# 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. FEH942499** Fecha emisión 21/03/2024



Autoriza DIAN 18764063891403, Fecha: 2024-01-17 hasta 2025-01-17, Prefijo FEH, Factura 940235 al 960000.

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: 19/06/2024

| Código | Servicios | Valor unitario | Cantidad | Valor pagar |
|---|---|---|---|---|
| CAP | ACTA DE RECIBO FINAL REALZAR ACCIONES DE INFORMACION EN SALUD, TOMA Y TRALADO DE MUETRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DEPARTAMENTAL, PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS IGG ANTITRIPANOSOMA CRUZI A MENORES DE 18 ANOS Y GESTANTES DEL MUNICIPIO DE BARBOSA SANTANDER EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERRUPCION DE VECTORES POR VECTORES DOMICILIADOS EN ENFERMEDAD DE CHAGAS, ENMARCADOS EN EL PROYECTO APOYO A LA GESTION, PROMOCION, PREVENCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES (ETV) EN SANTANDER. | 3,280,000.00 | 1.00 | 3,280,000.00 |

**Valor total factura electrónica #FEH942499** 3,280,000.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: SERVICIOS OTROS NO LEGALIZABLES - SECRETARIA DEPTAL SANTANDER - **3,280,000.00**

Valor EN LETRAS: TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA 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: 81cce5768a53a15d2b06edfd312f0e54c32c018771ca78b171037f92b2e0ffdbcf3a91a9a2232c78a391387e16d5bfaf

Documento generado el 21/03/2024 10:47 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

| República de Colombia<br>Gobernación de Santander | **INFORME DE SUPERVISIÓN** | **CÓDIGO** | AP-CCP-RG-03 |
|---|---|---|---|
| | | **VERSIÓN** | 0 |
| | | **FECHA DE APROBACIÓN** | 22/03/2023 |
| | | **PÁGINA** | 1 DE1 |

## INFORME DE SUPERVISION FINAL

| | |
|---|---|
| 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<br>SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 08 DE SEPTIEMBRE 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: | $ 3,280,000.00 | No. DE COBROS REALIZADOS: | 2 | DE | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PERÍODO DE PAGO: | DESDE: | 25/11/2023 | HASTA: | 31/12/2023 |

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 veintidós (22) días del mes de Julio de 2024

Firma: _____

Nombre: AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO.

# ACTA DE RECIBO FINAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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. | 890205456-5 | | | |
| 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, 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 (XXXX %): | $ 0.00 | | | |
| ANTICIPO ADICIONAL (XXXX %): | $ 0.00 | | | |
| AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL: | $ 0.00 | | | |
| AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.: | $ 0.00 | | | |
| PLAZO INICIAL: | SEIS (6) MESES | | | |
| PLAZO ADICIONAL: | NO APLICA | | | |
| PORCENTAJE DE EJECUCION: | 17.36% | | | |
| NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO : | NO APLICA | | | |
| Nit o C.C. DEL INTERVENTOR | NO APLICA | | | |
| SUPERVISOR: | AYDE ALEXANDRA LÓPEZ SÁNCHEZ SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | | | |
| FECHA DE INICIACION: | 06 DE JULIO DE 2023 | | | |
| ACTA DE SUSPENSION N° N° N° | N/A | N/A | N/A | |
| ACTA DE REINICIACION N° N° N° | N/A | N/A | N/A | |
| FECHA DE TERMINACION | 31 DE DICIEMBRE 2024 | | | |
| MUNICIPIO: | BARBOSA | | | |
| OFICINA GESTORA: | Secretaria de Salud | | | |

En Barbosa, a los veintidós (22) días del mes de Julio de 2024, se reunieron, **AYDE ALEXANDRA LÓPEZ SÁNCHEZ**, en calidad de Supervisor del Departamento y **SANDRA MILENA CASTAÑEDA ÁLVAREZ**, quien comparece en calidad de Representante Legal de, **ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**, como Contratista, con el fin de elaborar la presente acta de recibo final correspondiente al periodo **25/11/2023 al 31/12/2023** 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 de supervisión.

