

E.S.E. Hospital Integrado San Bernardo
No responsable de IVA
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8610

Carrera 9 #15-54 Barbosa Sant

Teléfono: 3138259030

NIT: 890205456-5

Factura Electrónica de Venta

No. FE939242

Fecha emisión 28/11/2023

Autoriza DIAN 18764042068731, Fecha: 2022-12-28 hasta 2023-12-28, Prefijo FE, Factura 920234 al 940234.

Página 1 de 1

Empresa: SECRETARIA DE SALUD DEPTAL SANTANDER NIT: 890201235-6
Contrato: SERVICIOS OTROS NO LEGALIZABLES - SECRETARIA DEPTAL SANTANDER -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Acuerdo mutuo Fecha de Pago: 26/02/2024

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	ACTA DE RECIBO PARCIAL No. 1 REALIZAR ACCIONES DE INFORMACION EN SALUD, TOMA Y TRASLADO DE MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DEPARTAMENTAL PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI A MENORES DE DIECIOCHO (18) ANOS Y GESTANTES DEL MUNICIPIO DE BARBOSA (SANTANDER) EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERRUPCION POR VECTORES DOMICILIADOS EN ENFERMEDAD DE CHAGAS, ENMARCADOS EN EL PROYECTO APOYO A LA GESTION, PROMOCION Y PREVENCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) EN SANTANDER.	29,955,000.00	1.00	29,955,000.00
Valor total factura electrónica #FE939242				29,955,000.00
Valor del copago o cuota moderadora:				0.00
Valor a pagar por: SERVICIOS OTROS NO LEGALIZABLES - SECRETARIA DEPTAL SANTANDER -				29,955,000.00
Valor EN LETRAS: VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE				

IPS facturacion1hisb@gmail.com

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art.774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobrarán intereses por mora.

Número Cuenta:49000101-3 Entidad Bancaria: BANCO POPULAR - Corriente

CUFE: c02174e2116eb0354e4417de206af2ecd3064dce629f22d972ac0c38ad4cf9897e37f51608c2ab82727493e5be984eff

Documento generado el 28/11/2023 17:23 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	AP-CCP-RG-03
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 DE 1

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 01

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO					
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5143320 DEL 27 DE JUNIO DE 2023					
CONTRATISTA:	E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO					
Nit O C.C. No.:	890205456					
OBJETO:	REALIZAR ACCIONES DE INFORMACIÓN EN SALUD, TOMA Y TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IGG ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI A MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS Y GESTANTES DEL MUNICIPIO DE BARBOSA (SANTANDER) EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERRUPCIÓN POR VECTORES DOMICILIADOS EN ENFERMEDAD DE CHAGAS, ENMARCADO EN EL PROYECTO APOYO A LA GESTIÓN, PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) EN SANTANDER					
VALOR INICIAL:	\$191.405.229.00					
VALOR ADICIONAL:	\$0.00					
ANTICIPO INICIAL:	\$0.00					
ANTICIPO ADICIONAL:	\$0.00					
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	\$0.00					
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	\$0.00					
PLAZO INICIAL:	SEIS (6) MESES					
PLAZO ADICIONAL:	NO APLICA					
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO:	NO APLICA					
Nit O C.C. No. DEL INTERVENTOR:	NO APLICA					
SUPERVISOR:	AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 27 DE JUNIO DE 2023					
FECHA INICIACIÓN:	06 DE JULIO DE 2023					
ACTA DE SUSPENSIÓN:	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
ACTA DE REINICIACIÓN:	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
FECHA TERMINACIÓN:	31 DE DICIEMBRE DE 2023					
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD					
VALOR A PAGAR:	\$ 29,955,000.00			No. DE COBROS REALIZADOS:	1	DE 2
PERÍODO DE PAGO:	DESDE: 06/07/2023			HASTA: 24/11/2023		

Con base en los informes presentados por E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, respecto a las actividades ejecutadas y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte del Departamento de Santander, certificó que fueron revisados los informes de actividades del Contratista, los anexos presentados con relación al desarrollo y ejecución de las actividades contractuales, que fue verificado el cumplimiento de las obligaciones en cuanto a la Seguridad Social y Obligaciones Tributarias certificadas por el Contratista frente a los aportes al Sistema de Seguridad Social, Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Por lo anterior, se autoriza el pago de la presente acta y se deja constancia que la información aquí suministrada fue verificada, es veraz y cumple con los parámetros establecidos en el Contrato.

Se firma para trámite de pago, a los seis (06) días del mes de Diciembre de 2023

Firma: 

Nombre: AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO.

<div>Republica de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	ACTA DE RECIBO PARCIAL	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 2

ACTA DE RECIBO PARCIAL N° 1

TIPO DE CONTRATO :	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO		
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5143320 del 27 de junio de 2023		
CONTRATISTA:	E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO		
Nit o C.C. No.	890205456		
OBJETO:	REALIZAR ACCIONES DE INFORMACIÓN EN SALUD, TOMA Y TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IGG ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI A MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS Y GESTANTES DEL MUNICIPIO DE BARBOSA (SANTANDER) EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERRUPCIÓN POR VECTORES DOMICILIADOS EN ENFERMEDAD DE CHAGAS, ENMARcado EN EL PROYECTO APOYO A LA GESTIÓN, PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) EN SANTANDER		
VALOR INICIAL:	\$191,405,229.00		
VALOR ADICIONAL:	\$0.00		
ANTICIPO INICIAL (XXX %):			
ANTICIPO ADICIONAL (XXX %):			
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL			
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.			
PLAZO INICIAL:	SEIS (6) - Meses		
PLAZO ADICIONAL:	-		
PORCENTAJE DE EJECUCION:	15,65%		
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO :			
Nit o C.C. DEL INTERVENTOR			
SUPERVISOR:	AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ Acto Administrativo de fecha 27 de junio de 2023		
FECHA DE INICIACION:	06 de julio de 2023		
ACTA DE SUSPENSION			
ACTA DE REINICIACION			
FECHA DE TERMINACION:	31 de diciembre de 2023		
MUNICIPIO:	Barbosa, Santander		
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD		

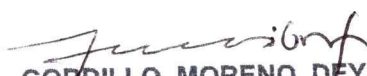
En Bucaramanga, Santander, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de 2023 , se reunieron, Ayde Alexandra Lopez Sanchez, en calidad de Supervisor del Departamento y **GORDILLO MORENO DEYSI MARYORY**, quien comparece en nombre propio o calidad de Representante legal de **E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**, como Contratista, con el fin de elaborar la presenta Acta de Recibo Parcial correspondiente al periodo **06/07/2023 al 24/11/2023**, del presente Contrato de acuerdo con las actividades ejecutadas y consignadas en el Anexo de la cuenta , el cual hace parte integral de la presente acta, así como del informe del Supervisor.

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, caja de compensación familiar, ICBF, SENA, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

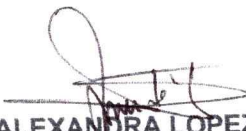
<div>Republica de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	ACTA DE RECIBO PARCIAL	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	2 de 2
VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL No.		\$ 29,955,000.00	
MENOS APOORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)		\$	
MENOS AMORTIZACION DE ANTICIPO XX%		\$	
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA		\$ 29,955,000.00	

SON: VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS (\$ 29,955,000.00)

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de 2023.


GORDILLO MORENO DEYSI MARYORY
E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO
Contratista

Interventor
Interventor


AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ
Supervisor

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	24/05/2023
		PÁGINA	1 de 6

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.5143320
CONTRATISTA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.
Nit o C.C. No.	890.205.456-5
OBJETO:	REALIZAR ACCIONES DE INFORMACIÓN EN SALUD, TOMA Y TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IGG ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI A MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS Y GESTANTES DEL MUNICIPIO DE BARBOSA (SANTANDER) EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERRUPCIÓN POR VECTORES DOMICILIADOS EN ENFERMEDAD DE CHAGAS.
VALOR INICIAL:	\$ 191.405.229
CONTRATISTA:	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO.
VALOR ADICIONAL:	NO APLICA
PLAZO INICIAL:	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023
PLAZO ADICIONAL:	NO APLICA
SUPERVISOR:	AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ
Acto Administrativo de Supervisión:	08 DE SEPTIEMBRE DE 2023
INTERVENTOR:	NO APLICA
Acto Administrativo de Interventoría:	NO APLICA
FECHA DE INICIACIÓN:	06/07//2023

ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	No Aplica	Fecha:	No Aplica
No.	No Aplica	Fecha:	No Aplica

ACTAS DE REINICIO			
No.	No Aplica	Fecha:	No Aplica
No.	No Aplica	Fecha:	No Aplica

FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2023
----------------------	------------

OFICINA GESTORA:	SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
------------------	----------------------------------

VALOR A PAGAR:	\$ 29.955.000	No. de cobros realizados:	1	de	2
Periodo de Pago:	Desde: 06/07/2023	Hasta:	13/10/2023		

DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SÓLO SI LA OFICINA GESTORA ES LA SECRETARÍA DE SALUD:

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	24/05/2023
		PÁGINA	2 de 6

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL	No.	\$ 29.955.000
MENOS APOORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)		\$
MENOS AMORTIZACION DE ANTICIPO XX%		\$
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA		\$ 29.955.000

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	EVIDENCIAS
1	Presentar y socializar plan de trabajo y cronograma de actividades a la Dirección de Salud Integral y a los Coordinadores de Laboratorio de Salud pública, epidemiología y demografía y Enfermedades Transmitidas por Vectores.	Se elaboró el Plan de Trabajo y Cronograma general de actividades a la Dirección de Salud Integral y a los Coordinadores de Laboratorio de Salud pública.	ANEXO 1 Plan de trabajo y cronograma de actividades
2	Presentar las fichas técnicas para las actividades de sensibilización.	Se presentaron la Fichas técnicas para las actividades de sensibilización	ANEXO 2 Fichas técnicas para las actividades de sensibilización.
3	Se realizo propuesta del procedimiento de Consentimiento informado, con el registro a diligenciar, en donde se describa en lenguaje claro y sencillo aspectos generales de la Enfermedad de Chagas, objetivo del muestreo, participación, desarrollo de la jornada, riesgos, beneficios, aclaraciones frente al proceso. Además, el consentimiento debe contener información general del menor (nombres, apellidos, identificación, municipio residencia, Vereda o localidad, numero de contacto, entre otros), lo mismo que la autorización expresa de un acudiente o responsable del menor a tamizar con sus respectivos datos personales	Se realizó propuesta de procedimiento de Consentimiento informado con los datos referidos por el programa.	ANEXO 3 Consentimiento informado.
4	Realizar articulación con las alcaldías municipales, responsables de vigilancia en salud pública, sector educativo y comunitario, con el fin de coordinar las actividades a realizar.	Se realizó Coordinación y articulación con alcaldías municipales, responsables de vigilancia en salud pública, sector educativo y comunitario	ANEXO 4 Acta de socialización con actores municipales

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	24/05/2023
		PÁGINA	3 de 6

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	EVIDENCIAS
5	Realizar acciones de socialización y sensibilización de la actividad en el municipio de Barbosa Santander del Plan de interrupción por vectores domiciliados en Enfermedad de Chagas., para ello se deben utilizar diferentes medios como campañas promocionales, medios radiales, electrónicos, físicos y convocatorias de la comunidad donde se expliquen las actividades a realizar.	Se realizaron Campañas promocionales, medios electrónicos, físicos y convocatorias a la comunidad.	Anexo 5 Imagen publicitaria en redes sociales. Folleto que se compartió en los diferentes grupos.
6	La población objetivo a intervenir está establecida a menores de cinco (5) años, de 5 a 14 años y mujeres gestantes. Dentro del plan a desarrollar se filtrará con dos bases de datos realizadas en tomas anteriores, para no realizar una toma duplicada.	Se filtró la población a intervenir con base de datos por municipio y Barbosa ruaf.	Anexo 6 Bases de Datos Por Municipio Barbosa Ruaf 2018
7	Realizar capacitación del personal a cargo de realizar la toma de muestras.	Se realizó Capacitación del personal que realiza la toma de muestras	ANEXO 7 Acta N. 35 de 08 de Julio de 2023.Capacitación del personal que realiza la toma de muestras.
8	Previo al inicio del proceso se estableció implementar la fase pre analítica, que permita verificar la calidad de las muestras tomadas y la información recolectada.	Implementación fase pre analítica toma de muestras.	ANEXO 8 Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras para el laboratorio clínico Acta de verificación de cumplimiento de las especificaciones técnicas y documentos a hospitales del plan de chagas del 08-07-2023.
9	Deberá presentarse contrato vigente para el manejo de residuos de riesgo biológico, los residuos generados deben entregarse al operador autorizado en el municipio de Barbosa Santander.	Se presenta contrato Contrato vigente con le empresa contratada de DESCONT Soluciones Ambientales, para el manejo de residuos Hospitalarios.	ANEXO 9 Contrato vigente para el manejo de residuos
10	En caso de requerir almacenamiento temporal de las muestras, deben presentarse las correspondientes hojas de vida de los equipos utilizados (nevera, micropipeta, centrifuga) con registros de mantenimiento y calibración vigentes.	Se presenta Hojas de vida de los equipos utilizados (nevera) con registros de mantenimiento y calibración vigentes.	ANEXO 10 Hoja de vida nevera Hoja de vida centrifuga Hoja de vida micropipeta

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	24/05/2023
		PÁGINA	4 de 6

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	EVIDENCIAS
11	La información a entregar en el desarrollo de la actividad se manejará mediante bases de datos utilizando la aplicación Microsoft Excel en versión compatible con varios PC). Deberá de cumplir con los procedimientos de confidencialidad, custodia y archivo.	Se presenta Bases de datos utilizando la aplicación Microsoft Excel con las variables concertadas y aprobadas por el laboratorio de salud Pública departamental.	ANEXO 11 Base de datos de datos utilizando la aplicación Microsoft Excel.
12	Realizar socialización de la actividad a padres y/o cuidadores de los menores a intervenir, en el cual se dé claridad a estos sobre la importancia de obtener su consentimiento. El cual se evidenciará a través del diligenciamiento por parte del padre o cuidador del formato de "Consentimiento informado". El formato de consentimiento informado debe quedar en los procesos de custodia y archivo de la Institución de Salud que realiza la actividad.	Se realizó socialización de la actividad a padres y/o cuidadores de los menores a intervenir.	ANEXO 12 Evidencia fotográfica y planilla de asistencia y socialización.
13	Cumplir con las normas de bioseguridad para el manejo de muestras de riesgo biológico y dar cumplimiento a lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la institución.	Se dio Cumplimiento a las normas de bioseguridad para el manejo de muestras de riesgo biológico.	ANEXO 13 Registro Fotográfico Plan de gestión de residuos hospitalarios.
14	Realizar el procedimiento de toma de muestra de acuerdo a lo establecido en los procedimientos aprobados por el LDSP, garantizando la toma correcta en caso de muestras pediátricas (se deben disponer de jeringas, agujas, cánulas, tubos pediátricos)	Se aplicó el Procedimiento de toma de muestras de acuerdo a lo establecido en los procedimientos aprobados por el LDSP.	ANEXO 14 Registro Fotográfico
15	La toma de muestras se realizará por venopunción, realizando centrifugación y alicuotaje del suero obtenido.	Se realizo toma de muestras por venopunción, centrifugación y alicuotaje del suero.	ANEXO 15 Registro Fotográfico
16	Toda muestra debe ser etiquetada de manera legible (utilizando Sticker) con número consecutivo de toma, nombres y apellidos, tipo y número de documento, edad, fecha de toma de muestra y municipio.	Se realizó el etiquetado de todas las muestras.	Se ANEXO 16 Registro Fotográfico Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras para el laboratorio clínico

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	24/05/2023
		PÁGINA	5 de 6

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	EVIDENCIAS
17	Las muestras primarias deben ser centrifugadas máximo dos (02) horas después de la toma y separada en viales tapa roscas, etiquetadas con número consecutivo de toma, nombres y apellidos, tipo y número de documento, edad, fecha de toma de muestra y municipio. Las muestras no pueden estar hemolizadas, ni lipemicas.	Muestras primarias centrifugadas en viales tapa roscas, etiquetadas con número consecutivo de toma, nombres y apellidos, tipo y número de documento, edad, fecha de toma de muestra y municipio.	ANEXO 17 Registro Fotográfico
18	Las muestras deben permanecer refrigeradas de 2 a 8°C (máximo 72 horas) en nevera con mantenimiento y calibración al día.	Se garantizó la Refrigeración de muestras y cadena de frío.	ANEXO 18 Formatos de trazabilidad.
19	El transporte de muestras debe realizarse en cava refrigerada de 2 a 8°C, con termómetro calibrado.	Se realizó el Transporte de muestras en cava refrigerada garantizando cadena de frío.	ANEXO 19 Formatos de trazabilidad.
20	El tiempo de transporte de las muestras obtenidas para estudio debe ser de máximo 72 horas desde la toma muestra y garantizando una adecuada cadena de frío (2-8°C).	Se garantizó el Mantenimiento cadena de frío (2-8°C) durante e tiempo de transporte de las muestras.	ANEXO 20 Formatos de trazabilidad..
21	Las muestras deben ser entregadas en el LDSP de lunes a viernes en el horario de 7 a 3 pm, junto con la base de datos, consentimientos informados, formato de envío de muestras de suero.	Ingreso de muestras al laboratorio de Salud Pública del departamento de Santander en los horarios establecidos	ANEXO 21 Formatos de trazabilidad.

MUNICIPIO DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES (ICA):

- a) Relacione a continuación el o los Municipios donde se ejecutaron las actividades contractuales.
- b) Relacione el código de Actividad Económica DIAN el cual encontrará en su RUT. Recuerde que debe tener relación con su objeto contractual.
- c) Relacione el código de la Actividad Económica MUNICIPAL del Impuesto de Industria y Comercio según la normatividad de cada municipio.
- d) Para aquellos contratos que tienen ejecución en más de un municipio deberá distribuir el valor de la presente cuenta de acuerdo a los porcentajes según la normatividad vigentes en cada municipio.

