Conoce alguien cercano que haya tenic enfermèdad?	o la SíX No ☐ Si es si ¿Quién? Familiar ☐ amigo	

Página 2 de 5



6. EXPERTENCTA EN LA ATTONIA				The same		o pos		
6. EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN EN SALUD, (se a	splica en la	primera	visita)					
ର୍ତ୍ତ-2 ¿Antes de su diagnóstico alguna vez recibió información y educación en salud frente a la tuberculosis?	Sí 🗀	Neg	No aplica	er j				
6.2 ¿A dónde consultó cuando tuvo los primeros síntomas de la enfermedad?	A la drogue médico par	ería s	olicito cita a su EPS	acudió a u	rgencias 🗋			
6.3 Luego de que presentara los primeros síntomas, ¿considera que existió demora para saber que tenía la enfermedad?	Sí 🗀	NA	utilizó remedios caser No aplica	osi_i No	aplica			
6.4 ¿Tuvo que pagar de su bolsillo exámenes para el diagnóstico de su enfermedad?	Sí [] que inverti	NoX ir aproxim	No aplica [En casadamente?	so de que	si ¿Cuánto	tuvo		
6.5 ¿Alguna vez se ha sentido estigmatizado o rechazado por el personal de salud?	SI	NOX;	No aplica	-		_·		
6.6 ¿Ha tenido dificultades por autorizaciones o para acceder a las citas médicas, exámenes o procedimientos relacionados con su enfermedad?		No	No aplica					
6.7 ¿Ha tenido alguna interrupción o demora en la administración de tratamiento de su enfermedad?	Sí 🗔	NOX	No aplica 🗌					
6.8 ¿El sitio donde la administran el tratamiento observado es de facil acceso para usted?	Sí 🔀	No 🗌	No aplica					
6.9 ¿Por qué perfiles ha recibido educación y orientación acerca de su tratamiento y adherencia?	Médico O Trabajado	Enfermer or social	Psicólogo Auxíl Promotor de salu	iar de enf Otro	ermería Cuál?		a	
6.10 ¿Usted asiste a algún grupo de apoyo o hace parte de alguna asociación de personas afectadas por TB?	Sí 🗀	No Ø	No conoce		Plane Ing.			
6.11 ¿Cómo evalúa la atención que le ha brindado su EAPB y su IPS?	Buena 🗔	Regula	r 🗌 🦰 Mala 🗀					
6.12 ¿Ha recibido seguimiento telefónico por parte del personal de salud?	. ,	No 🗌	No aplica 🗀		* .			
6.13 ¿Le han socializado la carta de derechos y deberes de las personas afectadas?	Sí 🗌	NoX						
7. PLAN DE SEGUIMIENTO PRIMERA VISITA:							ere ere er	
7.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria?	urgencias	;?	aloración al servicio de			deriva a valo No □ No a	pración por nuti	rición?
Sí No X No aplica			o aplica 🗌					
7.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? Sí No aplica No aplica No aplica	(Crónicos otros)	, Salud S	alización a otros progra exual y Reproductiva, e o aplica 🏻	mas entre	ароуо а	requiere sop nivel social Noti No :	oorte de algún para mejorar la aplica []	progra adhe
7.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros).	7.8 ¿Se r diagnósti	efuerzan	conocimientos frente a miento de la enfermed		años de		contactos menc 3 y se derivan a aplica 🔲	
Sí No No aplica					•			
7.10 Consideraciones relevantes evidenciadas en la visit	ta y compro	ve to	als cal	SE	15	1E (2 ~	refuga	2
Coshon C LESPECTION SE	5000	- LR/	40					
			11. 12. 12. 12. 12. 12. 12. 12. 12. 12.		777 7 7711	\- · · · · · · ·	the sequence of the sequence o	
7.11 Resultado de la visita Efectiva Fallida No realizada 8. PLAN DE SEGUIMIENTO SEGUNDA VISITA:		7.12 F	echa de la visita: (dd/	mm/aa)		7.13 Nor realiza la	pbre del profes visita:	ional
	V. J. W.				0.210	deriva	aloración por n	utrició
8.1 ¿Se deriva a valoración por consulta médica prioritaria?	urgencia	5?	valoración al servicio d No aplica 🗌	e	Sí []		o aplica 🗌	
Sí No No aplica						a raquiere s	oporte de algú	ח ח סרס
8.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? Sí No No aplica	(Crónicos otros)	s, Salud S	nalización a otros prog Sexual y Reproductiva,	ramas entre	apoyo	a nivel socia	oporte de digo al para mejorar o aplica 🗍	la ac
	SI 🔲	No[] N	lo aplica					
						Pa	ágina 3 de 5	,