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.

## I- BALANCE PRESUPUESTAL EJECUTADO

| | | |
|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 191.405.229.00 | |
| VALOR ADICIONAL CONTRATO | $ 0.00 | |
| VALOR EJECUTADO | | $ 33.235.000.00 |
| VALOR POR EJECUTAR | | $158.170.229.00 |
| **SUMAS IGUALES** | **$ 191.405.229.00** | **$191.405.229.00** |

**AMORTIZACION ANTICIPO**

| | | |
|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL ANTICIPO | $ 0.00 | |
| VALOR ADICIONAL ANTICIPO | $ 0.00 | |
| VALOR AMORTIZADO | | $ 0.00 |
| VALOR POR AMORTIZAR | | $ 0.00 |
| **SUMAS IGUALES** | **$ 0.00** | **$ 0.00** |

## II- PAGO A REALIZAR EN EL ACTA FINAL

| | |
|---|---|
| **VALOR EJECUTADO EN LA PRESENTE ACTA** | $ 3.280.000.00 |
| Menos Saldo Amortización anticipo | $ 0.00 |
| **VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA** | **$ 3.280.000.000** |

**SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/Cte. ($ 3.280.000.00)**

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los veintidós (22) días del mes Julio de 2024:

**SANDRA MILENA CASTAÑEDA ÁLVAREZ**
**CONTRATISTA**

**AYDE ALEXANDRA LÓPEZ SÁNCHEZ**
**SUPERVISOR**

## INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA PAGO FINAL

| | |
|---|---|
| TIPO DE CONTRATO: | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO |
| CONTRATO No. Y FECHA: | CO1.PCCNTR.5143320 |
| CONTRATISTA: | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO 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 LÓPEZ SÁNCHEZ** |
| 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 |

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

| | |
|---|---|
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31/12/2023 |
| **OFICINA GESTORA:** | SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR A PAGAR:** | $ 3.280.000.00 | **No. de cobros realizados:** | **2** | **de** | **2** |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo de Pago:** | **Desde:** | 25/11/2023 | **Hasta:** | 31/12/2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL/ FINAL | No. | FINAL | $ 3.280.000.00 |

| | |
|---|---|
| **MENOS APORTE DE** (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%) | $ 0.00 |
| MENOS AMORTIZACION DE ANTICIPO XX% | $ 0.00 |
| **VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA** | $ 3.280.000.00 |

## 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<br><br>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<br>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<br><br>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<br><br>Acta de socialización con actores municipales |
| 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<br>Imagen publicitaria en redes sociales.<br><br>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.<br>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<br><br>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<br>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<br>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 vigente con le empresa contratada de DESCONT Soluciones Ambientales, para el manejo de residuos Hospitalarios. | ANEXO 9<br><br>Contrato vigente para el manejo de residuos |
| 10 | En caso de requerir almacenamiento temporal de las muestras, deben presentarse la s correspondientes hojas de vida de los equipos utilizados (nevera, micropipe | Se presenta Hojas de vida de los equipos utilizados (nevera) con registros de mantenimiento y calibración vigentes. | ANEXO 10<br>Hoja de vida nevera<br>Hoja de vida centrifuga<br>Hoja de vida micropipeta |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ta, centrifuga) con registros de mantenimiento y calibración vigentes. | | |

| ITEM | ACTIVIDADES GENERALES | ACTIVIDADES ESPECIFICAS | EVIDENCIAS |
|---|---|---|---|
| 11 | La información a entregar en el desarrollo de la actividad se manejara 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<br><br>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<br>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<br><br>Registro Fotográfico<br>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<br>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<br>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<br>Registro Fotográfico<br>Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras para el laboratorio clínico |

