## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha: Noviembre 2021**

| TIPO DE CONTRATACION | DIRECTA | CONTRATO No. | 0849/2021 | No. PROCESO EN EL SECOP II | UNTH-2109208 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| CONTRATO No.0849/2021 | OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
| | | Fecha de suscripción: 19/10/2021 |
| | | Valor inicial $3.105.600,00 |
| | | Adiciones<br>1- $_____<br>Reducciones<br>1- $_____ |
| | | Valor Total $3.105.600,00 |
| | | Registro Presupuestal SIIF No. 327821<br>Fecha: 19/10/2021<br>CDP No. 2721 |
| | | Garantía No.: NA |
| | | Aseguradora: NA |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía: NA |
| | | Fecha de la notificación del Supervisor: 44488 |
| | | Fecha del Acta de Inicio 19/10/2021 |
| | | Plazo de ejecución del Contrato 31/10/2021 |
| | | Vigencia del contrato: 19/10/2021– 31/12/2021 |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:<br>RUBIANO PARRA LEIDY PATRICIA | | NIT/C.C.: 36291627 |
| | | Dirección: CARRERA 56 A No.137b-60 |
| | | Teléfono: 3103875368 |
| | | Cuenta Bancaria No. 61575617670<br>Banco: BANCOLOMBIA<br>Clase de Cuenta Ahorros __x__ Corriente _____ |

**Forma de pago:** dentro de los 30 días calendario.

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| Las obligaciones contenidas en el contrato No.0849/2021 Clausula segunda (actividades). | Octubre 2021 | Octubre 2021 | NA | $517.600,00 |
| **Saldo del contrato** | | | | $2.588.000,00 |

**En mi condición de supervisor de contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente del mes de SEPTIEMBE/2021; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades y/o servicios contratados del mes de octubre, el cual es parte integral del presente documento, dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.**

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:** POR LA SUMA DE ($517600) LETRAS: QUINIENTOS DIESCIETE MIL SEISCIENTOS pesos m/cte..

DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA

**Observaciones:** __ _____

| |
|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: Mayor Neila Robles Carrillo** |
| **NUMERO DE CÉDULA: 52.547.842 Btá** 05/10/2021 |
| **FIRMA:** |

NOMBRES Y APELLIDOS L. Patricia Rubiano Pa FECHA 8 11 21 CONTRATO 0849 /2021

| ACTIVIDADES | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|
| Informar y retroalimentar a los pacientes y familiares que acuden al Servicio de Consulta Externa sobre número de consultorio, hora, médico que brindará la atención, sitio de espera. | ✓ | |
| Reportar en cuadro de Excel el personal que asiste a consulta por cada área o recibo designado. | ✓ | |
| Informar al paciente y/o acompañante los trámites administrativos que debe seguir para agendamiento de controles, CTC, exámenes de manera ambulatoria. | ✓ | |
| Mantener comunicación con el especialista, el paciente, su acompañante y el Servicio de Enfermería, con el fin de tramitar y/o brindar información pertinente sobre los servicios y/o procedimientos requeridos para la atención del usuario. | ✓ | |
| Generar alarma a los médicos y enfermeras de los pacientes que presentan prioridad (adulto mayor, mujer en embarazo, persona con discapacidad | ✓ | |
| Reportar oportunamente el trámite administrativo en caso de daños de infraestructura al servicio de mantenimiento. | ✓ | |
| Reportar oportunamente los daños de servicio de informática y equipo biomédico en cada recibo y/o área asignada. | ✓ | |
| Socializar los deberes y derechos de los pacientes y acompañantes, con el respectivo soporte. Presentar el BROCHURE de bienvenida a los pacientes al momento del ingreso | ✓ | |
| Identificar la ruta de evaluación y llamado de emergencia con el fin de orientar a los pacientes y/o acompañamiento que están en el servicio de Consulta Externa | ✓ | |
| Realizar reporte oportuno del daño de silla de ruedas de tránsito en Consulta Externa. Mantener organizados los recibos, no permitiendo desorden. | ✓ | |
| Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de las FUERZAS MILITARES, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación de servicio, observando la moral y las buenas costumbres.©2012 – Doug Robbins | ✓ | |
| Mantener disponibilidad para la asignación en las diferentes jornadas del servicio de Consulta Externa. | ✓ | |
| Realizar la encuesta de sintomatología respiratoria a los usuarios y acompañantes que ingresen a la Institución y la previa verificación del buen uso de elementos de protección personal. | ✓ | |
| Aportar los comprobantes de pago al sistema de seguridad social. | ✓ | |
| Apoyar las emergencias sanitarias declaradas por el Gobierno Nacional, de acuerdo a la normatividad vigente, teniendo en cuenta la idoneidad, experiencia y las necesidades institucionales. | ✓ | |
| Cumplir requisitos, normas y procedimientos establecidos por el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Militar Central. | ✓ | |
| Procurar el cuidado de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. | ✓ | |
| Hacer buen uso de los elementos de protección personal necesarios para la actividad contratada. | ✓ | |
| Promover en el grupo, la cultura de valores y principios de la institución | ✓ | |
| Cumplir y velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, con el fin de disminuir los riesgos tanto para el personal de la Entidad, como para la comunidad y el medio ambiente. | ✓ | |
| Las demás actividades asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con el nivel, naturaleza y el área de desempeño del contrato. | ✓ | |
| Las demás actividades asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con el nivel, naturaleza y el área de desempeño del contrato. | ✓ | |