MUNICIPIO	ACTIVIDAD ECONOMICA DIAN		ACTIVIDAD ECONOMICA MUNICIPAL		VALOR COBRADO
	CODIGO CIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	CODIGO CIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	EN ESTA CUENTA
(DONDE EJECUTA SUS ACTIVIDADES)	8610	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION			29.955.000
BARBOSA					

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de contratista, declaro bajo la gravedad de juramento, en cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Tributario Nacional, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, para gestionar el respectivo pago. (Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	24/05/2023
		PÁGINA	6 de 6

materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	AGOSTO DE 2023	SEPTIEMBRE DE 2023
	Fecha de pago	07/09/2023	28/09/ 2023
	Nº de Planilla 1	27576276	27754570
	Valor cotizado	Nomina	Nomina
	EPS	FAMISANAR, NUEVA EPS	FAMISANAR, NUEVA EPS
	Periodo de cotización	AGOSTO DE 2023	SEPTIEMBRE DE 2023
	Fecha de pago	07/09/2023	28/09/ 2023
	Nº de Planilla 2	27576332	27754543
	Valor cotizado	Nomina	Nomina
	EPS	SALUD TOTAL, SANITAS, NUEVA EPS	SALUD TOTAL, SANITAS, NUEVA EPS
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	AGOSTO DE 2023	SEPTIEMBRE DE 2023
	Fecha de pago	07/09/2023	28/09/ 2023
	Nº de Planilla 1	27576276	27754570
	Valor cotizado	Nomina	Nomina
	Fondo de Pensiones	PROTECCION PORVENIR COLFONDOS COLPENSIONES	PROTECCION PORVENIR COLFONDOS COLPENSIONES
	Periodo de cotización	AGOSTO DE 2023	SEPTIEMBRE DE 2023
	Fecha de pago	07/09/2023	28/09/ 2023
	Nº de Planilla 2	27576332	27754543
	Valor cotizado	Nomina	Nomina
	Fondo de Pensiones	PORVENIR. ,COLPENSIONES	PORVENIR. ,COLPENSIONES
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	AGOSTO DE 2023	SEPTIEMBRE DE 2023
	Fecha de pago	07/09/2023	28/09/ 2023
	Nº de Planilla1	27576276	27754570
	Valor cotizado	Nomina	Nomina
	A.R.L.	SURA	SURA
	Periodo de cotización	AGOSTO DE 2023	SEPTIEMBRE DE 2023
	Fecha de pago	07/09/2023	28/09/ 2023
	Nº de Planilla 2	27576332	27754543
	Valor cotizado	Nomina	Nomina
	A.R.L.	SURA	SURA
PARAFISCALES	Periodo de cotización	AGOSTO DE 2023	SEPTIEMBRE DE 2023
	Fecha de pago	07/09/2023	28/09/ 2023
	Nº de Planilla 1	27576276	27754570
	Valor cotizado	Nomina	Nomina
	CAJAS	CAJASN SENA-I.C.B.F	CAJASN SENA-I.C.B.F
	Periodo de cotización	AGOSTO DE 2023	SEPTIEMBRE DE 2023
	Fecha de pago	07/09/2023	28/09/ 2023
	Nº de Planilla 2	27576332	27754543
	Valor cotizado	Nomina	Nomina

Se firma para trámite de pago, a los dieciocho (18) días del mes de octubre de dos mil veintitrés (2023).



DEISY MARYORY GORDILLO MORENO

C.C/ No. 27.984.033

Representante Legal ESE Hospital Integrado San Bernardo - Barbosa Santander

Correo electrónico: gerencia@esehospitalintegradosanberbardo-barbosa-santander.gov.co

Teléfono de contacto: 3118209192

ACTA No.43__

Fecha: 24/11/2023 Hora: 2:00 PM Lugar: LDSP

Orden del día

- 1. Revisar base de datos de muestras de Plan de interrupción de Chagas
- 2. Aprobar base de datos
- 3.

Desarrollo de la Reunión

1. Revisión de base de datos

Se revisan las bases de datos de muestras tomadas en el municipio de BARBOSA en el periodo comprendido entre el 3 de julio de 2023 al 16 de octubre de 2023 en el marco del PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISIÓN DE Trypanosoma cruzi por Rhodnius prolixus domiciliado por la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO Según contrato CO1.PCCNTR 4153320 del 27 de junio de 2023

La base de datos del municipio de Barbosa, consta de 736 muestras, aceptadas a conformidad en el LDSP, la cual inicia con el número de documento N° 1.097.638.467 y finaliza en N° 1.099.208.698 de estas muestras se tomaron 633 muestras fueron tomadas en el área urbana del municipio y 103 muestras fueron tomadas en el área rural

2. Aprobación base de datos

Se aprueban las bases de datos en el periodo comprendido entre el 3 de julio de 2023 al 16 de octubre de 2023, por valor total de: VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE (\$29.955.000 pesos mcte)

COMPROMISOS		
Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
NA	NA	NA

Siendo las 3:00 pm se levanta la reunión y en constancia se anexa la firma de los asistentes.

FIRMA

 AYDE A. LOPEZ SANCHEZ Profesional LDSP Quien lidera la Reunión	 Gerente EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO Asistente
---	---

INFORME EJECUTIVO No. 1
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
No. 5143320

Contratante: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Contratista: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER.

Por medio de la presente, me permito anexar informe de actividades contempladas durante el periodo del 06 de julio de 2023 hasta el 16 de octubre de 2023 dentro del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CO1.PCCNTR.5143320. que tiene como objeto realizar acciones de información en salud, toma y traslado de muestras biológicas al laboratorio de salud pública departamental para la detección de anticuerpos IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI a menores de dieciocho (18) años y gestantes del municipio de BARBOSA SANTANDER en el marco del plan de interrupción por vectores domiciliados en enfermedad de chagas enmarcado dentro del proyecto de apoyo a la gestión, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores (etv) en Santander.

ACTIVIDAD N° 01:

Presentar y socializar plan de trabajo y cronograma de actividades a la Dirección de Salud Integral y a los Coordinadores de Laboratorio de Salud pública, epidemiología y demografía y Enfermedades Transmitidas por Vectores.

NOTA: Se adjunta Plan de trabajo y cronogramas mensuales aprobados por el supervisor del convenio.

ACTIVIDAD N° 02:

Presentar las fichas técnicas para las actividades de sensibilización, con el fin de ser aprobados por la Dirección de Salud Integral.

NOTA: Se adjunta Fichas técnicas de sensibilización en cada una de las actividades desarrolladas en CD.

ACTIVIDAD N° 03:

Realizar propuesta del procedimiento de Consentimiento informado, con el registro a diligenciar, en donde se describa en lenguaje claro y sencillo aspectos generales de la Enfermedad de Chagas, objetivo del muestreo, participación, desarrollo de la jornada, riesgos, beneficios, aclaraciones frente al proceso. Además, el consentimiento debe contener información general del menor (nombres, apellidos, identificación, municipio residencia, Vereda o localidad, numero de contacto, entre otros), lo mismo que la autorización expresa de un acudiente o responsable del menor a tamizar con sus respectivos datos personales.

NOTA: Se adjunta consentimiento informado avalado por la supervisora del convenio.

ACTIVIDAD N° 04:

Realizar articulación con las alcaldías municipales, responsables de vigilancia en salud pública, sector educativo y comunitario, con el fin de coordinar las actividades a realizar

NOTA: Se adjunta Acta de socialización y listado de asistencia con los diferentes actores sociales del municipio para coordinar actividades a realizar en CD.

ACTIVIDAD N° 05:

Realizar acciones de socialización y sensibilización de la actividad en los municipios del Plan de interrupción por vectores domiciliados en Enfermedad de Chagas., para ello se deben utilizar diferentes medios como campañas promocionales, medios radiales, electrónicos, físicos y convocatorias de la comunidad donde se expliquen las actividades a realizar.

EVIDENCIAS PUBLICIDAD:



Jornada de Toma Muestra

CONTRA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Fecha: 19 de Agosto del 2023
Hora: 8:00am a 1:00pm
Lugar: Hospital Integrado San Bernardo

Todas las menores de 15 años
Todas las mujeres en estado de embarazo
Todas las personas con antecedentes de infección por Chagas

SIN IMPORTAR LA EPS

Totamente Gratis

Enfermedad De CHAGAS

Parasito Trypanosoma Cruzi

¡REPORTALA A TU CENTRO DE SALUD!
Si encuentras un Chinche Besucona, sigue los siguientes pasos:

- No lo aplastes!**
El insecto podría esparcir sus crías y el parásito
- Capturalo**
Evite el contacto directo. Utiliza unas pinzas, carton o un envase
- Guárdalo**
En un frasco con pequeños hoyos en la tapa
- Llévala a tu centro de salud**
Ahí te indicarán el procedimiento a seguir para descartar la enfermedad

JUNTOS, PODEMOS PREVENIR EL CHAGAS

Enfermedad De CHAGAS

¿Donde encontrar el vector transmisor del Chagas?

- Bajo la cama
- Cajones y ruga amontonada
- Objetos acumulados dentro y fuera de la casa
- Galinas y disipados
- Animales dentro de la casa
- Biellos en la pared
- Detras de cuadros y objetos colgados en la pared

JUNTOS, PODEMOS PREVENIR EL CHAGAS

Jornada de Toma Muestra

CONTRA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Fecha: 05 de Agosto del 2023
Hora: 8:00 am a 1:00 pm
Lugar: Hospital Integrado San Bernardo

Todas las menores de 15 años
Todas las mujeres en estado de embarazo
Todas las personas con antecedentes de infección por Chagas

SIN IMPORTAR LA EPS

Totamente Gratis

Jornada de Toma Muestra

CONTRA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Fecha: 19 de Agosto del 2023
Hora: 8:00 am a 1:00 pm
Lugar: Parque Emilio Maiz

Todas las menores de 15 años
Todas las mujeres en estado de embarazo
Todas las personas con antecedentes de infección por Chagas

SIN IMPORTAR LA EPS

Totamente Gratis

Jornada de Toma Muestra

CONTRA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Fecha: 22 Julio del 2023
Hora: 8:00 am a 1:00 pm
Lugar: Hospital Integrado San Bernardo

Todas las menores de 15 años
Todas las mujeres en estado de embarazo
Todas las personas con antecedentes de infección por Chagas

SIN IMPORTAR LA EPS

Totamente Gratis

Enfermedad De CHAGAS

¿Cuáles son las fases de la enfermedad de Chagas?
EL CHAGAS SE DA EN DOS FASES

Aguda que dura aproximadamente dos meses, e inicia después de que la persona se infecta.

- Dolor de cabeza
- Nauseas, diarrea o vómito
- Dolor del cuerpo especialmente en muslos, area abdominal y pecho
- Ganglios linfáticos grandes e inflamados

Crónica, que sigue a la aguda y puede tener un tiempo prolongado en el que la persona infectada no tiene ningún síntoma, solo los tendrá si desarrolla la enfermedad.

- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Palpitaciones y/o opresión en el pecho
- Aplastamiento o cansancio
- Mareo o desmayos

JUNTOS, PODEMOS PREVENIR EL CHAGAS

Enfermedad De CHAGAS

PRINCIPALES FORMAS DE TRANSMISION

- Animales o insectos triatomíneos (piojos)
- Alimentos contaminados
- Transfusiones de sangre contaminada
- Trasplante de órganos de personas infectadas
- Transmisión de la madre infectada al feto durante la gestación
- Accidentes de laboratorio

JUNTOS, PODEMOS PREVENIR EL CHAGAS

Enfermedad De CHAGAS

Juntos, podemos prevenir el Chagas

Es una enfermedad transmitida por la infección del parásito *Trypanosoma Cruzi* que causa graves problemas de salud, como puede generar problemas serios a corazón y cerebro.

En Colombia afecta aproximadamente 437.960 personas de los cuales 122.403 presentan la enfermedad crónica.

En el mundo afecta a 7 millones de personas.

PRINCIPALES FORMAS DE TRANSMISION

- Vertical:** Una vez la mujer infecta a la embarazada puede transmitirle el parásito a su hijo.
- Alimentación:** Consumo de alimentos contaminados por el parásito.
- Transfusional:** Consumo de sangre contaminada por el parásito.
- Organos:** Consumo de órganos contaminados por el parásito.
- Accidentes:** Consumo de sangre contaminada por el parásito.

ACTIVIDAD N° 06:

La población a intervenir será la establecida en los registros municipales del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) - menores de cinco (5) años y censo de gestantes de cada uno de los entes territoriales en donde se desarrolla el tamizaje.

NOTA: Se adjunta CD con bases de datos utilizadas para la localización y canalización de la población a intervenir en el convenio.

ACTIVIDAD N° 07 Y 08:

ACTIVIDAD 7: Realizar capacitación del personal que realiza la toma de muestras, quienes tienen que demostrar los procesos de formación en la toma de muestras de laboratorio, lo mismo que una experiencia laboral específica mínima de seis (6) meses.

ACTIVIDAD 8: Previo al inicio del proceso deberá documentarse, establecerse e implementarse la fase pre analítica, que permita verificar la calidad de las muestras tomadas y la información recolectada. Antes de iniciar la toma de muestras el Laboratorio de Salud Pública del departamento de Santander, deberá aprobar los documentos y podrá realizar verificación de lo establecido en cualquier momento del desarrollo de la actividad.

NOTA: Se adjunta acta de capacitación al personal en la toma de muestras por parte del Laboratorio de Salud Pública.

ACTIVIDAD N° 09:

Deberá presentarse contrato vigente para el manejo de residuos de riesgo biológico, los residuos generados deben entregarse al operador autorizado en cada uno de los municipios objeto de la actividad.

NOTA: Se adjunta contrato vigente con le empresa EDEPSA Soluciones Ambientales No. 12-2023 para el manejo de residuos

ACTIVIDAD N° 10:

En caso de requerir almacenamiento temporal de las muestras en los municipios, deben presentarse las correspondientes hojas de vida de los equipos utilizados (nevera) con registros de mantenimiento y calibración vigentes, de igual manera presentar los registros de mantenimiento y calibración de los termómetros utilizados para verificación de temperatura en las cavas de transporte de muestras.

NOTA: Se adjunta registro de mantenimiento de los equipos de nevera – centrifugadora.

ACTIVIDAD N° 11:

La información a entregar en el desarrollo de la actividad deberá manejarse mediante bases de datos utilizando la aplicación Microsoft Excel en versión compatible con varios PC. Las variables a diligenciar deberán ser concertadas y aprobadas por el Laboratorio de Salud Pública departamental (LDSP), además de cumplir con los procedimientos de confidencialidad, custodia y archivo.

NOTA: Se adjunta CD con bases de datos con información de las muestras tomadas en el municipio de Barbosa Santander.

ACTIVIDAD N° 12:

Realizar socialización de la actividad a padres y/o cuidadores de los menores a intervenir, en el cual se dé claridad a estos sobre la importancia de obtener su consentimiento. El cual se evidenciará a través del diligenciamiento por parte del padre o cuidador del formato de "Consentimiento informado". El formato de consentimiento informado debe quedar en los procesos de custodia y archivo de la Institución de Salud que realiza la actividad.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:



NOTA: Se adjunta listado de asistencias de socialización a padres de familia, estudiantes sobre las actividades a realiza.

ACTIVIDAD N° 13:

Cumplir con las normas de bioseguridad para el manejo de muestras de riesgo biológico y dar cumplimiento a lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la institución que realiza la actividad o de la Gobernación de Santander según el caso.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:



ACTIVIDAD N° 14:

Realizar el procedimiento de toma de muestra de acuerdo a lo establecido en los procedimientos aprobados por el LDSP, garantizando la toma correcta en caso de muestras pediátricas (se deben disponer de jeringas, agujas, cánulas, tubos pediátricos)

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:



ACTIVIDAD N° 15:

La toma de muestras se realizará por venopunción, realizando centrifugación y alicuotaje del suero obtenido.



ACTIVIDAD N° 16:

Toda muestra debe ser etiquetada de manera legible (utilizando Sticker) con número consecutivo de toma, nombres y apellidos, tipo y número de documento, edad, fecha de toma de muestra y municipio.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA:



ACTIVIDAD N° 17:

Las muestras primarias deben ser centrifugadas máximo dos (02) horas después de la toma y separada en viales tapa roscas, etiquetadas con número consecutivo de toma, nombres y apellidos, tipo y número de documento, edad, fecha de toma de muestra y municipio. Las muestras no pueden estar hemolizadas, ni lipemicas.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:





ACTIVIDAD N° 18 – 19 Y 20:

ACTIVIDAD 18: Las muestras deben permanecer refrigeradas de 2 a 8°C (máximo 72 horas) en nevera con mantenimiento y calibración al día.

ACTIVIDAD 19: El transporte de muestras debe realizarse en cava refrigerada de 2 a 8°C, con termómetro calibrado.

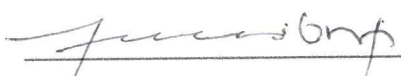
ACTIVIDAD 20: El tiempo de transporte de las muestras obtenidas para estudio debe ser de máximo 72 horas desde la toma muestra y garantizando una adecuada cadena de frío (2-8°C).

NOTA: Se adjunta en CD los formatos de trazabilidad de recibidos de las muestras por parte del Laboratorio Departamental de Salud Pública donde se observa la temperatura de las muestras transportadas.

ACTIVIDAD 21:

Las muestras deben ser entregadas en el LDSP de lunes a viernes en el horario de 7 a 3 pm, junto con la base de datos, consentimientos informados, formato de envío de muestras de suero para realización de pruebas de inmunoensayo y formato de toma de muestras sanguíneas para pruebas de ELISA.

NOTA: Se adjunta actas por parte de la supervisora del convenio donde se realiza la Revisión y Aprobación base de datos enviadas al Laboratorio Departamental de Salud Pública.

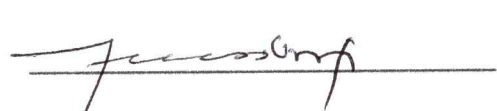

DEISY MARYORY GORDILLO MORENO
 GERENTE ESE BARBOSA SANTANDER

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	PLAN DE TRABAJO	CODIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSION	1
		FECHA APROBACION	24/05/2023
		PAGINA	1 DE 1

PLAN DDE TRABAJO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV).

Objetivo: Realizar acciones de socialización y sensibilización en el municipio, del plan de interrupción por vectores domiciliados en la enfermedad de chagas.