| ITEM | ACTIVIDADES GENERALES | ACTIVIDADES ESPECIFICAS | 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<br>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 frio. | 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 | Se garantizó el Mantenimiento cadena de frío (2-8°C) durante el tiempo de transporte de las muestras. | ANEXO 20 Formatos de trazabilidad. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | adecuada cadena de frío (2- 8°C). | | |
| 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<br><br>Formatos de trazabilidad.<br>Se adjunta Acta 027 de 2024 revisión y recibo de la base de datos |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|
| (DONDE EJECUTA SUS ACTIVIDADES) | CODIGO CIIU | DESCRIPCION ACTIVIDAD | CODIGO CIIU | DESCRIPCION ACTIVIDAD | EN ESTA CUENTA |
| BARBOSA | 8610 | ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION | NO APLICA | NO APLICA | 3.280.000 |

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO 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 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 2 | MES 3 |
|---|---|---|---|
| APORTE A SALUD | **Periodo de cotización** | **NOVIEMBRE DE 2023** | **DICIEMBRE DE 2023** |
| | Fecha de pago | 03/11/2023 | 20-11-2023 |
| | Nº de Planilla | 28126110 | 2826155 |
| | Ingreso Base de Cotización | NOMINA | NOMINA |
| | Valor cotizado | NOMINA | NOMINA |
| | EPS | NOMINA | NOMINA |
| APORTE A PENSIÓN | **Periodo de cotización** | **NOVIEMBRE DE 2023** | **DICIEMBRE DE 2023** |
| | Fecha de pago | 20-11-2023 | 07-12-2023 |
| | Nº de Planilla | 28261155 | 28406256 |
| | Ingreso Base de Cotización | NOMINA | NOMINA |
| | Valor cotizado | NOMINA | NOMINA |
| | Fondo de Pensiones | NOMINA | NOMINA |
| PARAFISCALES | SENA | **NOMINA** | **NOMINA** |

| TIPO DE APORTE | DETALLE | MES 2 | MES 3 |
|---|---|---|---|
| | I.C.B.F. | NOMINA | NOMINA |
| | Caja de Compensación | CAJASAN | CAJASAN |

Se firma para trámite de pago, a los veintidós (22) días del mes de Julio de dos mil veintitrés (2024).

**SANDRA MILENA CASTAÑEDA ÁLVAREZ**
C.C. No. 52.214.060
Representante Legal **ESE Hospital Integrado San Bernardo – Barbosa-Santander**
Correo electrónico: gerencia@esehospitalintegradosanberbardo-barbosa-santander.gov.co
Teléfono de contacto: 3118209192

**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 16 de octubre de 2023 hasta el 31 de diciembre 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 en físico y cronogramas mensuales aprobados por el supervisor del convenio en CD.**