FIRMA

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
**NIT: 830.040.256-0**

**ÁREA: CONSULTA EXTERNA**

| INFORMACIÓN CONTRACTUAL | |
|---|---|
| **1. CONTRATO NO.** | 849/2021 |
| **2. NOMBRE DEL CONTRATISTA** | RUBIANO PARRA LEYDI PATRICIA |
| **3. SUPERVISOR** | MAYOR NEILA ROBLES CARRILLO<br>Oficial Superior en Comisión Administrativa |
| **4. OBJETO CONTRACTUAL** | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA |
| **DECLARACIÓN DE INICIACIÓN** | |
| **5. FECHA DE INICIACIÓN** | 19/10/2021 |
| **6. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL Y FECHA** | 327821 CDP 2721 DEL 19/10/2021 |
| **7. FECHA DE APROBACIÓN PÓLIZA** | No aplica |
| **8. VALOR DEL CONTRATO** | $3'105.600,oo |

| | | |
|---|---|---|
| **9. PLAZO PACTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO** | 31/12/2021 | |
| **AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD – ATENCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS** | | |
| **10. RESPONSABLE PARA SOLICITAR BIENES Y SERVICIOS POR PARTE DEL HOSPITAL.** | My Neila Robles Carrillo<br>Supervisora Contrato | Telefónico 3502073650<br>Escrito<br>Correo electrónico nrobles@homil.gov.co |
| **11. RESPONSABLE PARA AUTORIZAR BIENES Y SERVICIOS** | **Supervisor del Contrato:**<br>My Neila Robles Carrillo<br>Supervisora Contrato | Telefónico 3502073650<br>Escrito<br>Correo electrónico nrobles@homil.gov.co |
| **12.RESPONSABLE PARA ATENCIÓN A LA SOLICITUD DE BIENES Y SERVICIOS POR PARTE DEL CONTRATISTA** | Rubiano Parra Leydi Patricia | Telefónico 3103875368<br>Escrito<br>Correo electrónico |
| **NOTA: cualquier modificación de esta acta deberá suscribirse mediante comunicación formal** | | |
| **FORMALIZACIÓN DEL ACTA** | | |
| **13. COMO CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA PRESENTE ACTA, HOY:** | 19/10/2021 | |
| **14. FIRMA DEL CONTRATISTA** | 36291627 | |
| **15. FIRMA DEL SUPERVISOR** | Mayor Neila Robles C. 19-XI-2021 | |