FECHA INICIO	19 DE JULIO DE 2023	
PROCESO	ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	RECURSOS
TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS	<p>Se realizará la toma de tamizaje de Chagas en la ESE HOSPITAL SAN BERNARDO a menores de edad y madres gestantes que se encuentren en el área de laboratorio, urgencias, vacunación y consulta externa.</p> <p>Se realizarán jornadas de sensibilización en todas las instituciones educativas (colegios de primaria, secundaria, validación y jardines) para así poder realizar la toma de tamizajes de CHAGAS en aquellas que los rectores o administrativos autoricen el procedimiento. Se realizarán jornadas extramurales para la toma de tamizaje de Chagas (parques y veredas) que se darán a conocer por medio de publicidad. Se realiza la sensibilización y socialización sobre la toma de tamizaje de CHAGAS en la alcaldía y secretaria de salud municipal.</p>	<p>Tubos tapa amarilla</p> <p>Aguja vacutainer</p> <p>Aguja calibre 21</p> <p>Algodón</p> <p>Alcohol</p> <p>Guantes</p> <p>Tapabocas</p> <p>Torniquete</p> <p>Cava</p> <p>Guardian</p> <p>Curas</p> <p>Hojas para consentimientos informados, formatos de sensibilización y folletos de publicidad.</p>



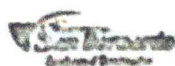
DEISY MARYORI GORDILLO MORENO

GERENTE HOSPITAL SAN BERNARDO



MAYTE GONZALEZ

BACTERIOLOGA



HOSPITAL SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL RECTORADO SAN BERNARDO



CONSENTIMIENTO INFORMADO DETECCIÓN TYPENSCOMA en la POBLACIÓN ESCOLAR

Me cÓMO CONSECUTIVO ☐

FECHA: _____ MUNICIPIO: _____

INSTITUCIÓN: _____ GRADO ESCOLAR: _____

Yo, _____, por este consentimiento hago constar que una vez informado sobre los procedimientos y actividades de vigilancia en Salud Pública, educación hacia el manejo de padecidos menores de 18 años para enfermedad de Chagas; ACEPTO que soy directo responsable del menor y otorgo de manera voluntaria el permiso a:

NOMBRE COMPLETO: _____

EDAD: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: _____

SEGURIDAD SOCIAL (adscriptora de planes de beneficio): _____

DIRECCIÓN: _____ BAÑO: _____

VEREDA: _____ FINCA: _____

TIPO DE POBLACIÓN (Marque con una X): ÁREA URBANA: _____ ÁREA RURAL: _____

Para que se le insigne como participante y se le practiquen el o los procedimientos(s) relacionados(s) en el presente documento, por lo anterior declaro que he entendido el objetivo propuesto, la forma de muestra, los riesgos, beneficios y obligaciones de la participación, que me han explicado y que me han permitido formular preguntas y aclarar dudas sobre la participación del menor.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR

NOMBRE COMPLETO: _____

N° DOCUMENTO _____ N° TELEFÓNICO(S): _____

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL MENOR: _____

FIRMA Y/O NUESTRA: _____

Observaciones:

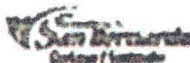
ESPACIO EXCLUSIVO PARA QUIEN TOMA LA MUESTRA

NOMBRE COMPLETO: _____

N° DOCUMENTO _____ FECHA: _____

LUGAR DE TOMA DE LA MUESTRA: _____

FIRMA: _____



	ACTA	CÓDIGO	AP-ARG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

ACTA No.35__

Fecha: 08/07/2023 Hora: 9:00 Lugar: VIRTUAL
AM

Orden del día

- Capacitación toma, embalaje y transporte de muestras PLAN DE
- 1. INTERRUPCION DE LA TRANSMISIÓN DE Trypanosoma cruzi POR Rhodnius prolixus DOMICILIADO
- 2. Preguntas
- 3.

Desarrollo de la Reunión

1. Capacitación

Se realiza capacitación en toma, embalaje y transporte de muestras sanguíneas en el marco del PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISIÓN DE Trypanosoma cruzi POR Rhodnius prolixus DOMICILIADO.

2. Preguntas

- Se resuelven dudas de los participantes:
- ¿Cuál es la población objeto? Menores de 18 años y mujeres gestantes, priorizando en menores de 14 años.
 - ¿Se puede tomar muestras a los migrantes? Si son residentes en el municipio sí.
 - ¿Hasta qué fecha podemos tomar muestras? Hasta el 30 de diciembre
 - ¿En qué horario reciben muestras en el LDSP? De lunes a viernes de 7am a 3:30pm
 - ¿A qué temperatura puedo conservar las muestras y cuánto tiempo? Se pueden almacenar máximo 3 días refrigeradas, si excede este tiempo se deben congelar a menos 20.

COMPROMISOS		
Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Envío de formatos y documentos requeridos	Inmediata	Mayte González

Siendo las 9:45 AM se levanta la reunión y en constancia se anexa el registro de reunión del 08/07/2023 con los nombres de los asistentes.

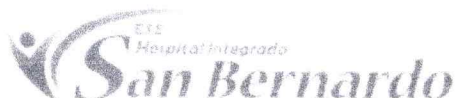
FIRMA


MAYTE GICELA GONZÁLEZ MENDEZ
Profesional LDSP


Mayte González

ASISTENCIA CAPACITACION VIRTUAL "LINEAMIENTOS TOMA DE MUEST

Marca temporal	Nombres y apellidos	Documento de identidad	Celular	Institución	Municipio	Correo electrónico
7/8/2023 9:40:53	Jenny ruiz	1010160212	3204952325	Hospital integrado San antonio	Puente nacional	jennymruiz86@gmail.c
7/8/2023 9:35:55	DAVID ALFONSO PARDO CAMARGO	1020787021	3108007716	SS SANTANDER	BUCARAMANGA	davidaipacam@gmail.c
7/8/2023 9:36:35	Laura viviana monsalve Ortiz	1100962742	3176571436	Hospital regional de San gil	Sangil	lmonsalve865@unab.e
7/8/2023 9:37:22	VANESSA DEL CARMEN SANTAFE RANGEL	1090382295	3016397801	ESE HOSPITAL DE ENCISO	ENCISO	bacterang@hotmail.co
7/8/2023 9:40:25	Diana Ramirez caballero	1098357380	3208827610	Ese cepitá Hospital San Bernardo Barbosa	Cepitá	dramirezna@hotmail.c
7/8/2023 9:40:27	Angie Estefany Villate Moreno	1099215655	3217579219	Santander	Barbosa Santander	villatemoreno@gmail.c
7/8/2023 9:40:37	Luz albania delgado caballero	37618025	3212301686	LDSP	Bucaramanga	albaniacab@hotmail.co
7/8/2023 9:41:13	Samanda Tavera	37670290	3202396866	Hospital Intregado San Bernardo	Barbosa	samanda.tavera@gma
7/8/2023 9:41:38	Lisbeth mayerly soto lopez	1099212362	3104826084	Hospital san bernardo	Barbosa santander	Mayerlysoto395@gma
7/8/2023 9:41:57	Ema Leonor Blanco	23637802	3132850648	Hospital San Bernardo	Barbosa	emmaleonorblanco@g
7/8/2023 9:42:10	Paula Andrea Prada Perez	1098653258	3042902680	Cepita	Cepita	Pol427@gmail.com gerencia@esehospitali
7/8/2023 9:44:17	Deysi gordillo moreno	27984033	3118209192	Hospital barbosa	Barbosa	o-barbosa-santander.g
7/8/2023 9:45:25	Dayana Quintero	1093759574	3112138641	Centro de salud San Juan de Sahag	Carcasi	esemiranda9@gmail.co
7/8/2023 9:47:35	Karen viviana mateus	1099213905	3232886711	ESE	Barbosa	Karenvivianamateus.14
7/8/2023 9:49:36	Paola martinez	1015415013	3125680770	Hospital san bernardo	Barbosa	Pm3897104@gmail.co



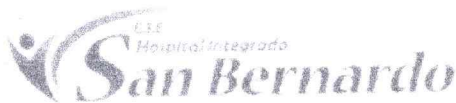
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. HISB-CD-024-2023

CONTRATANTE: NIT.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA 890.205.456-5
REPRESENTANTE LEGAL IDENTIFICACION:	DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO Gerente C.C No. 27.984.033 de Barbosa
CONTRATISTA: IDENTIFICACION:	DESCONT S.A.S. E.S.P. NIT. 804.002.433-1 R.L. OLGA JANETH LÓPEZ AGUDELO C.C. 31.415.977 expedida en Cartago
OBJETO:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO, ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO".
VALOR:	DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000,00) M/CTE.
PLAZO DE EJECUCION:	El plazo de ejecución será por ONCE (11) MESES Y VEINTIÚN (21) DÍAS CALENDARIO Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO , lo que primero suceda, sin exceder el 31 de diciembre de 2023, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y suscripción del acta de inicio por las partes.

Entre los suscritos a saber, por una parte **DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 27.984.033 expedida en Barbosa, en su calidad de Gerente, según Decreto de Nombramiento No. 093 del 13 de mayo de 2020 y Acta de Posesión No. 020 del 13 de mayo de 2020, emanadas de la Alcaldía Municipal de Barbosa (Santander), por ende Representante Legal de la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO con NIT 890.205.456 – 5, por una parte; y por la otra **DESCONT S.A.S. E.S.P.**, con NIT. 804.002.433-1, representada legalmente por **OLGA JANETH LÓPEZ AGUDELO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.415.977 expedida en Cartago, quien afirma hallarse legalmente capacitado, sin inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con la Ley 80 de 1993 y que para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, teniendo en cuenta las siguientes **CONSIDERACIONES**: a) Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 195 numeral 6° de la Ley 100 de 1993, y el artículo 16 del Decreto 1876 de 1994, las Empresas Sociales del Estado en materia contractual se regirán por normas del derecho privado y estarán sujetas a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia, pero podrán discrecionalmente utilizar cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto general de la contratación de la administración pública. b) Que la Ley 1150 de 2007, a través de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993, en su artículo 13° estableció los "Principios generales de la actividad contractual para Entidades no sometidas al estatuto general de contratación de la Administración Pública", siendo esta la situación concreta aplicable a la E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA, indicándole con toda claridad que dicha Entidad pública en desarrollo de su actividad contractual debe dar aplicación a los Principios de la Función Pública, obligando esto a utilizar todas las partidas presupuestales, tanto para gastos de funcionamiento u ordinarios como surjan según la necesidad Gestión Fiscal establecidos en los artículos 209 y 267 de la Constitución Política y estará sometida al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto para la Contratación Estatal. c) Que la ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO, es una Empresa cuyo objeto legal es la Prestación de Servicios de Salud, como Servicio Público que forma parte del Servicio Público de Seguridad

Carrera 9 N° 15-54 Teléfono: (097) 7485951
BARBOSA SANTANDER

contactos@esehospitalintegradosanbernardo-barbosa-santander.gov.co
Hospital Integrado San Bernardo



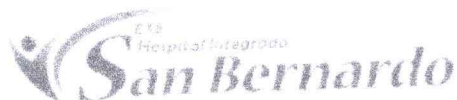
Social a cargo del Estado, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, constituida para atender las necesidades en salud en un Municipio de Barbosa Santander. d) Que, de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Contratación, la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Bernardo, podrá celebrar contratos directamente de conformidad con el Artículo 20 de dicho Estatuto de Contratación - Acuerdo No. 004 de 2021. e) Que la contratación a realizar, en los términos establecidos en el Manual interno de contratación de la E.S.E., está enmarcada dentro de la contratación directa. f) Que el CONTRATISTA presentó oferta ante la invitación de la contratación directa realizada por la E.S.E., anexando los soportes que prueban su capacidad técnica y jurídica, así como la experiencia para prestar el servicio que se requería contratar para el normal funcionamiento en la prestación de los servicios de la ESE. g) Que existe Disponibilidad Presupuestal para atender el presente contrato. h) Que existe estudio de análisis de conveniencia y oportunidad, donde se registra los aspectos fundamentales que permiten concluir la conveniencia a realizar la ejecución del contrato antes mencionado. En virtud de lo señalado, las partes hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, consignado en las cláusulas que se pactan a continuación, y se trata de un fin específico, necesario para el funcionamiento de la Entidad, que garantizará la oportunidad y eficiencia de la atención en salud del Municipio de Barbosa Santander, a quienes va dirigido el accionar de la Entidad contratante y beneficiario directo de la presente contratación el cual se rige por las siguientes clausulas: **CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO:** "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO, ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO". **CLÁUSULA SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:** Prestar los servicios contratados por el HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DEL MUNICIPIO DE BARBOSA SANTANDER, teniendo en cuenta las siguientes especificaciones técnicas:

Esquema	Tipo de Residuo	Valor	Hasta (Kg)	Kg Adicional
Kilos	BIOSANITARIOS	\$ 2.519	1	\$ 2.519
Kilos	BIOSANITARIO VACUNA COVID-19	\$ 2.519	1	\$ 2.519
Kilos	MERCURIALES	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	CORTOPUNZANTES REPOSICION 1,0 LITROS	\$ 11.400	1	\$ 11.400
Kilos	CORTOPUNZANTES REPOSICION 2,9 LITROS	\$ 13.200	1	\$ 13.200
Kilos	ANATOMOPATOLÓGICOS	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	FARMACOS VENCIDOS	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	COLCHONES	\$ 2.452	1	\$ 2.452
Kilos	CAJAS DE VACUNACION COVID 19	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	VIDRIO CONTAMINADO	\$ 2.452	1	\$ 2.452
Kilos	LIQUIDOS REVELADOR	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	QUIMICOS VENCIDOS O CON AVERIAS	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	REACTIVOS	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	LIQUIDO FIJADOR	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	RESIDUOS DE PLOMO	\$ 2.670	1	\$ 2.670
Kilos	PILAS	\$ 2.452	1	\$ 2.452
Kilos	CORTOPUNZANTE VACUNA COVID-19	\$ 11.400	1	\$ 11.400
Kilos	MUELAS	\$ 2.452	1	\$ 2.452
Kilos	VACUNAS	\$ 2.670	1	\$ 2.670

CLÁUSULA TERCERA. VALOR: El valor del presente contrato asciende a la suma de **DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000,00) M/CTE** a monto agotable incluidos y calculados todos los costos por impuestos, tasas, gravámenes, estampillas y demás conceptos de carácter



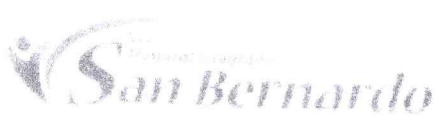
nacional, departamental o municipal, gastos de legalización y ejecución del servicio todo lo cual será por la cuenta absoluta del contratista seleccionado. **CLÁUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO:** La Entidad pagará al contratista, previa presentación y radicación de factura, observando que esta cumpla con las normas vigentes. Una vez enviada la factura a la ESE, junto con el informe de prestación de servicios aprobado por el supervisor del contrato. Para el respectivo pago deberá acreditar estar al día en aportes parafiscales y los relativos al sistema de seguridad social integral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Una vez aprobada la factura, el CONTRATANTE cuenta con sesenta (60) días para realizar el pago. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La entidad se reserva el derecho de hacer las deducciones y retenciones a que obliga la ley. **CLÁUSULA QUINTA. PLAZO DEL CONTRATO:** El plazo de ejecución será por **ONCE (11) MESES Y VEINTIÚN (21) DÍAS CALENDARIO Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO**, lo que primero suceda, sin exceder el 31 de diciembre de 2023, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y suscripción del acta de inicio por las partes. **CLÁUSULA SEXTA LUGAR DE EJECUCIÓN:** Los residuos hospitalarios serán recolectados en la sede de la ESE, en el Municipio de Barbosa – Santander y transportados, tratados, almacenados y dispuestos por el contratista. **CLÁUSULA SÉPTIMA - APROPIACIONES PRESUPUESTALES:** El valor del presente contrato se imputará al recurso dispuesto en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 23-00027 de 11 de enero de 2023 adjunto, que hace parte de integral del presente contrato expedida por la Tesorería de la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA. **CLÁUSULA OCTAVA - SUSPENSION PROVISIONAL:** En casos de fuerza mayor, caso fortuito o de común acuerdo las partes, podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante la suscripción de un acta en donde constará dicho evento y sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de esta suspensión. En el acta de suspensión se expondrán los motivos excepcionales que hayan dado lugar a la misma y la fecha de reinicio. **CLÁUSULA NOVENA: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA:** Manifiesta: a) No estar impedido por causa de inhabilidades o incompatibilidades para contratar con entidad estatal, especialmente por las establecidas en la Constitución Política y en la Ley. Con la firma de la propuesta, el oferente declara bajo juramento y bajo su responsabilidad que se halla incurso en ninguna causal de incompatibilidad o inhabilidad prevista en la ley. b) Estar a paz y salvo con los aportes al Sistema de Seguridad Social integral y aportes parafiscales que le correspondan y acreditarlo a la fecha de presentación de la propuesta, conforme lo establece el Art. 50 de la Ley 789 de 2002, Reforma Laboral. c) Tener capacidad técnica y jurídica para ofrecer y ejecutar las obligaciones previstas en el contrato, conforme a su naturaleza jurídica y regulación legal o estatutaria que le corresponda. **CLÁUSULA DÉCIMA- OBLIGACIONES DE LAS PARTES:** A. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE: 1) Proporcionar al Contratista la información que requiera para el cabal cumplimiento del objeto del presente contrato. 2) Ejercer el control sobre la calidad de las actividades contratadas y formularle al contratista oportunamente las sugerencias de orden legal que considere pertinentes y convenientes 3) Reservar con destino a este contrato el total de su valor, acorde con su presupuesto y con vigencia para el año 2023; 4) Pagar al contratista el valor del presente contrato en la forma, tiempo y precios pactados en el contrato; previa presentación de las facturas con soportes de pago de seguridad social y parafiscales de acuerdo al servicio prestado, con la orden de pago debidamente legalizada y aprobada por el supervisor del contrato. B. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA: 1) Realizar la recolección, transporte, tratamiento, almacenamiento y disposición final de residuos infecciosos o de riesgo biológico generados por la ESE, con personal debidamente identificado y capacitado para dicha labor, conforme a las normas Nacionales e internacionales para el embalaje, así como de los riesgos biológicos y ambientales que se deriven en el proceso. 2) Utilizar en desarrollo de su actividad contractual los vehículos y elementos que cumplan con los requerimientos de ley. 3) El contratista facturará a LA E.S.E. los kilogramos recolectados, y entregará en reposición la cantidad de bolsas y guardianes y demás elementos descritos en su propuesta. 4) Garantizar que el proceso de destrucción de los residuos se lleve a cabo de manera segura y eficiente, asegurando su total destrucción y cumplimiento de parámetros mínimos de emisiones establecidas por autoridad ambiental y con observancia estricta de las normas sanitarias y ambientales. 5) Cumplir a cabalidad con el cronograma establecido a



recolección de residuos señalado en la propuesta, realizando la recolección una vez por semana. 6) Asistencia las 24 horas del día en caso de presentarse una urgencia sanitaria de excesiva gravedad por generación y/o acumulación de residuos peligrosos. 7) Garantizar una adecuada disposición de los residuos generados por el tratamiento de incineración ya sea mediante la disposición de cenizas en el relleno sanitario y/o encapsulamiento. 8) Entregar los recipientes desechables de almacenamiento (Guardianes bolsas), debidamente identificados de acuerdo a la normatividad vigente. 9) Servicio de asesoría y capacitación continua a los funcionarios de la ESE, en el correcto manejo y control de los residuos de acuerdo al requerimiento de la autoridad sanitaria ambiental y de salud. 10) Entregar en préstamo de uso 1.0 congelador de 100 litros, 70 bolsas 70*100, 150 stickerts anuales. 11) Las demás que se desprendan de las obligaciones y del objeto contratado y las mencionadas en la propuesta la cual hace parte integral de este contrato. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA - GARANTÍAS:** Conforme al Manual de contratación, acuerdo No. 004 de fecha 24 de Diciembre de 2021 en su artículo 37 de Garantías se enuncia: "Las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, en los interadministrativos, en los de seguro y en los contratos cuyo valor se encuadre en la Mínima Cuantía, caso en el cual corresponderá a la entidad determinar la necesidad de exigirla, atendiendo a la naturaleza del objeto del contrato y a la forma de pago". Teniendo en cuenta el análisis del riesgo y que para el presente proceso es considerado bajo, la entidad no exigirá garantías para el mismo, además que en anteriores ocasiones la entidad no ha solicitado garantías. **CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA - AUTONOMIA DEL CONTRATISTA:** El contratista ejecutará el presente contrato de manera independiente, con plena autonomía técnica y directiva haciendo uso de sus conocimientos sobre la materia y sin que entre estos y EL CONTRATANTE exista subordinación. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA - VINCULACION NO LABORAL:** Como la prestación del servicio por ejecutar se desarrollará con autonomía e independencia del CONTRATISTA, la celebración del presente contrato no constituye relación laboral alguna entre LA ENTIDAD CONTRATANTE (E.S.E) Y EL CONTRATISTA; por consiguiente, no genera derechos, emolumentos o prestaciones pecuniarias distintos de los pactados en el presente contrato. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA - CESION Y SUBCONTRATACION:** EL CONTRATISTA: no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato a ninguna persona, natural o jurídica de reconocida idoneidad, sin previo visto bueno del CONTRATANTE. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - DOMICILIO Y LEYES:** para todos los efectos, las partes declaran como su domicilio contractual el Municipio de Barbosa Santander. Así mismo, el contrato se regirá por lo dispuesto en el manual de contratación de la E.S.E. **CLÁUSULA DECIMA SEXTA - SUPERVISION:** La E.S.E ejercerá la supervisión técnica en el desarrollo de las actividades u obligaciones contractuales por medio de la gerencia o por quien ella delegue. Funciones: 1. Supervisar la ejecución del contrato y velar por el cabal cumplimiento de los fines perseguidos con la contratación. 2. Formular observaciones y hacer requerimientos al CONTRATISTA frente a los informes periódicos de ejecución del contrato o al cumplimiento de sus obligaciones contractuales. 3. Responder las solicitudes del contratista en forma oportuna. 4. Certificar el cumplimiento parcial y final de las obligaciones contractuales. 5. Revisar y aprobar el contenido de la liquidación del contrato y suscribir el acta correspondiente. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - MULTAS:** En el evento en que el contratista incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contraídas en el contrato, la entidad previo requerimiento, impondrá multas sucesivas de hasta el dos por ciento (2%) del valor total del contrato, sin que éstas sobrepasen el diez por ciento (10%) del valor total del mismo, sin perjuicio de que la entidad haga efectiva la cláusula penal pecuniaria y/o declare la caducidad del contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA- CLÁUSULA PENAL:** En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento o de inejecución, parcial o total de las obligaciones contraídas con ocasión del contrato la entidad exigirá directamente al contratista a título de cláusula penal una suma de hasta el treinta por ciento (30%) del valor total del contrato que se considerará como pago parcial de perjuicios. El porcentaje será valorado y establecido para cada caso o contrato en concreto. El pago de la pena no extingue el cumplimiento de la obligación principal **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA SOLUCION A CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** En caso de presentarse controversia o diferencia se recurrirá a los siguientes mecanismos alternativos de solución de conflictos, en forma