8.7 Se deriva a programa de protección social (albergue, comedor comunitario, subsidio económico, otros). S(No 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 vis	ita 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 vi
9. PLAN DE SEGUIMIENTO TERCERA VISITA O VI	SITA 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 No aplica
9.4 ¿Se deriva a valoración por psicología? Sí \(\text{No} \text{No} \text{No} \text{No} \text{No} \qua	9,5 Se realiza canalización a otros programas (Crónicos, Salud Sexual y Reproductiva, entre otros)	9.6 ¿Se requiere soporte de algún programa apoyo a nivel social para mejorar la adheren Sí No No aplica
2.7 Se deriva a programa de protección social albergue, comedor comunitario, subsidio económico,	Sí No No aplica U 9.8 ¿Se refuerzan conocimientos frente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad?	9.9 ¿Se identifican contactos menores de 15 años de casos de TB y se derivan a valoración
otros). 6(Si 🗌 No 🗌 aplica 🗌	Sí 🗌 No 🗌 No aplica 🗌
.11 Resultado de la visita	8.12 Fecha de la visita: (dd/mm/aa)	8.12 Nombre del profesional que realiza la
ectiva Faliida No realizada D. CONSTANCIA DE VISITAS (se actualiza segúi	n el seguimiento)	
dunc C) lla seusada -irma de la persona afectada o su acudiente 1º Visita	Firma de la persona afectada o su acudiente 2º Visita	Firma de la persona afectada o su acudier Visita
Firma del profesional que realiza la 1ºVisita	Firma del profesional que realiza la 2º Visita	Firma del profesional que realiza la 3º V
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 acudi Visitas adicionales.
Turlo (augn Volune 6 - Firma del profesional que realiza la visita adicional	Firma del profesional que realiza la visita adicional	Firma del profesional que realiza la vis adicional

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

Página 4 de 5

			(otnein	trol de la TB. Jos v su seguin	de Prevención y Coni actos identíficac	leriolosM Trigo 20	emergord einereleA	Andrés Cruz M-	1632O ò1odel3 e10	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	\			
Ci iz D oz ng sb oz ng sixelibrq Cobnimal Cobonimal Cobosiles Cobosiles Cobosiles Cobosiles Cobosiles		SI No Clarificación Samus Sammines Clarificación Clarifica	Cultivo fiquido Continto fiquido Contento de Content	:::fisiv of ::ralisiv oz ::ralisiv oz ::r	Trasplante		As año se so se	Contributivo Subsidiado I. Reg. Especial I. Mo asegurado				4		710000
		10 visite: 10	Persignal Description In mol with the mol we make the mol we make the mol we mount of the mol	to disting to the control of the con	Inseptation		65 a 50 and 25 and 25 and 25 a 50 and 20 and	Contributivo	C. Talline Talline Talline Talline Talline Calline Cal					u Lipa)
St Clares of the	☐ oh ☐ 72 ☐ 73 N ☐ lamnoh ☐ oterstlA	14 visite: 31 viol. 31 viol. 21 viol. 22 visite: 23 visite: 31 viol. 31 viol. 32 visite: 33 visite: 34 viol. 35 visite: 3	Luithou filtutio Cultifron filtutio Confirmation Confir		Casplande Charlescor C		55 a 50s 56 a 15 años VIH/SIDA Indigena Migranta Privado de libertad Trabajador salud Trabajador salud Otro Otro	Contributive Contr	Tablills					1.5
i . ;	1] ok 1 12 13 14 15 18 18 19 19 19 19 19 19		oblibili ovilibili ovilibi	To Visition 30 Vis	Trasplante Trasplante and malamidambor Trasplante control from the control		SS and SS	Contributivo Subsidiado Reg, Especial Ma asegurado	Famillar [.] Laboral [.] Comunizario[.] Institucionai[Escolar. [Famillar [Famillar []					15 b ₂ (20%
द्वकार्यक्रम् व्यागिकाम् वर्षामिकाम् द्वाराव्यम् वर्षामुख्यास्य वर्षामुख्यास्य	5073 15	क्षाप्रकृतकारक्ष्णिक विद्याप्तर्थ राज्योत्तर्भक क्षाप्तिक विद्याप्तर्थ संस्कृतकार्यक	જિલ્લાના માટે કર્યો જિલ્લાના માટે કર્યો	Tellin mannifice maintaining	ที่ รัชนิสส์ทาสัญ รัสส์เกินสะ ร	1001		្ស លក្ខទុស្សជន្ ក្នុងសម្រាស្រី	ราช เกิดเกิด เกิดเกิดเกิด เกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิดเกิด		a de la constanta	The survivation	pri to district di la constitución di la constituci	
	, Municipio,	ט'ני	tamento/Distrito:	o.5 Depar	รูเรเวเวเกรสู ๑.๑ Dirección:	10 F (10 B	ios os identificació	DÉ CONTAC		b2 ☐ CE ☐ NC	CC [] BC []		e y apellidos del caso índice:	