Carrera 9 N°15-54 Teléfono: (097) 7485951
BARBOSA SANTANDER

contactenos@geshospitintegradosanbernardo-barbosa-santander.gov.co
Hospital Integrado San Bernardo

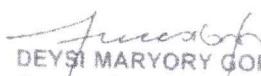


consecuente: a) acuerdo, b) transacción, c) conciliación, d) amigable composición. **CLÁUSULA VIGÉSIMA- INTERPRETACION, MODIFICACION, TERMINACION UNILATERAL Y CADUCIDAD:** En los términos del artículo 14 y siguientes de la ley 80 de 1993, LA ENTIDAD CONTRATANTE podrá ejercer las facultades excepcionales que surgen en virtud de las referidas cláusulas. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato requiere para su perfeccionamiento de la firma de las partes y disponibilidad presupuestal. Para la ejecución del contrato requerirá de conformidad con lo señalado en el manual de contratación de la Entidad (Acuerdo No 004 de 2021 – Artículo 26): 1. Constancia de verificación de los antecedentes disciplinarios, fiscales, penales y de medidas correctivas. Registro Único Tributario. 2. Aprobación de la Garantía Única, cuando a ello hubiere lugar. 3. Elaboración y suscripción del acta de iniciación de ejecución del objeto contractual. 4. Constancias de afiliación y/o pago al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos profesionales. 5. El registro presupuestal. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - INDEMNIDAD.** Se obliga para con la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO a mantenerla indemne de cualquier daño, perjuicio o reclamación judicial o extrajudicial, tramites policivos o administrativos, originado en reclamaciones de terceros.

De conformidad con lo anterior, y con el fin de dejar constancia se firma este documento en el Municipio de Barbosa, Santander a los once (11) días del mes de enero de 2023.

Contratante,

Contratista

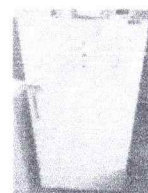

DEYSI MARYORY GORDILLO
Gerente E.S.E. Hospital Integrado San
Bernardo


OLGA JANETH LÓPEZ AGUDELO
C.C. No. 31.415.977 expedida en Cartago
R.L. DESCONT S.A.S. E.S.P.
NIT. 804.002.433-1

Revisó aspectos jurídicos Lilia Fernanda Castro Hurtado - Abogada Contratista



HOJA DE VIDA PARA EQUIPOS HOSPITALARIOS



I. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL EQUIPO: NEVERA CONVENCIONAL No INVENTARIO: N R

UBICACIÓN: LABORATORIO

MARCA: GENERAL ELECTRIC MODELO NAB-10 REFERENCIA LA2332

FABRICANTE: PAIS: COLOMBIA

REPRESENTANTE EN COLOMBIA: GENERAL ELECTRIC

DIRECCION: BOGOTA

II. INFORMACIÓN TÉCNICA

VOLTAJE(VOLTIOS): 120 VAC CONSUMO CTE(KWh): 28 KWh/mes FREQ (Hz): 60 Hz

REPUESTOS HABITUALES: EMPAQUE DE PUERTA

OTROS:

CUALES:

CAPACIDAD TEORICA: 257 LITROS

CAPACIDAD REAL: 257 LITROS

SISTEMA DE ALIMENTACIÓN: ELECTRICA

USOS DEL EQUIPO: SE UTILIZA PARA REFRIGERACION Y MANTENER LOS PAQUETES FRIOS

TECNOLOGÍA: ELECTRICA

INSTALACIONES: NINGUNA

PERSONA RESP. EN SU UTILIZACIÓN: TERAPEUTA FISICO

INSUMOS: NINGUNO

CLASIFICACIÓN SEGUN EL RIESGO (Decreto 4725 de 2005): Clase I

CONDICIONES AMBIENTALES DEL EQUIPO

Temperatura: 10°C - 45°C

Rango de humedad: 10%- 85% humedad relativa

III. PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	PERIODO	FECHA	RESPONSABLE	RECIBIDO
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN REPORTE DE SERVICIO N. B-1113	II	12/09/2020		



VI. MANUALES

SI: _____ NO: x CUALES: _____

LOCALIZACIÓN _____

VII. ESTADO GENERAL DEL EQUIPO

BUENO: x REGULAR: _____ CAUSAS: _____
MALO: _____ CAUSAS: _____

VIII. FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

NORMAL: x REGULAR: _____ CAUSAS: _____
FUERA DE SERVICIO: _____ CAUSAS: _____

IX. TIPO DE MANTENIMIENTO A QUE ES SOMETIDO EL EQUIPO (AL ABRIR HOJA DE VIDA)

A. PREVENTIVO: <u>x</u>		PROPIO	CUAL:
CONTRATADO:		CUAL:	
B. CORRECTIVO:		PROPIO	CUAL:
CONTRATADO:		CUAL:	

FECHA			DAÑOS, FALLOS O AVERIAS	REPARACIONES O PROCEDIMIENTOS	REPUESTOS BASICOS	INTERNA O EXTERNA	COSTO
D	M	A					



PRECAUCIONES O RECOMENDACIONES EN LA UTILIZACION DEL EQUIPO

- Verificar que la temperatura del refrigerador siempre se encuentre entre 1°C y 5°C .
- Abrir la nevera por poco tiempo para así evitar la menor pérdida de frío.
- Siempre verifique que la puerta quede bien cerrada y que el empaque de la misma se encuentre en perfectas condiciones para evitar entradas de calor a la nevera.
- Al organizar los productos dentro de la nevera deje espacio entre ellos para una correcta refrigeración.
- La mayoría de los cortes de corriente inferiores a una o dos horas no afectan las temperaturas del refrigerador. No obstante, debe abrir la puerta del refrigerador lo menos posible durante el corte.

OBSERVACIONES (Anote en forma resumida la fecha y los datos más importantes que crea convenientes)

HOJA DE VIDA EQUIPOS CADENA DE FRIO

Programa ampliado de Inmunización

ITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE

Santander

Barbosa

NEVERA CONVENC

Fecha de ingreso al PAI

Nombre de la IPS-ESE

Departamento

Municipio

Equipo

CIUDAD

BARBOSA

LABORATORIO

CLIENTE

E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA

MODELO

NAB-10

AREA DE SERVICIO

LA2332

EQUIPO

NEVERA CONVENCIONAL

INVENTARIO

SERIAL No.

MARCA

GENERAL ELECTRIC

ACTIVIDAD	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
LIMPIEZA GABINETE INTERIOR	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
LIMPIEZA GABINETE EXTERIOR	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
LIMPIEZA CONDENSADOR-COMPRESOR												
AJUSTE/AJUSTE Y LIMPIEZA DE CONECTORES ELECTRICOS												
TOMA Y REGISTRO DE VOLTAJE AMPERAJE												
LIMPIEZA DE PANELES O QUEMADOR												
VERIFICACION DE CARGA Y NIVELLIQUIDO BATERIA												

TECNICO

T

VACUNADOR

V

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA EQUIPOS CADENA DE FRIO

Formulario de Registro de Equipos de Refrigeración

FECHA	SINTOMA	DIAGNOSTICO	ACTIVIDAD EJECUTADA	RESPONSABLE
12/09/2020	PROGRAMACION MANTENIMIENTO	SE REQUIERE EFECTUAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO	INSPECCION DE LA PARTE ELECTRICA, INSPECCION COMPRESION DEL EQUIPO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE GABINETE, MEDIDA DE AMPERAJE, VERIFICACION DE ARRANQUE DEL EQUIPO MEDIANTE TERMOSTATO S/G REPORTE DE SERVICIO ADJUNTO	PEDRO BAYONA
17/02/2021	PROGRAMACION MANTENIMIENTO	SE REQUIERE EFECTUAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO	INSPECCION DE LA PARTE ELECTRICA, INSPECCION COMPRESION DEL EQUIPO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE GABINETE, MEDIDA DE AMPERAJE, VERIFICACION DE ARRANQUE DEL EQUIPO MEDIANTE TERMOSTATO S/G REPORTE DE SERVICIO ADJUNTO	PEDRO BAYONA
13/08/2021	PROGRAMACION MANTENIMIENTO	SE REQUIERE EFECTUAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO	INSPECCION DE LA PARTE ELECTRICA, INSPECCION COMPRESION DEL EQUIPO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE GABINETE, MEDIDA DE AMPERAJE, VERIFICACION DE ARRANQUE DEL EQUIPO MEDIANTE TERMOSTATO S/G REPORTE DE SERVICIO ADJUNTO	PEDRO BAYONA
11/02/2022	PROGRAMACION MANTENIMIENTO	SE REQUIERE EFECTUAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO	INSPECCION DE LA PARTE ELECTRICA, INSPECCION COMPRESION DEL EQUIPO, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE GABINETE, MEDIDA DE AMPERAJE, VERIFICACION DE ARRANQUE DEL EQUIPO MEDIANTE TERMOSTATO S/G REPORTE DE SERVICIO ADJUNTO	PEDRO BAYONA

CONTABILISTA

INTERVENTOR

CLIENTE

RUBEN DARIO OSPINA LAGOS/ REM EQUIPOS

Nit: 79.782.845-9 Régimen Común

Tel: (058)7447432 Cel: 3114523976-3146007511

Nº. B-1769

CLIENTE	ESE Hospital Integrado San Bernardo			CIUDAD	Barbosa
EQUIPO	Neumático	MODELO	NAB-10	AREA DE SERVICIO	Laboratorio
MARCA	General Electric	INVENTARIO No	0275	SERIAL No	JA 2332

SOLICITUD DE MANTENIMIENTO

QUIEN SOLICITA:

DETALLE DE HALLAZGO: Htto Preventivo

REPUESTOS

DIAGNOSTICO

DAÑO MECÁNICO		DAÑO EN CIRCUITO ELÉCTRICO		DAÑO EN CIRCUITO ELECTRÓNICO	
DAÑO EN RODAMIENTO	DAÑO EN TURBINA	ELEMENTO EN CORTO		NO CENSA SEÑALES	
DAÑO EN SAJASTE	DAÑO EN BIELA	BOMBILLO FUNDIDO		DAÑO EN SENSOR DE SPO2	
DAÑO EN PINONES	DAÑO EN PISTONES	NO ENCIENDE	DAÑO EN INTERRUPTOR	DAÑO SENSOR DE TEMPERATURA	
DESARMADO	DAÑO EN ANILLOS	CABLE ROTO	DAÑO EN FUSIBLE	DAÑO EN TRANSDUCTOR	
DESGASTE DE PARTES - CON RUIDOS		SIN MOVIMIENTO		NO VISUALIZACIÓN Y/O DAÑO EN PANTALLA	
SIN TORNILLOS	FALTA LUBRICACIÓN	DAÑO EN ELECTRODOS		NO IMPRIME	DAÑO EN CIRCUITOS
FRENADO O SIN MOVIMIENTO		DAÑO CABLE PACIENTE		RUIDO EN REGISTRO	
FALLA EN CIRCUITO NEUMÁTICO		DAÑO EN FUENTE		SOFTWARE - DESCONFIGURADO	
DAÑO EN BRAZALETE	DAÑO EN PERA	DAÑO CIRCUITO HIDRÁULICO		ERROR EN REGISTROS	
DAÑO EN MANGUERAS	DAÑO EN ACOPLES	FUGA DE ACEITE		DAÑO EN TIEMPOS	
DAÑO EN BOMBA	DAÑO EN PRESOSTATO	FUGA AGUA		DESCONTROL	
DAÑO EN COMPRESOR	DAÑO EN PEDAL	ATASCADO		FUERA DE RANGO	
FUGAS DE AIRE	DAÑO EN REOSTATO	NO ACCIONA		DAÑO EN PINTURA	
SIN PRESIÓN		DAÑO EN INDICADORES		DAÑO EN PINTURA O CROMADO	
DAÑO EN VALVULAS		DAÑO EN PILOTOS		DAÑO EN CIRCUITO DE REFRIGERACIÓN	
DAÑO EN ACOPLES		DAÑO EN DISPLAY Y/O PANTALLA		NO REFRIGERA	
NO SUCCIONA		DAÑO EN MANÓMETRO		DAÑO EN EMPAQUES	
DAÑO ACÚSTICO		DAÑO TÉRMICO		DAÑO EN UNIDAD REFRIGERADORA	
DAÑO EN MEMBRANA		SOBRECALENTAMIENTO O NO CALIENTA		FUGAS DE GAS Y/O PERFORACIÓN EN CIRCUITOS	
DAÑO EN ALTAVOZ		RESISTENCIA QUEMADA		DAÑO ÓPTICO	
DAÑO EN INDICADORES		DAÑO E SENSOR DE TEMPERATURA		DAÑO EN OCULARES	
DAÑO EN PILOTOS		DAÑO EN ESTRUCTURA		DAÑO EN FILTROS	
DAÑO EN DISPLAY Y/O PANTALLA		OXIDADO		DAÑO EN FIBRA ÓPTICA	
DAÑO EN MANÓMETRO		PARTES ROTA		DAÑO EN DETECTOR ÓPTICO	

ANOTACIÓN DE DAÑO FALLA O AVERÍA

INFORME DE ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO PARA EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO

Se inspecciona el equipo, se limpian gabinetes y revisa componentes mecánicos y eléctricos del equipo, se mide amperaje del mismo, equipo queda en operación en el momento.

Nota: se recomienda dar baja al equipo por obsolescencia, equipo no cumple y puede no mantener la vida útil de los seguros.

ESTADO EN QUE SE ENTREGA EL EQUIPO:

FECHA DE ENTREGA 17/02/2021

INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO

VOBO Coordinador

QUIEN RECIBE A SATISFACCIÓN Firma y Sello o del Funcionario
encargado/ Área del Servicio

<div>CONTRATISTA</div> <div>RUBEN DARIO OSPINA LAGOS</div>			<div>LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENIMIENTO</div> <div>PROGRAMADO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO</div> <div>A continuación, se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas</div> <div>Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalia (PA)</div>					
CLIENTE: E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO			SERVICIO		LABORATORIO			
EQUIPO		REFRIGERADOR		Numero de visita de mantenimiento				
UBICACION	MARCA	MODELO	SERIE					
LABORATORIO	GENCOI	NAB-10	LA232					
Actividades de mantenimiento preventivo semestral							Fecha de realización del mantenimiento	
Item	REALIZAR EVALUACION DE CONDICIONES	Ambiental: Temperatura, humedad, infraestructura		TEMPERATURA (°C)	14	34		
1		Físico: Verificación del estado del equipo. Verificación de sistemas de control de (TEMPERATURA) COMPARTIMIENTOS, cable de poder, indicadores y/o pilotos		HUMEDAD RELATIVA (%):	76	77		
2	VERIFICACIÓN DE INTEGRIDAD DEL EQUIPO	Verificación de circuitos eléctricos, cableado, terminales, protecciones, EMPAQUES SELLOS, termostato UNIDAD.		REGISTRO DE VOLTAJE ANTES DEL MTO. (V):	122	123	E	
3	LIMPIEZA DE GABINETE INTERIOR	Se realiza limpieza de conductos y sistema de refrigeración interno y cadena de frío, desinfección de paredes internas.		CALIDAD DE REFRIGERACIÓN ANTES DEL MTO. (BUENO, REGULAR, MALO):	Regular	Buena	E	
4	LIMPIEZA DE GABINETE EXTERIOR	Limpieza de contactos, carcasa, botones, indicadores					E	
5	AJUSTE Y LIMPIEZA DE CONECTORES ELECTRICOS	Verificación y limpieza de sistemas de potencia eléctrica (compresor, clavijas y cable de alimentación)					E	
6	LIMPIEZA PANELES O QUEMADORES	Verificación de funcionamiento de indicadores, alarmas, botones, selectores e indicadores medición de corriente de línea con pinza a perimétrica o multimetro.					E	
7	VERIFICACIÓN CARGA Y NIVEL LIQUIDO BATERIA	Verificación de su funcionamiento. Toma de voltaje y amperaje de línea					E	
8	Realizar prueba final de funcionamiento	Prueba general del equipo en varios niveles ajustados de temperatura.		REGISTRO DE VOLTAJE DESPUES DEL MTO. (V):	120	120	E	
				CALIDAD DE REFRIGERACIÓN DESPUES DEL MTO. (BUENO, REGULAR, MALO):	Buena	Buena	E	
OBSERVACIONES:								
				Tiempo de ejecución: 2 hrs 2 hrs				
Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:				Pedro Bayona Pedro Bayona				
Firma de responsable del equipo.								



TIPO DE GARANTÍA: _____ INICIO: _____ FIN: _____

PROCEDIMIENTO PARA PUESTA A PUNTO (INSTALACIÓN): _____

V. PLANOS

SI: _____ NO: _____ CUALES: _____

LOCALIZACIÓN: _____

VI. MANUALES

SI: _____ NO: _____ CUALES: _____

LOCALIZACIÓN: _____

VII. ESTADO GENERAL DEL EQUIPO

BUENO: ☒ _____ REGULAR: _____ CAUSAS: _____

MALO: _____ CAUSAS: _____

VIII. FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

NORMAL: ☒ _____ REGULAR: _____ CAUSAS: _____

FUERA DE SERVICIO: _____ CAUSAS: _____

IX. TIPO DE MANTENIMIENTO A QUE ES SOMETIDO EL EQUIPO (AL ABRIR HOJA DE VIDA)

A. PREVENTIVO:	PROPIO:	CUAL:
CONTRATADO: SI	CUAL:	
B. CORRECTIVO:	PROPIO:	CUAL:
CONTRATADO: SI	CUAL:	

Cra N° 15-14 Barbosa Tel: 0977486100 – 0977485751

Email: se@hospitalintegradosanbernardo.gov.co

CONTRATISTA
RUBEN DARIO OSPINA
LAGOS

LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENIMIENTO PROGRAMADO PARA EL
MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas

Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalia (PA)

CLIENTE: E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

EQUIPO: CENTRIFUGA

SERVICIO: mantenimiento

Numero de visita de mantenimiento: 1

UBICACION: laboratorio Clay Adams

MARCA: DVAL

MODELO: 2430041

SERIE: 2430041

Fecha de realización del mantenimiento: 04/04/22

Actividades de mantenimiento preventivo trimestral

Item

1

Realizar Evaluación De condiciones

2

Realizar verificación de apariencia

3

Verificación de integridad del equipo.

4

Realizar Prueba de Aceptación

5

Realizar Limpieza

6

Realizar ajuste

7

Realizar prueba final de funcionamiento

Ambiental: Temperatura humedad, infraestructura

Físico: Verificación de estado de carcasa, panel de control, display, platos, cable de poder

Funcional: verificación de encendido, verificación revoluciones y visualización en display, teclado

Físico externo: verificación de carcasa, cable de poder, clavija, display, tapa

Físico interno: verificación del estado de circuitos electrónicos de control y visualización de revoluciones conductores electrónicos, componentes electrónicos, contactos, sellos, sensor de tacómetro, motor escobillas

Verificación partes: presencia de tapa, display, cable de poder, plato, tornillería, tubos, patas o bases de caucho, placa de número de serial del equipo

Pruebas en parámetros en todos los modos, visualización de revoluciones en display, prueba con foto tacómetro externo conocido, verificación de ruido aceptable.

Limpieza externa: remoción de suciedad, polvo, manchas, cuerpos extraños adherencias

Limpieza interna: remoción de presencia de polvo, óxido en circuitos de control

Limpieza de motor, colector, cambio de escobillas si es necesario

Ajuste en parámetros ajuste de parámetros

Ajuste de partes: tarjeta electrónica, contactos, tornillería.

Prueba de encendido, conectado a la toma de 115-120vca con polo a tierra.

Prueba de la función de: revoluciones y estabilidad de los giros del plato con tubos.

Prueba de Verificar control de revoluciones y tiempo posterior a los ajustes y limpieza

Prueba de visualización de display de programas y ajustes de programas en tiempo y revoluciones

Entrega del equipo en buenas condiciones físicas y funcionales.

Tiempo de ejecución:

40 min

60 min

OBSERVACIONES:

Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:

Rubén Darío Ospina

ING. BIOMEDIC 6

INVIMA CR - 20090

T.P. 67416532

Firma de responsable equipo:

José Carlos



MANTENIMIENTO – VENTA DE EQUIPO HOSPITALARIO
E INSUMOS EN GENERAL
Nit. - 79.782.845-9 • Régimen Común

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas:

- Efectuado (E)
No Efectuado (NE)
No Aplica (NA)
Presenta Anomalia (PA)

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CENTRIFUGAS				
Ubicación: Laboratorio clínico		Modelo: DYNAC		
Marca: DYNAC		Serie: NR		
	1ra visita	2da visita	3ra visita	4ta visita
Fecha de realización del mantenimiento	Feb 2020	Mayo 2020	Agosto 2020	Diciembre 2020
Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	E	E	E	E
Efectuar limpieza integral externa del equipo, Revisar partes y accesorios metálicos y sintéticos (soportes, cabezal, tapadera, empaques, portatubos, etc.)	E	E	E	E
Efectuar limpieza integral interna del equipo	E	E	E	E
Revisar conexiones eléctricas, internas y externas	E	E	E	E
Verificar perillas de control y señalizaciones	E	E	E	E
Revisar el motor y sus componentes (carbones, baleros eje, acoplamiento, etc.), cambiar carbones y lubricar si es necesario	NA	NA	NA	NA
Verificar el balance del plato con carga. Realizar calibración de tubos con una balanza y enfrenar sus pesos	NA	NA	NA	NA
Verificar medidor de tiempo	E	E	E	E
Verificar la velocidad de funcionamiento en todo el rango (máximo 3,500 - 4,500 r.p.m.)	E	E	E	E
Comprobar sistema de frenado y mecanismos de seguridad	E	E	E	E
Comprobar operatividad de la unidad en todos los modos de trabajo (inspección de ruidos o vibraciones inusuales.	E	E	E	E

NOTA: Este protocolo se realiza bajo las indicaciones dadas por el fabricante del equipo, la periodicidad del mismo se calcula a través de una matriz de especificaciones técnicas.
La actualización del numeral III PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO de la respectiva Hoja de Vida del Equipo y por lo tanto la entrega del mantenimiento y el recibido a satisfacción por el personal encargado del servicio se harán en dicho ítem.



MANTENIMIENTO - VENTA DE EQUIPO HOSPITALARIO
E INSUMOS EN GENERAL
Nº: 79 782 845-9 * Regimen Común

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas:

- Efectuado (E)
- No Efectuado (NE)
- No Aplica (NA)
- Presenta Anomalia (PA)

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CENTRIFUGAS				
Ubicación: LABORATORIO	Modelo: DNVAC			
Marca: CLINICAL	Serie: 2930011			
	1ra visita	2da visita	3ra visita	4ta visita
Fecha de realización del mantenimiento	26 Feb 2021	27 Mayo 2021	27 AYO 2021	
Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	E	E	E	
Efectuar limpieza integral externa del equipo. Revisar partes y accesorios metálicos y sintéticos (soportes, cabezal, tapadera, empaques, portatubos, etc.)	E	E	E	
Efectuar limpieza integral interna del equipo	E	E	E	
Revisar conexiones eléctricas, internas y externas	E	E	E	
Verificar perillas de control y señalizaciones	E	E	E	
Revisar el motor y sus componentes (carbones, baleros, eje, acoplamiento, etc.), cambiar carbones y lubricar si es necesario	E	E	E	
Verificar el balance del plato con carga. Realizar calibración de tubos con una balanza y enfrenar sus pesos	E	E	E	
Verificar medidor de tiempo	PA	PA	PA	
Verificar la velocidad de funcionamiento en todo el rango (máximo 3,500 - 4,500 r.p.m.)	E	E	E	
Comprobar sistema de frenado y mecanismos de seguridad	E	E	E	
Comprobar operatividad de la unidad en todos los modos de trabajo (inspección de ruidos o vibraciones inusuales).	E	E	E	

NOTA: Este protocolo se realiza bajo las indicaciones dadas por el fabricante del equipo, la periodicidad del mismo se calcula a través de una matriz de especificaciones técnicas.
La actualización del numeral III PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO de la respectiva Hoja de Vida del Equipo y por lo tanto la entrega del mantenimiento y el recibido a satisfacción por el personal encargado del servicio se harán en dicho ítem.

LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENIMIENTO PROGRAMADO PARA EL
MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas

Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalia (PA)

CONTRATISTA RUBEN DARIO OSPINA LAGOS		CLIENTE: E.B.E Hospital Integrado San Fernando		SERVICIO	Laboratorio Clínico	
EQUIPO		CENTRIFUGA		Numero de visita de mantenimiento		
UBICACION	MARCA	MODELO	SERIE	NO INVENTARIO		
Laboratorio de Ayuda	Wau		2030041			
Actividades de mantenimiento preventivo trimestral						
Item	Realizar Evaluación De condiciones			Fecha de realización del mantenimiento	D M A Y	
1	Realizar verificación de apariencia			27	04	22
2	Verificación de integridad del equipo			27	04	22
3	Realizar Prueba de Aceptación			27	04	22
4	Realizar Limpieza			27	04	22
5	Realizar ajuste			27	04	22
6	Realizar prueba final de funcionamiento			27	04	22
7				27	04	22
Observaciones:				40 minutos 40 min		
Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:				Firma de responsable equipo:		
Ruben Dario Ospina Lagos				Firma de responsable equipo:		
INVS. BIOMEDIC				Firma de responsable equipo:		
INVIMA - RA 70090				Firma de responsable equipo:		
T. P. 2924410637				Firma de responsable equipo:		

CONTRATISTA
RUBEN DARIO OSPINA LAGOS

CLIENTE: CSE Venecia de Salud
CENTRICA

LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENIMIENTO PROGRAMADO PARA EL
MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas:
Efectuado (E) No Efectuado (NE) No aplica (NA) Presenta Anomalia (PA)

ITEM	EQUIPO	SERVICIO	Número de visita de mantenimiento															
			1ra VISITA				2da VISITA				3ra VISITA				4ta VISITA			
			D	M	A	Y	D	M	A	Y	D	M	A	Y	D	M	A	Y
Actividades de mantenimiento preventivo trimestral																		
1	Realizar Evaluación de condiciones	Verificar funcionamiento	E															
2	Realizar verificación de ajuste	Verificar funcionamiento	E															
3	Verificación de integridad	Verificar funcionamiento	E															
4	Realizar Prueba de Aceptación	Verificar funcionamiento	E															
5	Realizar Limpieza	Verificar funcionamiento	E															
6	Realizar ajuste de partes	Verificar funcionamiento	E															
7	Realizar prueba final de funcionamiento	Verificar funcionamiento	E															
Tiempo de ejecución:			45 min															
OBSERVACIONES:			David Bayona Ingeniero Mecatrónico T.P. 15301-38000-28YC RH-201808-406															
Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:			David Bayona Ingeniero Mecatrónico T.P. 15301-38000-28YC RH-201808-406															
Firma del responsable del equipo:			Nueve															



HOJA DE VIDA PARA EQUIPOS HOSPITALARIOS

XIX. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL EQUIPO: MICROPIPETA

No INVENTARIO:

UBICACIÓN: LABORATORIO CLINICO

MARCA: BOECO

MODELO: 5-50 µL

REFERENCIA: SA 486134 CC459126

FABRICANTE: BOECO

PAÍS: ALEMANIA

REPRESENTANTE EN COLOMBIA: IMCOLMEDICA

DIRECCIÓN: BOGOTÁ

XX. INFORMACIÓN TÉCNICA

VOLTAJE(VOLTIOS): NA	CONSUMO CTE(A): N.A	FREC (Hz): N.A
----------------------	---------------------	----------------

REPUESTOS HABITUALES: CONTADOR

OTROS: NO

CUALES: _____

CAPACIDAD TEÓRICA: 5-50 µL	CAPACIDAD REAL: 5-50 µL
----------------------------	-------------------------

SISTEMA DE ALIMENTACIÓN: MECANICA

USOS DEL EQUIPO: PIPETEADO DE MUESTRAS

TECNOLOGÍA: MECANICA

INSTALACIONES: NINGUNA

PERSONA RESP. EN SU UTILIZACIÓN: BACTERIOLOGO/A

INSUMOS: NINGUNO

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL RIESGO (Decreto 4725 de 2005): Clase I

CONDICIONES AMBIENTALES DEL EQUIPO:

Temperatura: 20°C - 25°C (+/- 5°C)

Rango de Humedad: <50% Humedad relativa.

XXI. PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	PERIODO	FECHA	RESPONSABLE	RECIBIDO
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	I	25-02-2019		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	II	27-05-2019		

Cra N° 15-14 Barbosa Tel: 0977486100 – 0977485751

Email: cc459126@imcolmedica.com



TIPO DE GARANTÍA: _____ INICIO: _____ FIN: _____
 PROCEDIMIENTO PARA PUESTA A PUNTO (INSTALACIÓN): _____

XXIII. PLANOS

SI: _____ NO: _____ CUALES: _____

LOCALIZACIÓN: _____

XXIV. MANUALES

SI: _____ NO: _____ CUALES: _____

LOCALIZACIÓN: _____

XXV. ESTADO GENERAL DEL EQUIPO

BUENO: ☒ _____ REGULAR: _____ CAUSAS: _____

MALO: _____ CAUSAS: _____

XXVI. FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

NORMAL: ☒ _____ REGULAR: _____ CAUSAS: _____

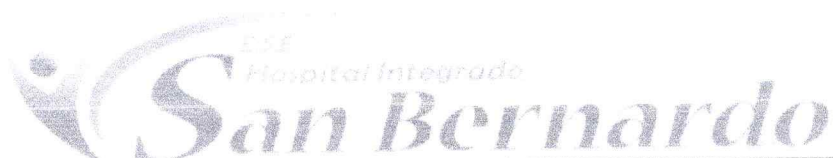
FUERA DE SERVICIO: _____ CAUSAS: _____

XXVII. TIPO DE MANTENIMIENTO A QUE ES SOMETIDO EL EQUIPO (AL ABRIR HOJA DE VIDA)

A. PREVENTIVO:	PROPIO:	CUAL:
CONTRATADO: SI	CUAL:	
B. CORRECTIVO:	PROPIO:	CUAL:
CONTRATADO: SI	CUAL:	

Cra N° 15-14 Barbosa Tel: 0977486100 – 0977485751

Email: informacion@hospitalintegradosanbernardo.cl



MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	III	26-08-2019		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	IV	04-12-2019		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	I	18-02-2020		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	II	18-05-2020		
Mantenimiento preventivo Según protocolo anexo	III	Agosto 2020	 REMEDIACIÓN TEL. 79.782.845-9	
Mantenimiento Preventivo Según Protocolo de Anexo	IV	Diciembre 2020	Ruben Osorio	
Mantenimiento preventivo Según protocolo anexo	I	26 Febrero 2021	 TEL. 79.782.845-9	
Mantenimiento Preventivo Según Protocolo de Anexo	II	28 Mayo 2021	 TEL. 79.782.845-9	
Mantenimiento Preventivo Según Protocolo de Anexo	III	27 Agosto 2021	 TEL. 79.782.845-9	

XXII. PROPIEDAD, ADQUISICIÓN, OPERACIÓN Y GARANTÍA

PROPIEDAD EL EQUIPO: E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

AÑO DE ADQUISICIÓN: _____

AÑO DE INSTALACIÓN: _____ AÑO DE OPERACIÓN: _____ NA

AÑOS FUERA DE SERVICIO: NA GARANTÍA: SI

Cra N° 15-14 Barbosa Tel: 0977486100 – 0977485751

Email: informacion@hospitalbernardo.gov.co



MANTENIMIENTO – VENTA DE EQUIPO HOSPITALARIO
E INSUMOS EN GENERAL
Nit. - 79.782.845-9 • Régimen Común

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas:

Efectuado (E)
No Efectuado (NE)
No Aplica (NA)
Presenta Anomalía (PA)

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO MICROPIPETAS				
Ubicación: <i>laboratorio clínico</i>	Modelo: <i>S-50 ML</i>			
Marca: <i>Robo</i>	Serie: <i>TA48 6434</i>			
	1ra visita	2da visita	3ra visita	4ta visita
<i>Fecha de realización del mantenimiento</i>	<i>Feb 2010</i>	<i>Abr 2010</i>	<i>Agosto 2010</i>	<i>Diciembre 2010</i>
Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>
Efectuar desarme y destape de conductos	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>
Efectuar limpieza integral interna y externa de la micropipeta	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>
Efectuar lubricacion de vastago y partes necesarias	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>
Verificar estado de elementos	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>
Realizar pruebas de pipeteado	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>
Pruebas de operación con el operador	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>E</i>

NOTA: Este protocolo se realiza bajo las indicaciones dadas por el fabricante del equipo, la periodicidad del mismo se calcula a través de una matriz de especificaciones técnicas.
La actualización del numeral III PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO de la respectiva Hoja de Vida del Equipo y por lo tanto la entrega del mantenimiento y el recibido a satisfacción por el personal encargado del servicio se harán en dicho ítem.

INFORMES: ☎ CALLE 16 No. 12-99 ☎ 7447432-3114523976
EMAIL: rubendarioospinalagos@gmail.com

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas:

Efectuado (E)
No Efectuado (NE)
No Aplica (NA)
Presenta Anomalia (PA)

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO MICROPIPETAS

Ubicación: LAB 02

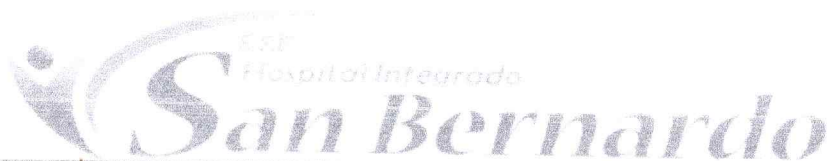
Marca:

Modelo: S-50m1

Serie: 3A448434

	1ra visita	2da visita	3ra visita	4ta visita
Fecha de realización del mantenimiento	26 Feb 2021	15 Mayo 2021	27 Ago 2021	
Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	E	E	E	
Efectuar desarme y destape de conductos	E	E	E	
Efectuar limpieza integral interna y externa de la micropipeta	E	E	E	
Efectuar lubricación de vástago y partes necesarias	E	E	E	
Verificar estado de elementos	E	E	E	
Realizar pruebas de pipeteado	E	E	E	
Pruebas de operación con el operador	E	E	E	

NOTA: Este protocolo se realiza bajo las indicaciones dadas por el fabricante del equipo. La periodicidad del mismo se calcula a través de una matriz de especificaciones técnicas.
La actualización del numeral III PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO de la respectiva Hoja de Vida del Equipo y por lo tanto la entrega del mantenimiento y el recibido a satisfacción por el personal encargado del servicio se harán en dicho plan.



MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	III	26-08-2019		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	IV	04-12-2019		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	I	18-02-2020		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	II	18-05-2020		
Mantenimiento preventivo según protocolo anexo	III	Agosto 2020	 Rubén Darío Ospina TEL: 097.845-556	
Mantenimiento Preventivo Según Protocolo de anexo	IV	Diciembre 2020	Pérez Dario	
Mantenimiento preventivo Según protocolo anexo	I	25 febrero 2021	 TEL: 097.845-556	
Mantenimiento Preventivo Según protocolo de anexo	II	25 Mayo 2021	Rubén Darío Ospina TEL: 097.845-556	
Mantenimiento preventivo según protocolo anexo se requiere cambio de medidor de tiempo	III	25 agosto 2021	Rubén Darío Ospina ING. BIOMÉDICA INVIMA - RH 20090 556 T. P. 2524416532	

IV. PROPIEDAD, ADQUISICIÓN, OPERACIÓN Y GARANTÍA

PROPIEDAD EL EQUIPO: E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

AÑO DE ADQUISICIÓN: _____

AÑO DE INSTALACIÓN: _____ AÑO DE OPERACIÓN: _____ NA

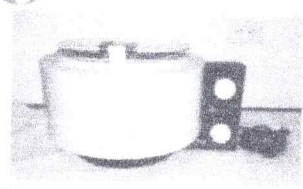
AÑOS FUERA DE SERVICIO: NA GARANTÍA: SI

Cra N° 15-14 Barbosa Tel: 0977486100 - 0977485751

Email: info@esehospitalintegradosanbernardo.com



HOJA DE VIDA PARA EQUIPOS HOSPITALARIOS



I. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL EQUIPO: CENTRIFUGA No INVENTARIO:
UBICACIÓN: LABORATORIO CLINICO
MARCA: CLAY ADAMS MODELO: DYNAC REFERENCIA:
2970050
FABRICANTE: BECTON DIKYNSON PAÍS: USA
REPRESENTANTE EN COLOMBIA: IMCOLMEDICA
DIRECCIÓN: BOGOTA

II. INFORMACIÓN TÉCNICA

VOLTAJE(VOLTIOS):110V CONSUMO CTE(A): 1.6 A FREQ (Hz): 60Hz

REPUESTOS HABITUALES: ESCOBILLAS
OTROS: NO
CUALES: COMPONENTES:

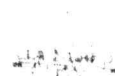
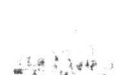
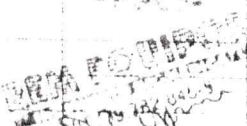
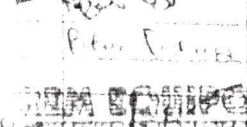
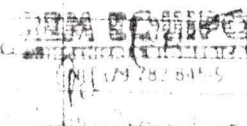
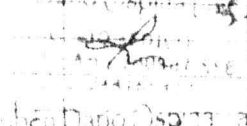
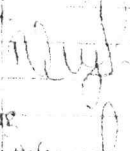
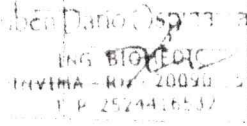
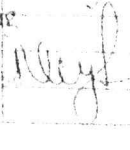
CAPACIDAD TEÓRICA: 15 TUBOS CAPACIDAD REAL: 15 TUBOS

SISTEMA DE ALIMENTACIÓN: VOLTAJE CORRIENTE ALTERNA
USOS DEL EQUIPO: SEPARAR LOS COMPONENTES DE LA SANGRE
TECNOLOGIA: ELECTRICA
INSTALACIONES: NINGUNA
PERSONA RESP. EN SU UTILIZACIÓN: BACTERIOLOGO/A
INSUMOS: NINGUNO
CLASIFICACIÓN SEGÚN EL RIESGO (Decreto 4725 de 2005): Clase I
CONDICIONES AMBIENTALES DEL EQUIPO:
Temperatura: 10°C - 85°C
Rango de Humedad: 80% Humedad relativa.

III. PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	PERIODO	FECHA	RESPONSABLE	RECIBIDO
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	I	25-02-2019		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN PROTOCOLO ANEXO	II	27-05-2019		

San Bernardo

MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO ANEXO	III	26-08-2019		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO ANEXO	IV	09-12-2019		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO ANEXO	I	18-02-2020		
MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGUN PROTOCOLO ANEXO	II	18-05-2020		
Mantenimiento preventivo según protocolo anexo	III	Ayuda 2020		
Mantenimiento preventivo según protocolo anexo	IV	Ayuda 2020		
Mantenimiento preventivo según protocolo anexo	I	25-11-2020		
Mantenimiento preventivo según protocolo anexo	II	25 Mayo 2021		
Mantenimiento preventivo según protocolo anexo de la unidad de radiación de frenos	III	Ayuda 2021		

IV. PROPIEDAD, ADQUISICIÓN, OPERACION Y GARANTIA

PROPIEDAD EL EQUIPO. E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

AÑO DE ADQUISICIÓN: _____

AÑO DE INSTALACIÓN: _____ AÑO DE OPERACIÓN: NA

AÑOS FUERA DE SERVICIO: NA GARANTIA: SI



TIPO DE GARANTÍA: _____ INICIO: _____ FIN: _____

PROCEDIMIENTO PARA PUESTA A PUNTO (INSTALACIÓN) _____

V. PLANOS

SI: _____ NO: _____ CUALES: _____

LOCALIZACIÓN: _____

VI. MANUALES

SI: _____ NO: _____ CUALES: _____

LOCALIZACIÓN: _____

VII. ESTADO GENERAL DEL EQUIPO

BUENO ☒ _____ REGULAR: _____ CAUSAS: _____

MALO: _____ CAUSAS: _____

VIII. FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

NORMAL ☒ _____ REGULAR: _____ CAUSAS: _____

FUERA DE SERVICIO: _____ CAUSAS: _____

IX. TIPO DE MANTENIMIENTO A QUE ES SOMETIDO EL EQUIPO (AL ABRIR HOJA DE VIDA)

A. PREVENTIVO	PROPIO	CUAL
CONTRATADO SI	CUAL	
B. CORRECTIVO	PROPIO	CUAL
CONTRATADO SI	CUAL	



MANTENIMIENTO Y VENTA DE EQUIPO HOSPITALARIO
E INFORMES EN GENERAL
Nº 79 78 415 9 • Régimen Común

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas:

Efectuado (E)
No Efectuado (NE)
No Aplica (NA)
Presenta Anomalia (PA)

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CENTRIFUGAS				
Ubicación: Laboratorio de Hematología	Modelo: P-1000			
Marca: Jumo	Serie: 100			
	1ra visita	2da visita	3ra visita	4ta visita
Fecha de realización del mantenimiento	12/03/2013	14/03/2013	16/03/2013	18/03/2013
Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	E	E	E	E
Efectuar limpieza integral externa del equipo. Revisar partes y accesorios metálicos y sintéticos (soportes, cabezal, tapadera, empaques, portatubos, etc.)	E	E	E	E
Efectuar limpieza integral interna del equipo	E	E	E	E
Revisar conexiones eléctricas, internas y externas	E	E	E	E
Verificar perillas de control y señalizaciones	E	E	E	E
Revisar el motor y sus componentes (carbones, baleros, eje, acoplamiento, etc.), cambiar carbones y lubricar si es necesario	NA	NA	NA	NA
Verificar el balance del plato con carga. Realizar calibración de tubos con una balanza y enfrentar sus pesos	NA	NA	NA	NA
Verificar medidor de tiempo	E	E	E	E
Verificar la velocidad de funcionamiento en todo el rango (máximo 3,500 - 4,500 r.p.m.)	E	E	E	E
Comprobar sistema de frenado y mecanismos de seguridad	E	E	E	E
Comprobar operatividad de la unidad en todos los modos de trabajo (inspeccion de ruidos o vibraciones inusuales)	E	E	E	E

NOTA: Este protocolo se realiza bajo las indicaciones dadas por el fabricante del equipo, la periodicidad del mismo se calcula a través de una matriz de especificaciones técnicas.
La actualización del numeral III PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO de la respectiva Hoja de Vida del Equipo y por lo tanto la entrega del mantenimiento y el recibido a satisfacción por el personal encargado del servicio se harán en dicho ítem.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN EN BIOMÉDICA

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas:

- Efectuado (E)
- No Efectuado (NE)
- No Aplica (NA)
- Presenta Anomalia (PA)

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CENTRIFUGAS

Ubicación: <i>laboratorio</i>	Modelo: <i>Beckman</i>
Marca: <i>Beckman</i>	Serie: <i>2710000</i>
	<div>1ra visita 2da visita 3ra visita 4ta visita</div>
Fecha de realización del mantenimiento: <i>27 Ago 2024</i>	
Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo	<div>E</div>
Efectuar limpieza integral externa del equipo. Revisar partes y accesorios metálicos y sintéticos (soportes, cabezal, tapadera, empaques, portatubos, etc.)	<div>E</div>
Efectuar limpieza integral interna del equipo	<div>E</div>
Revisar conexiones eléctricas internas y externas	<div>E</div>
Verificar perillas de control y señalización	<div>E</div>
Revisar el motor y sus componentes (carbones, baleros, eje, acoplamiento, etc.) y cambiar carbones y lubrificar si es necesario	<div>E</div>
Verificar el balance del plato con carga. Realizar calibración de tubos con una balanza y enfrentar sus pesos	<div>E</div>
Verificar medidor de tiempo	<div>E</div>
Verificar la velocidad de funcionamiento en todo el rango (normal 3.500 - 4.500 r.p.m.)	<div>E</div>
Comprobar sistema de frenado y mecanismos de seguridad	<div>E</div>
Comprobar operatividad de la unidad en todos los modos de trabajo (inspeccionar de ruidos o vibraciones inusuales)	<div>E</div>

NOTA: Este protocolo se realiza bajo las directrices dadas por el fabricante del equipo; la periodicidad del mismo se calcula a través de una matriz de especificaciones técnicas.
En la finalización del numeral 01 al 04 del MANTENIMIENTO Preventivo, se le da la respectiva copia de vida del equipo y se le da la entrega del mantenimiento y el resultado a satisfacción por el personal responsable del servicio, en base a los datos.

CONTRATISTA

RUBEN DARIO OSPINA
LAGOS

LISTA DE CHEQUEO - Rutina de Mantenimiento Programado para el Mantenimiento Preventivo de Equipo Biomedico

A continuación se relacionan las actividades llevadas a cabo durante el mantenimiento preventivo, el cuadro debe completarse por el personal encargado del mantenimiento de acuerdo a las siguientes abreviaturas

Electrónico

Ejemplo: Encendido (NE) No Aplica (NA), Presenta Anomalía (PA)

CLIENTE: EOE Hospital Integrado San Fernando

SERVICIO: PULSATOLOGIA

EQUIPO: CENTRIFUGA

Numero de visita de mantenimiento: 1

UBICACION: CLAYTON

SERIE: 230041

FECHA DE REALIZACION DEL MANTENIMIENTO: 01/02/2008

ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO TRIMESTRAL

Item	Actividad	Resultado
1	Realizar Evaluación de condiciones	OK
2	Realizar verificación de apariencia	OK
3	Verificación de integridad del equipo	OK
4	Realizar Prueba de Aceptación	OK
5	Realizar Limpieza	OK
6	Realizar ajuste	OK
7	Realizar prueba final de funcionamiento	OK

OBSERVACIONES:

TIEMPO DE EJECUCIÓN: 40 min

60 min

Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:

Firma de responsable equipo:

LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENIMIENTO PROGRAMADO PARA EL
MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO

CONTRATISTA

RUBEN DARIO OSPINA
LAGOS

CLIENTE: E.B.E. Hospital Integrado do Nordeste
CENTRIFUGA

SERVICIO LABORATORIO CLINICO

Numero de visita de

522

038526

213241

February 20th 1904

Fecha de realizacion del mantenimiento

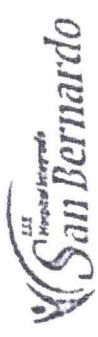
Actividades de Mantenimiento Preventivo

[illegible]

OBSERVACIONES:

Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:

Firma de responsable equipo:



LISTADO DE ASISTENCIA

Código: CC-FO-02
Versión: 1

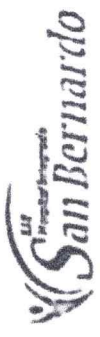
LUGAR: Hospital Barbosa

FECHA: 10 octubre 2023

HORA DE INICIO: 7:00

HORA FINAL:

RESPONSABLE:			CORREO ELECTRONICO		FIRMA
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO		
1	Yadi Franco	11572000	Madre	320-4615123	Yadi Franco
2	Margarita Mejia	45591044	Madre	321912-1863	Margarita Mejia
3	Luz Mayra Perez	70268951	Mama	313-33914038	Luz Mayra Perez
4	Luz Mayra Comacho Diaz	1099217757	Madre	3214968918	Luz Mayra Comacho Diaz
5	Patricia Mejia	37670105	Madre	3106250283	Patricia Mejia
6	Patricia Mejia	1003842615	Mama	3122258669	Patricia Mejia
7	Alexandra Hernandez	1099217303	Mama	3108759033	Alexandra Hernandez
8	Genisis Carina Velazquez	5208127	Coatone	3116155460	Genisis Velazquez
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					



LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02
Versión: 1

LUGAR: Hospital San Bernardo FECHA: 2/9/2023 HORA DE INICIO: 7:15 HORA FINAL:

RESPONSABLE:						
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
1	Ines Pardo	28441647	abuela	3175757817	Ines Pardo	
2	Cairo mardela Guerrero	1099207842	Gestante	3119207860	Cairo mardela	
3	Alegandra Beltrian	1099213606	mama	31078502758	Alegandra Beltrian	
4	Aislaana Santana Alejo	28253555	mama	3107885039	Aislaana Santana	
5	Liliana Otero Carrera	110858097	mama	3222387072	Liliana Otero	
6	Maria Gontar	39741688	Abuela	32097710426	Maria Gontar	
7	Martha Yamik	1099203041	Madre	3212610534	Martha Yamik	
8	Juan Teller	9101695	Padre	3107838401	Juan Teller	
9	Maria Sol Rios		Mama	3113241573	Maria Sol Rios	
10	Erika Flore Reyes Diaz	1099208188	Asudiente	3212404582	Erika Flore Reyes Diaz	
11	Diana Carlos Cobicks	91014304	Padre	3112242613	Diana Carlos Cobicks	
12	Diana Fabiana	52971044	Mama	3112081000	Diana Fabiana	
13	Maria Hernandez	301059051	Madre	3173755108	Maria Hernandez	
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

Versión: 1

LUGAR

Verde la palma - Cde

FECHA: 08/08/23

HORA DE INICIO

7:00

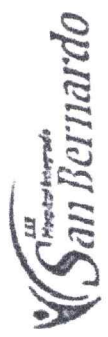
HORA FINAL

RESPONSABLE:

CORREO ELECTRONICO

FIRMA

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO		
1	Marcela Vargas	109913817	3158364117	manda	Marcela Vargas
2	Yneth Salazar	109913817	312867013	manda	Yneth Salazar
3	Marina Talara	05482251	31311918134	Medre	Marina Talara
4	Kelly Johana Franco	109913817	318465006	Tca	Kelly Johana Franco
5	Isabely Malvarin	109913817	312561064	Medre	Isabely Malvarin
6	Nidia Rosa Contreras	109913817	3119106609	Medre	Nidia Rosa Contreras
7	MARIA CRISTINA	109913817	310736511	Medre	MARIA CRISTINA
8	Claudia Rojas	109913817	3138450763	Medre	Claudia Rojas
9	Dora Rivera	30206757	3125664161	manda	Dora Rivera
10	Marica Castillo	109913817	3123897302	manda	Marica Castillo
11	Isabely Johana Rojas	109913817	3506339117	Medre	Isabely Johana Rojas
12	W. HERNANDEZ	109913817	3142171866	MANDA	W. HERNANDEZ
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					



LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

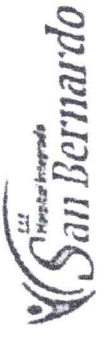
Versión: 1

LUGAR: Colegio Inmaculatio- Sede Gaitan FECHA: 01/08/23

HORA DE INICIO: 2:00 p.m

HORA FINAL:

RESPONSABLE					
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Andrea RIVERA	109993302	312 559 1566	Mamá	312 559 1566
2	Maria SANCHEZ	31670581	3142388813	Mamá	Mamá
3	Patricia RIVERO	113369303	312537461	PATRICIA RIVERO	Mamá
4	Genesis Toro	1623111	3133250085	Mamá	Genesis Toro
5	Adilia SANCHEZ	1099213727	3163883354	Mamá	Adilia SANCHEZ
6	Lucy RODRIGUEZ	51637166	3138153678	Mamá	Lucy RODRIGUEZ
7	EDWIN CASTIBLANCO	1099206774	3146134113	PADRE	EDWIN CASTIBLANCO
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					



LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

Versión: 1

LUGAR: Vereda Bona Vista

FECHA: 10/08/23

HORA DE INICIO: 7:00 am

HORA FINAL:

RESPONSABLE:			CORREO ELECTRONICO			FIRMA
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO			
1	Maria Rodriguez	30206608	32044190767	Mama		Maria Rodriguez
2	Yolys Adriana	668086	30264599980	mama		Yolys Adriana
3	Luis Morales	41019491	3136281361	Papa		Luis Morales
4	Gloria Amparo Ordalo	59491132	3123392321	Mama		Gloria Amparo
5	PAULA MOREA	1489.103.082	3104439020	MADRE		PAULA MOREA
6	Angie Cruz R.	10924950	31049879916	mama		Angie Cruz R.
7	Esmeralda Quiraca	1101018132	3135854419	Mama		Esmeralda Quiraca
8	Alexandra Ruiz Ortiz	27.984424	3147571507	Mama		Alexandra Ruiz
9	German Inocencio Santamaria		3124217326	Papa		German Santamaria
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

Versión: 1

LUGAR: **ESE San Bernardo Buses** FECHA: **11-14 Agosto** HORA DE INICIO:

HORA FINAL:

RESPONSABLE:							
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA		
1	Lorena Pineda	31417324	3141413722	gestante	Lorena Pineda		
2	Laura Gith Perez	3141352980	3103315230	gestante	Laura Gith Perez		
3	Idalia Pineda	3106261315	3132487546	gestante	Idalia Pineda		
4	Montoya Sepulveda	3103458542	3102282760	gestante	Montoya Sepulveda		
5	Luz Magda	31062284	3106587268	gestante	Luz Magda		
6	Patricia Castellar	3026654	3144210630	gestante	Patricia Castellar		
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							



LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02
Versión: 1

Lugar: Francisco de Paula Fecha: 10/09/2023 Hora de inicio: 10:00 am Hora final:

RESPONSABLE			CORREO ELECTRONICO		FIRMA
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO		
1	Lina maria Santamaria	109921733	315 892 8917	mama	Lina Maria
2	Sandra Contreras	30206330	312 517 6620	Abuela	Sandra
3	Dalyanna Vega	1099216108	316 562 4224	mama	Dalyanna
4	Isabel Ariza	30265461	322 343 4773	Abuela	Isabel
5	Julietta Poveda	1019036081	312 309 4278	mama	Julietta
6	Maria del Carmen Molina	31630410	321 446 509	madre	Maria del Carmen
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

1ª Versión: 01/01/2023

LUGAR: Isomero Centro

FECHA: 17 de agosto de 2023

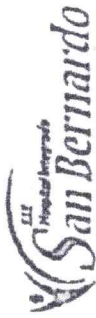
HORA DE INICIO: 10:20 am

HORA FINAL:

RESPONSABLE		CORREO ELECTRONICO			FIRMA	
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO			
1	Yeny Madina Serrano	1095510698	3153514343	madre		
2	Shessica del Carmen Pantoja	22286577	3118687265	madre		
3	Rodrigo Pardo	7183044	3219023017	Padre		
4	Shoara Osorio		3224704708	madre		
5	Andy Ruiz	14011519	3124412660	madre		
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: CC-FD-02
Versión: 1



LUGAR: Cokgio cite

FECHA: 22 lug 05 to 2023

HORA FINAL:

HORA DE INICIO: 9:00 am

RESPONSABLE:		NOMBRES Y APELLIDOS		CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
N.							
1	Enrique Rodriguez Correa	1090424192	324 5039489	madre			Enrique Rodriguez
2	Josely Miro	1099229169		madre			Josely Miro
3	Sandrio Miro	1099208378	3218561681	madre			Sandrio Miro
4	Edgar Piadri Cruz	5744687	3196937978	Papic			Edgar Piadri
5	Jorge Leonardo Moreno	91018123	3054701100	Papic			Jorge Leonardo
6	Aide Barbosa Gueño	63438030	3194196732	Madre			Aide Barbosa
7	Luz Lagula Tovar	4683180	3114688760	Madre			Luz Lagula
8	Edith Johana Sandoz	1099213074	3224793493	mama			Edith Sandoz
9	CAROLINA OROSIO	52951196	3112781138	MAMA			CAROLINA OROSIO
10	Dulce Ricardo Chaparro	1094205237	3224165237	Papic			Dulce Chaparro
11	Alba Rose Hernandez	1005363729	3125110492	mama			Alba Hernandez
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							



LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02
Versión: 1

LUGAR: Vereda Pozo Negro

FECHA: 03/08/23

HORA DE INICIO:

HORA FINAL:

RESPONSABLE:

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Fuente Angela	1607554817	3158704173	Madre	Fuente Angela
2	Liz Angela Vargas	3195257751	3195257751	Madre	Liz Angela V.
3	Verdy Velasco M.	3043583790	3043583790	Mama	Verdy Velasco
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02
Versión: 1



LUGAR: Vereda la Palma

FECHA: 04/08/23

HORA DE INICIO: 7:00

HORA FINAL:

RESPONSABLE:					
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Natalia Rodriguez	10016321	3112056414	Natalia	Natalia Rodriguez
2	Sonia Diaz Diaz	2529498	302391634	Natalia	Sonia Diaz Diaz
3	Luz Arroyo Allica	100587158	3138619125	Natalia	Luz Arroyo Allica
4	Rodrigoo Bareso	13767340	3008750901	Papa	Rodrigoo Bareso
5	NADIA DIAZ	10020986	3193767160	nadya.e	NADIA DIAZ
6	Clara Perez	27620000	3175074869	tia	Clara Perez
7	Luz Marina Aguila	1009201842	3118407864	Gestante	Luz Marina Aguila
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

Versión: 1

LUGAR: Alcalde Municipal

FECHA: 14 JUNIO 23

HORA FINAL:

HORA DE INICIO:

Plan de Certificación contra el Chagas.

RESPONSABLE:	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
N.					
1	Manuel E. Gamar Gumbao	70985518	Dir. Asista.	Edad@barbora.gov.co	
2	Cesar A. Gonzalez	79254577	Asistente Administrativo	coordinacioncedo@barbora.gov.co	
3	Yolga Galik Hernandez Quintero	37677082	Asistente Administrativo	Neeritana@barbora.gov.co	
4	Nelson Francisco Ortiz Neira	9001517071	Asistente Administrativo	personero@barbora.gov.co	
5	Beatriz Helena Martinez Diaz	1093608870	Teniente Municipal	orden@barbora.gov.co	
6	Helena C. Aguilar Velazquez	1094920330	P. U. Orden Publico	Daxn. elbarbora@barbora.gov.co	
7	Janeth Aguilar Sandoval	10417639473	Defensora de los Derechos	garcia@barbora.gov.co	
8	Jose Carlos Sierra Vives	22.984.762	Se. General y Asistente	gobierno@barbora.gov.co	
9	Victor Manuel Camacho	79770756	Alcalde	comunicacion@barbora.gov.co	
10	Angelica Maria Contreras P.	63440313	Comisaria de Familia	tesoreria@barbora.gov.co	
11	Luis ALBERTO BLANCO	5637977	PROFESOR	Plan. admi. @barbora.gov.co	
12	Alberto CAMACHO	80827294	Planificador	leximol@barbora.gov.co	
13	Yovana Tumbao Pineda	57292225	Ofic. Desarrollo	Perlas@barbora.gov.co	
14	Carlos E. Gomez Calderon	18913404	ASISTENTE	ana@barbora.gov.co	
15	Ana Delina Torres Escobar	25268553	Delegada		
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

Versión: 1

LUGAR: Vereda Santa Rosa

FECHA: 18 Julio

HORA FINAL:

HORA DE INICIO:

RESPONSABLE:			CORREO ELECTRONICO		FIRMA
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO		
1	Karla Rangel Contreras	1064172776	ama de casa		Karla Rangel Contreras
2	Yenny Pardo Moyano Guio	394901066	Ama de casa		Yenny Pardo Moyano Guio
3	Luisa Fernanda Guiza Santibañez	1099216352	Ama de casa		Luisa Fernanda Guiza
4	Araceli Bernal Gonzalez	30205968	Ama de casa		Araceli Bernal Gonzalez
5	Lozada Morales	9103301	labrador		Lozada Morales
6	Sandra Maria Morales Roca	28438118	Ama de casa		Sandra Maria Morales Roca
7	Michelle Marcano	28105327	Ama de casa		Michelle Marcano
8	Dejanira Pinzon	1099216298	Ama de casa		Dejanira Pinzon
9	IRARICA	1099206251	Ama de casa		IRARICA
10	María Soliana Zuleta	1099216298	OFICIOS VARIOS		María Soliana Zuleta
11	Baudilio Pardo	91015988	AGRICULTURA		Baudilio Pardo
12	Edgar Noya Hernandez	102838191	AGRICULTURA		Edgar Noya Hernandez
13	JOS Vela	29749181	CONSTRUCTO		JOS Vela
14	Nelly Adriana Garcia P.	1101174695	Docente		Nelly Adriana Garcia P.
15	Diana Marcela Ayala	1097209510	Ama de casa		Diana Marcela Ayala
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					



LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02
Versión: 1

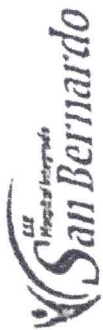
LUGAR: San Bernardo E.S.E. FECHA: 19 Julio 2023 HORA DE INICIO: 09 am HORA FINAL: 12 P.M.

RESPONSABLE:				CORREO ELECTRONICO	FIRMA
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO		
1	Mayerci Rojas Navarro	37670334	Oficios Varios	rojasnavarceci@gmail.com	Mayerci Rojas N
2	Yaguclin Moreno Contreras	6988607	Oficios Varios	yaguclin.moreno@	Yaguclin Moreno
3	Juliana Gavidado	1007555245	Madre	Juliani.Huac1604@gmail.com	Juliana G
4	De Ymarado Lopez	30340673			De Ymarado
5	Karol Gonzalez	1093638467		karolgonza006@gmail.com	Karol Gonzalez
6	Estefani Michelle Lopez	3200619816			Estefani Michelle
7	Karol Gonzalez	1091638267			Karol Gonzalez
8	Guissel Morillo Gonzalez	1003243746	Oficios Varios	guissel.morillohuac1604@gmail.com	Guissel Morillo
9	Nancy Jabara Gonzalez	1091204180	Independiente	nanasyjabara96536@gmail.com	Nancy Gonzalez
10	Jennifer Hayely Henao	109210248	Independiente	jennifere.henao96536@gmail.com	Jennifer Henao
11	Ysabel Lucia Arevalo	106558338	Independiente	IsabelArevala@gmail.com	Ysabel Lucia
12	Blanca Cecilia Sanchez Perez	3767035	Abuela		Blanca Sanchez
13	Liliana Quiroga Forero	1005451934	Independiente	LilianaQuirogaForero@gmail.com	Liliana Quiroga F
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

Versión: 1



LUGAR: Centro Integrado de Atención Integral de Salud Fecha: 31/05/2023 Hora de Inicio: 08:00 a.m. Hora Final: 1:30 p.m.

RESPONSABLE:	NOMBRES Y APELLIDOS			CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
N.							
1	Blanca Barona			100207346	3115643460	blanca	Blanca Barona
2	Maria Paez			1003922	312460120	Maria	Maria Paez
3	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
4	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
5	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
6	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
7	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
8	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
9	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
10	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
11	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
12	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
13	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
14	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
15	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
16	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
17	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
18	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
19	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
20	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
21	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
22	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
23	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
24	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
25	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez
26	Yvessa Hernandez			083434447	302806206	Yvessa	Yvessa Hernandez

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02
Versión: 1



LUGAR: Vereda del amarrillo FECHA: 17 Agosto 2023 HORA DE INICIO: 7 am HORA FINAL: 9:30 a.m

RESPONSABLE:					
N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Nancy Rueda	32-690-794	300497103	Madre	Nancy Rueda
2	Marta Valero	23366581	3104624910	Mamá	Marta Valero
3	Laura Quivoga	1009207056	3105629806	Mamá	Laura Quivoga
4	Margida Quintana	100900003		Madre	Margida Quintana
5	Matha Vargas	27904213	310607886	MADRE	Matha Vargas
6	Adela S. Perez	46359672	3103634535	Abuelita	Adela S. Perez
7	Jaine Mates	13053490	310461304	padre	Jaine Mates
8	Pido Rana Carrillo	31698793	3106207122	Mamá	Pido Rana Carrillo
9	Mercedes Perez	53108684	314624581	Abuelita	Mercedes Perez
10	Adela S. Perez	46359672	3103634535	Abuelita	Adela S. Perez
11	Rosalba Quintana	103551340	3120258445	Madre	Rosalba Quintana
12	Rosalba Pineda	1005203731	3118644973	Madre	Rosalba Pineda
13	Yelany Contreras	109920878	3125578730	Mamá	Yelany Contreras
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

LISTADO DE ASISTENCIA

Código: GC-FO-02

Versión: 1



LUGAR:

Hospital San Bernardo Barba

FECHA:

2-3 agosto 2023

HORA DE INICIO:

HORA FINAL:

RESPONSABLE:

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Elizabeth Rodriguez	107214100	3152359449	Mecane	Elizabeth Rodriguez
2	Mayeri Rojas	100455245	3211862523		Mayeri Rojas
3	PNOP Bland Diaz	109200815	3220788210	mannd	ANGIE KLOREND
4	DORIS Rojas	100205035	312840928	Manne	DORIS FELAS
5	Carner Hernandez	2265532	3103005952	geerme	Carner Hernandez
6	Nelsy Malagon	102934288	313996293	Manne	Nelsy Malagon
7	Ingrid Dominga Ariza	119311819	3214533946		Ingrid Dominga
8	Yorladis Suarez	100761483	3202107652		Yorladis Suarez
9	Kelly Galavis	31731.570	3115126708		Kelly Galavis
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

198

<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	ACTA	CÓDIGO	AP-AIRG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 1

ACTA No.43__

Fecha: 24/11/2023 Hora: 2:00 Lugar: LDSP
PM

Orden del día

- 1. Revisar base de datos de muestras de Plan de interrupción de Chagas
- 2. Aprobar base de datos
- 3.

Desarrollo de la Reunión

1. Revisión de base de datos

Se revisan las bases de datos de muestras tomadas en el municipio de BARBOSA en el periodo comprendido entre el 6 de julio de 2023 al 16 de octubre de 2023 en el marco del PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISIÓN DE Trypanosoma cruzi por Rhodnius prolixus domiciliado por la E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO Según contrato CO1.PCCNTR 4153320 del 27 de junio de 2023

La base de datos del municipio de Barbosa, consta de 736 muestras, aceptadas a conformidad en el LDSP, la cual inicia con el número de documento N° 1.097.638.467 y finaliza en N° 1.099.208.698 de estas muestras se tomaron 633 muestras fueron tomadas en el área urbana del municipio y 103 muestras fueron tomadas en el área rural

2. Aprobación base de datos

Se aprueban las bases de datos en el periodo comprendido entre el 3 de julio de 2023 al 16 de octubre de 2023, por valor total de: VEINTINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE (\$29.955.000 pesos mcte)

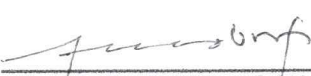
COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
NA	NA	NA

Siendo las 3:00 pm se levanta la reunión y en constancia se anexa la firma de los asistentes.

FIRMA


AYDE A. LOPEZ SANCHEZ
Profesional LDSP
Quien lidera la Reunión


Gerente EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO
Asistente

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	Pagada
Identificación: NI-890205456	
Código dependencia o sucursal: 0	
Nombre dependencia o sucursal: 0	
Fecha de generación del reporte: 2023-09-14	
Fecha límite de pago: 2023-08-14	
Fecha de pago: 2023-08-08	
Pagada por: BANCO POPULAR	
Período pensión: 2023-07	
Período salud: 2023-08	
Referencia de pago (PIN):	
Tipo de planilla: E	
Clase de planilla: Normal	
Número de la planilla: 27285363	

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS / SELECCIONAR NINGUNO
230301	800224808	PORVENIR	2	\$0	\$0	\$0	\$1.239.200	\$1.239.200	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	10	\$34.600	\$34.600	\$0	\$4.824.200	\$4.824.200	☐
Subtotal Pensión			2	\$34.600	\$34.600	\$0	\$6.063.400	\$6.063.400	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$0	\$0	\$0	\$484.100	\$484.100	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.	3	\$0	\$0	\$0	\$1.327.400	\$1.327.400	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	7	\$0	\$0	\$0	\$2.560.900	\$2.560.900	☐
ESSC24	900226715	COOPERATIVA DE SALUD COOSALUD E.S.S	1	\$0	\$0	\$0	\$310.900	\$310.900	☐
Subtotal Salud			4	\$0	\$0	\$0	\$4.683.300	\$4.683.300	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	12	\$0	\$0	\$0	\$913.000	\$913.000	☐
Subtotal ARL			1	\$0	\$0	\$0	\$913.000	\$913.000	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	12	\$0	\$0	\$0	\$1.498.900	\$1.498.900	☐
Subtotal CCF			1	\$0	\$0	\$0	\$1.498.900	\$1.498.900	
PASENA	899999034	SENA	12	\$0	\$0	\$0	\$749.900	\$749.900	☐
PAICBF	899999239	ICBF	12	\$0	\$0	\$0	\$1.124.600	\$1.124.600	☐
GRAN TOTAL				\$34.600	\$34.600	\$0	\$15.033.100	\$15.033.100	

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO Identificación: NI-890205456 Código dependencia o sucursal: 0 Nombre dependencia o sucursal: 0 Fecha de generación del reporte: 2023-09-14 Fecha límite de pago: 2023-08-14 Fecha de pago: 2023-08-08 Pagada por: BANCO POPULAR	Pagada
Periodo pensión: 2023-07 Periodo salud: 2023-08 Referencia de pago (PIN): Tipo de planilla: E Clase de planilla: Normal Número de la planilla: 27285507	

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR [TODOS] [SELECCIONAR NINGUNO]
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	2	\$0	\$0	\$0	\$1.130.800	\$1.130.800	☐
230301	800224808	PORVENIR	2	\$26.500	\$26.500	\$0	\$1.463.800	\$1.463.800	☐
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$0	\$0	\$0	\$498.800	\$498.800	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	4	\$0	\$0	\$0	\$1.486.700	\$1.486.700	☐
Subtotal Pensión		4	9	\$26.500	\$26.500	\$0	\$4.580.100	\$4.580.100	
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	\$0	\$0	\$0	\$259.800	\$259.800	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	8	\$0	\$0	\$0	\$3.277.000	\$3.277.000	☐
Subtotal Salud		2	9	\$0	\$0	\$0	\$3.536.800	\$3.536.800	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	9	\$0	\$0	\$0	\$689.600	\$689.600	☐
Subtotal ARL		1	9	\$0	\$0	\$0	\$689.600	\$689.600	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	9	\$0	\$0	\$0	\$1.132.200	\$1.132.200	☐
Subtotal CCF		1	9	\$0	\$0	\$0	\$1.132.200	\$1.132.200	
PASENA	899999034	SENA	9	\$0	\$0	\$0	\$566.200	\$566.200	☐
PAICBF	899999239	ICBF	9	\$0	\$0	\$0	\$849.100	\$849.100	☐
GRAN TOTAL				\$26.500	\$26.500	\$0	\$11.354.000	\$11.354.000	

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO Identificación: NI-890205456 Código dependencia o sucursal: 0 Nombre dependencia o sucursal: 0 Fecha de generación del reporte: 2023-09-14 Fecha límite de pago: 2023-09-13 Fecha de pago: 2023-09-07 Pagada por: BANCO POPULAR	Pagada
Período pensión: 2023-08 Período salud: 2023-09 Referencia de pago (PIN): Tipo de planilla: E Clase de planilla: Normal Número de la planilla: 27576332	

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NO SELECCIONAR
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	2	\$0	\$0	\$0	\$1.130.800	\$1.130.800	☐
230301	800224808	PORVENIR	2	\$26.500	\$26.500	\$0	\$1.463.800	\$1.463.800	☐
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$0	\$0	\$0	\$332.500	\$332.500	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	4	\$0	\$0	\$0	\$1.486.700	\$1.486.700	☐
Subtotal Pensión		4	9	\$26.500	\$26.500	\$0	\$4.413.800	\$4.413.800	
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	\$0	\$0	\$0	\$259.800	\$259.800	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	8	\$0	\$0	\$0	\$3.147.100	\$3.147.100	☐
Subtotal Salud		2	9	\$0	\$0	\$0	\$3.406.900	\$3.406.900	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	9	\$0	\$0	\$0	\$664.300	\$664.300	☐
Subtotal ARL		1	9	\$0	\$0	\$0	\$664.300	\$664.300	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	9	\$0	\$0	\$0	\$1.090.700	\$1.090.700	☐
Subtotal CCF		1	9	\$0	\$0	\$0	\$1.090.700	\$1.090.700	
PASENA	899999034	SENA	9	\$0	\$0	\$0	\$545.400	\$545.400	☐
PAICBF	899999239	ICBF	9	\$0	\$0	\$0	\$817.900	\$817.900	☐
GRAN TOTAL				\$26.500	\$26.500	\$0	\$10.939.000	\$10.939.000	

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

Identificación: NI-890205456

Código dependencia o sucursal: 0

Nombre dependencia o sucursal: 0

Fecha de generación del reporte: 2023-09-14

Fecha límite de pago: 2023-09-13

Fecha de pago: 2023-09-07

Pagada por: BANCO POPULAR

Pagada

Periodo pensión: 2023-08

Periodo salud: 2023-09

Referencia de pago (PIN):

Tipo de planilla: E

Clase de planilla: Normal

Número de la planilla: 27576276

CÓDIGO ENTIDAD	NTT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR
230301	800224808	PORVENIR	2	\$0	\$0	\$0	\$846.800	\$846.800	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	11	\$25.700	\$25.700	\$0	\$4.915.200	\$4.915.200	☐
Subtotal Pensión			2	\$25.700	\$25.700	\$0	\$5.762.000	\$5.762.000	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$0	\$0	\$0	\$484.100	\$484.100	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	4	\$0	\$0	\$0	\$1.452.300	\$1.452.300	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	7	\$0	\$0	\$0	\$2.214.400	\$2.214.400	☐
ESSC24	900226715	COOPERATIVA DE SALUD COOSALUD E.S.S	1	\$0	\$0	\$0	\$310.900	\$310.900	☐
Subtotal Salud			4	\$0	\$0	\$0	\$4.461.700	\$4.461.700	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	13	\$0	\$0	\$0	\$869.900	\$869.900	☐
Subtotal ARL			1	\$0	\$0	\$0	\$869.900	\$869.900	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	13	\$0	\$0	\$0	\$1.428.100	\$1.428.100	☐
Subtotal CCF			1	\$0	\$0	\$0	\$1.428.100	\$1.428.100	
PASENA	899999034	SENA	13	\$0	\$0	\$0	\$714.400	\$714.400	☐
PAICBF	899999239	ICBF	13	\$0	\$0	\$0	\$1.071.400	\$1.071.400	☐
GRAN TOTAL				\$25.700	\$25.700	\$0	\$14.307.500	\$14.307.500	

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

Identificación: NI-890205456

Código dependencia o sucursal: 0

Nombre dependencia o sucursal: 0

Fecha de generación del reporte: 2023-10-18

Fecha límite de pago: 2023-10-12

Fecha de pago: 2023-09-28

Pagada por: BANCO POPULAR

Pagada

Período pensión: 2023-09

Período salud: 2023-10

Referencia de pago (PIN):

Tipo de planilla: E

Clase de planilla: Normal

Número de la planilla: 27754570

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	<div>SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO</div>
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	2	\$23.900	\$23.900	\$0	\$1.376.400	\$1.376.400	☐
230301	800224808	PORVENIR	2	\$26.500	\$26.500	\$0	\$1.463.800	\$1.463.800	☐
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$0	\$0	\$0	\$332.500	\$332.500	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	4	\$0	\$0	\$0	\$1.486.700	\$1.486.700	☐
Subtotal Pensión			4	\$50.400	\$50.400	\$0	\$4.659.400	\$4.659.400	
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	\$0	\$0	\$0	\$259.800	\$259.800	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	8	\$0	\$0	\$0	\$3.301.700	\$3.301.700	☐
Subtotal Salud			9	\$0	\$0	\$0	\$3.561.500	\$3.561.500	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	9	\$0	\$0	\$0	\$694.400	\$694.400	☐
Subtotal ARL			9	\$0	\$0	\$0	\$694.400	\$694.400	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	9	\$0	\$0	\$0	\$1.140.100	\$1.140.100	☐
Subtotal CCF			9	\$0	\$0	\$0	\$1.140.100	\$1.140.100	
PASENA	899999034	SENA	9	\$0	\$0	\$0	\$570.100	\$570.100	☐
PAICBF	899999239	ICBF	9	\$0	\$0	\$0	\$855.000	\$855.000	☐
GRAN TOTAL				\$50.400	\$50.400	\$0	\$11.480.500	\$11.480.500	

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

Identificación: NI-890205456

Código dependencia o sucursal: 0

Nombre dependencia o sucursal: 0

Fecha de generación del reporte: 2023-10-18

Fecha límite de pago: 2023-10-12

Fecha de pago: 2023-09-28

Pagada por: BANCO POPULAR

Pagada

Periodo pensión: 2023-09

Periodo salud: 2023-10

Referencia de pago (PIN):

Tipo de planilla: E

Clase de planilla: Normal

Número de la planilla: 27754543

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR
230301	800224808	PORVENIR	1	\$0	\$0	\$0	\$619.600	\$619.600	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	11	\$54.500	\$54.500	\$0	\$5.278.500	\$5.278.500	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
Subtotal Pensión		2	12	\$54.500	\$54.500	\$0	\$5.898.100	\$5.898.100	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$0	\$0	\$0	\$484.100	\$484.100	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	3	\$0	\$0	\$0	\$1.513.700	\$1.513.700	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	7	\$0	\$0	\$0	\$2.214.400	\$2.214.400	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
ESSC24	900226715	COOPERATIVA DE SALUD COOSALUD E.S.S	1	\$0	\$0	\$0	\$310.900	\$310.900	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
Subtotal Salud		4	12	\$0	\$0	\$0	\$4.523.100	\$4.523.100	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	12	\$0	\$0	\$0	\$881.900	\$881.900	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
Subtotal ARL		1	12	\$0	\$0	\$0	\$881.900	\$881.900	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	12	\$0	\$0	\$0	\$1.447.700	\$1.447.700	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
Subtotal CCF		1	12	\$0	\$0	\$0	\$1.447.700	\$1.447.700	
PASENA	899999034	SENA	12	\$0	\$0	\$0	\$724.200	\$724.200	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
PAICBF	899999239	ICBF	12	\$0	\$0	\$0	\$1.086.100	\$1.086.100	<div><div>SELECCIONAR</div><div>NINGUNO</div></div>
GRAN TOTAL				\$54.500	\$54.500	\$0	\$14.561.100	\$14.561.100	

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

<div><div>Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO</div><div>Identificación: NI-890205456</div><div>Código dependencia o sucursal: 0</div><div>Nombre dependencia o sucursal: 0</div><div>Fecha de generación del reporte: 2023-11-14</div><div>Fecha limite de pago: 2023-11-15</div><div>Fecha de pago: 2023-11-03</div><div>Pagada por: BANCO POPULAR</div></div> <div><div>Período pensión: 2023-10</div><div>Período salud: 2023-11</div><div>Referencia de pago (PIN):</div><div>Tipo de planilla: E</div><div>Clase de planilla: Normal</div><div>Número de la planilla: 28126053</div></div>	Pagada
---	--------

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	2	\$0	\$0	\$0	\$1.130.800	\$1.130.800	☐
230301	800224808	PORVENIR	2	\$26.500	\$26.500	\$0	\$1.463.800	\$1.463.800	☐
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$0	\$0	\$0	\$332.500	\$332.500	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	4	\$0	\$0	\$0	\$1.653.000	\$1.653.000	☐
Subtotal Pensión			4	9	\$26.500	\$26.500	\$0	\$4.580.100	\$4.580.100
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	\$0	\$0	\$0	\$259.800	\$259.800	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	8	\$0	\$0	\$0	\$3.277.000	\$3.277.000	☐
Subtotal Salud			2	9	\$0	\$0	\$3.536.800	\$3.536.800	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	9	\$0	\$0	\$0	\$689.600	\$689.600	☐
Subtotal ARL			1	9	\$0	\$0	\$689.600	\$689.600	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	9	\$0	\$0	\$0	\$1.132.200	\$1.132.200	☐
Subtotal CCF			1	9	\$0	\$0	\$1.132.200	\$1.132.200	
PASENA	899999034	SENA	9	\$0	\$0	\$0	\$566.200	\$566.200	☐
PAICBF	899999239	ICBF	9	\$0	\$0	\$0	\$849.100	\$849.100	☐
GRAN TOTAL					\$26.500	\$26.500	\$0	\$11.354.000	\$11.354.000

Imprimir

Descargar Resumen

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

<div><div>Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO</div><div>Identificación: NI-890205456</div><div>Código dependencia o sucursal: 0</div><div>Nombre dependencia o sucursal: 0</div><div>Fecha de generación del reporte: 2023-11-14</div><div>Fecha límite de pago: 2023-11-15</div><div>Fecha de pago: 2023-11-03</div><div>Pagada por: BANCO POPULAR</div></div> <div><div>Período pensión: 2023-10</div><div>Período salud: 2023-11</div><div>Referencia de pago (PIN):</div><div>Tipo de planilla: E</div><div>Clase de planilla: Normal</div><div>Número de la planilla: 28126110</div></div>	Pagada
---	--------

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230301	800224808	PORVENIR	2	\$0	\$0	\$0	\$619.700	\$619.700	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	11	\$25.700	\$25.700	\$0	\$4.982.400	\$4.982.400	☐
Subtotal Pensión		2	13	\$25.700	\$25.700	\$0	\$5.602.100	\$5.602.100	
EPS002	800130907	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$0	\$0	\$0	\$16.200	\$16.200	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	4	\$0	\$0	\$0	\$1.795.300	\$1.795.300	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	7	\$0	\$0	\$0	\$2.214.400	\$2.214.400	☐
ESSC24	900226715	COOPERATIVA DE SALUD COOSALUD E.S.S	1	\$0	\$0	\$0	\$310.900	\$310.900	☐
Subtotal Salud		4	13	\$0	\$0	\$0	\$4.336.800	\$4.336.800	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	13	\$0	\$0	\$0	\$845.600	\$845.600	☐
Subtotal ARL		1	13	\$0	\$0	\$0	\$845.600	\$845.600	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	13	\$0	\$0	\$0	\$1.388.200	\$1.388.200	☐
Subtotal CCF		1	13	\$0	\$0	\$0	\$1.388.200	\$1.388.200	
PASENA	899999034	SENA	13	\$0	\$0	\$0	\$694.400	\$694.400	☐
PAICBF	899999239	ICBF	13	\$0	\$0	\$0	\$1.041.400	\$1.041.400	☐
GRAN TOTAL				\$25.700	\$25.700	\$0	\$13.908.500	\$13.908.500	

Imprimir

Descargar Resumen

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

<div>Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO</div> <div>Identificación: NI-890205456</div> <div>Código dependencia o sucursal: 0</div> <div>Nombre dependencia o sucursal: 0</div> <div>Fecha de generación del reporte: 2023-12-06</div> <div>Fecha límite de pago: 2023-12-14</div> <div>Fecha de pago: 2023-11-20</div> <div>Pagada por: BANCO POPULAR</div> <div>Período pensión: 2023-11</div> <div>Período salud: 2023-12</div> <div>Referencia de pago (PIN):</div> <div>Tipo de planilla: E</div> <div>Clase de planilla: Normal</div> <div>Número de la planilla: 28261155</div>	Pagada
---	--------

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230301	800224808	PORVENIR	1	\$0	\$0	\$0	\$619.600	\$619.600	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	11	\$25.700	\$25.700	\$0	\$4.982.400	\$4.982.400	☐
Subtotal Pensión		2	12	\$25.700	\$25.700	\$0	\$5.602.000	\$5.602.000	
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	4	\$0	\$0	\$0	\$1.811.500	\$1.811.500	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	7	\$0	\$0	\$0	\$2.214.400	\$2.214.400	☐
ESSC24	900226715	COOPERATIVA DE SALUD COOSALUD E.S.S	1	\$0	\$0	\$0	\$310.900	\$310.900	☐
Subtotal Salud		3	12	\$0	\$0	\$0	\$4.336.800	\$4.336.800	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	12	\$0	\$0	\$0	\$845.600	\$845.600	☐
Subtotal ARL		1	12	\$0	\$0	\$0	\$845.600	\$845.600	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	12	\$0	\$0	\$0	\$1.388.100	\$1.388.100	☐
Subtotal CCF		1	12	\$0	\$0	\$0	\$1.388.100	\$1.388.100	
PASENA	899999034	SENA	12	\$0	\$0	\$0	\$694.400	\$694.400	☐
PAICBF	899999239	ICBF	12	\$0	\$0	\$0	\$1.041.400	\$1.041.400	☐
GRAN TOTAL				\$25.700	\$25.700	\$0	\$13.908.300	\$13.908.300	

Imprimir

Descargar Resumen

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

<div><div>Razón social: ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO</div><div>Identificación: NI-890205456</div><div>Código dependencia o sucursal: 0</div><div>Nombre dependencia o sucursal: 0</div><div>Fecha de generación del reporte: 2023-12-06</div><div>Fecha límite de pago: 2023-12-14</div><div>Fecha de pago: 2023-11-20</div><div>Pagada por: BANCO POPULAR</div></div> <div>Período pensión: 2023-11</div> <div>Período salud: 2023-12</div> <div>Referencia de pago (PIN):</div> <div>Tipo de planilla: E</div> <div>Clase de planilla: Normal</div> <div>Número de la planilla: 28261084</div>	Pagada
---	--------

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	2	\$0	\$0	\$0	\$1.130.800	\$1.130.800	☐
230301	800224808	PORVENIR	2	\$26.500	\$26.500	\$0	\$1.463.800	\$1.463.800	☐
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$0	\$0	\$0	\$332.500	\$332.500	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	4	\$0	\$0	\$0	\$1.653.000	\$1.653.000	☐
Subtotal Pensión		4	9	\$26.500	\$26.500	\$0	\$4.580.100	\$4.580.100	
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	1	\$0	\$0	\$0	\$259.800	\$259.800	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	8	\$0	\$0	\$0	\$3.277.000	\$3.277.000	☐
Subtotal Salud		2	9	\$0	\$0	\$0	\$3.536.800	\$3.536.800	
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	9	\$0	\$0	\$0	\$689.600	\$689.600	☐
Subtotal ARL		1	9	\$0	\$0	\$0	\$689.600	\$689.600	
CCF39	890200106	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	9	\$0	\$0	\$0	\$1.132.200	\$1.132.200	☐
Subtotal CCF		1	9	\$0	\$0	\$0	\$1.132.200	\$1.132.200	
PASENA	899999034	SENA	9	\$0	\$0	\$0	\$566.200	\$566.200	☐
PAICBF	899999239	ICBF	9	\$0	\$0	\$0	\$849.100	\$849.100	☐
GRAN TOTAL				\$26.500	\$26.500	\$0	\$11.354.000	\$11.354.000	

Imprimir

Descargar Resumen

RAZÓN SOCIAL :	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO
IDENTIFICACIÓN:	NI-890205456
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-12-06
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-01-09
PERÍODO PENSIÓN:	2023-12
PERÍODO SALUD:	2024-01
NÚMERO PLANILLA:	28406309
TOTAL COTIZANTES:	12
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28406309
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800261440	SANITAS	4	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.811.500	\$ 1.811.500
37	900158264	NUEVA E.P.S. S.A.	7	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.214.400	\$ 2.214.400
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 310.900	\$ 310.900
Subtotal Salud		3	12	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.336.800	\$ 4.336.800
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 619.600	\$ 619.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	11	\$ 25.700	\$ 25.700	\$ 0	\$ 4.982.400	\$ 4.982.400
Subtotal Pensión		2	12	\$ 25.700	\$ 25.700	\$ 0	\$ 5.602.000	\$ 5.602.000
14-11	890903790	ARL SURA	12	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 845.600	\$ 845.600
Subtotal ARL		1	12	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 845.600	\$ 845.600
CCF39	890200106	CAJASAN	12	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.388.100	\$ 1.388.100
Subtotal CCF		1	12	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.388.100	\$ 1.388.100
PASENA	899999034	SENA	12	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 694.400	\$ 694.400
PAICBF	899999239	ICBF	12	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.041.400	\$ 1.041.400
Total a pagar				\$ 25.700	\$ 25.700	\$ 0	\$ 13.908.300	\$ 13.908.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/02/2024
----------------------------------	------------

RAZÓN SOCIAL :	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO
IDENTIFICACIÓN:	NI-890205456
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-12-06
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-01-09
PERÍODO PENSIÓN:	2023-12
PERÍODO SALUD:	2024-01
NÚMERO PLANILLA:	28406256
TOTAL COTIZANTES:	9
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28406256
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 389,700	\$ 389,700
3037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	8	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3,147,100	\$ 3,147,100
Subtotal Salud		2	9	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3,536,800	\$ 3,536,800
230201	800229739	PROTECCION	2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1,130,800	\$ 1,130,800
230301	800224808	PORVENIR	2	\$ 26,500	\$ 26,500	\$ 0	\$ 1,463,800	\$ 1,463,800
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 332,500	\$ 332,500
25-14	900336004	COLPENSIONES	4	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1,653,000	\$ 1,653,000
Subtotal Pensión		4	9	\$ 26,500	\$ 26,500	\$ 0	\$ 4,580,100	\$ 4,580,100
14-11	890903790	ARL SURA	9	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 689,600	\$ 689,600
Subtotal ARL		1	9	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 689,600	\$ 689,600
CCF39	890200106	CAJASAN	9	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1,132,200	\$ 1,132,200
Subtotal CCF		1	9	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1,132,200	\$ 1,132,200
PASENA	899999034	SENA	9	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 566,200	\$ 566,200
PAICBF	899999239	ICBF	9	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 849,100	\$ 849,100
Total a pagar				\$ 26,500	\$ 26,500	\$ 0	\$ 11,354,000	\$ 11,354,000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/02/2024
----------------------------------	------------

**LA SUSCRITA ADMINISTRADORA DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN
BERNARDO DE BARBOSA**

HACE CONSTAR

Que, la E.S.E Hospital integrado San Bernardo de Barbosa, con Nit 890.205.456-5 se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de Aportes parafiscales y Seguridad Social, a diciembre de 2023.

La presente, se expide en el Municipio de Barbosa Santander, a los seis (06) días del mes de diciembre de dos mil veintitrés (2023).

Atentamente,


DIANA MARIA DIAZ VANEGAS
Jefe de Oficina Administrador
ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa Santander



<div>República de Colombia</div> <div></div> <div>Gobernación de Santander</div>	CARTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-110
		VERSIÓN	15
		FECHA DE APROBACIÓN	04/05/2023
		PÁGINA	1 de 2

Bucaramanga, 15 diciembre de 2023

Doctor
NICEFORO RINCON GARCIA
Director de Apoyo Jurídico de Contratación y Procesos Sancionatorios
Secretaría de Salud de Santander

Asunto: Documentos dirigidos al contrato interadministrativo N.º
CO1.PCCNTR.5143320 del 27 de junio de 2023.

De manera respetuosa me permito remitir para digitalización y archivo los siguientes documentos correspondientes al contrato interadministrativo N.º **CO1.PCCNTR.5143320 del 27 de junio de 2023, cuyo objeto es REALIZAR ACCIONES DE INFORMACIÓN EN SALUD, TOMA Y TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTAL PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IGG ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI A MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS Y GESTANTES DEL MUNICIPIO DE BARBOSA (SANTANDER) EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERRUPCIÓN POR VECTORES DOMICILIADOS EN ENFERMEDAD DE CHAGAS, ENMARcado EN EL PROYECTO APOYO A LA GESTIÓN, PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) EN SANTANDER, a nombre del contratista EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA.**

- Factura electrónica
- Informe de supervisor No. 01
- Acta de recibo parcial No. 01
- Informe de actividades del contratista No. 01
- Soportes de ejecución
- Soporte de pago de seguridad social

Cordialmente,

AYDE ALEXANDRA LOPEZ MANCIPE
Supervisora