**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 en fisico.**

**ACTIVIDAD N° 04:**

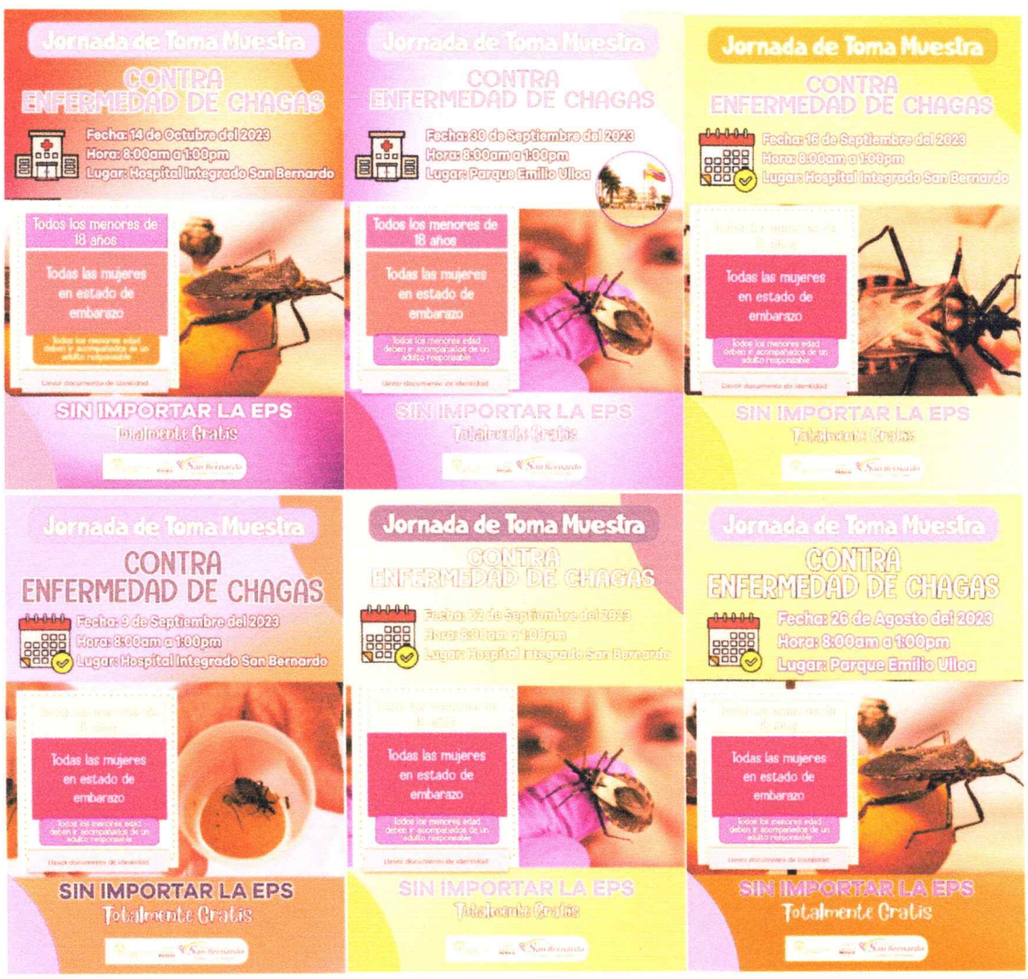
Realizar articulación con las alcaldías municipales, responsables de vigilancia en salud pública, sector educativo y comunitario, con el fin de coordinar las actividades a realizar

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

## 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:**

















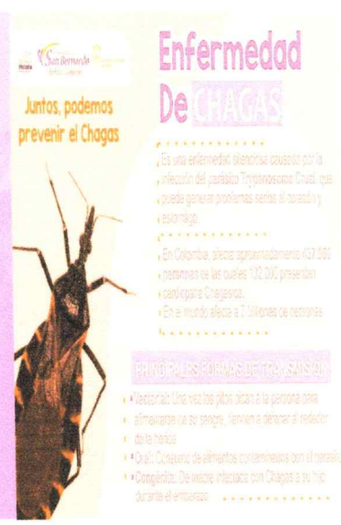













**ACTIVIDAD N° 06:**

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. Y manuales del punto 8 en CD.**

**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 en físico.**

**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, en físico.**

**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, en fisico.**

**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:**



**NOTA: Se adjunta PGIRS en cd.**

**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)

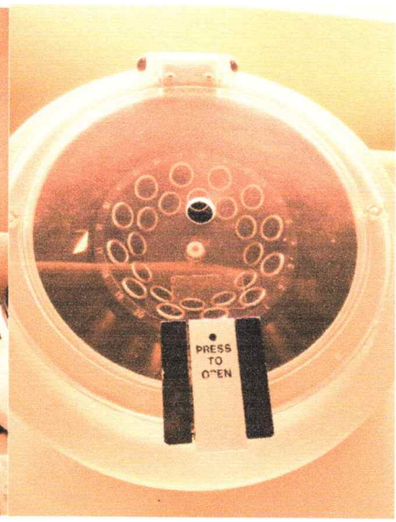
**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:**



**ACTIVIDAD N° 15:**

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







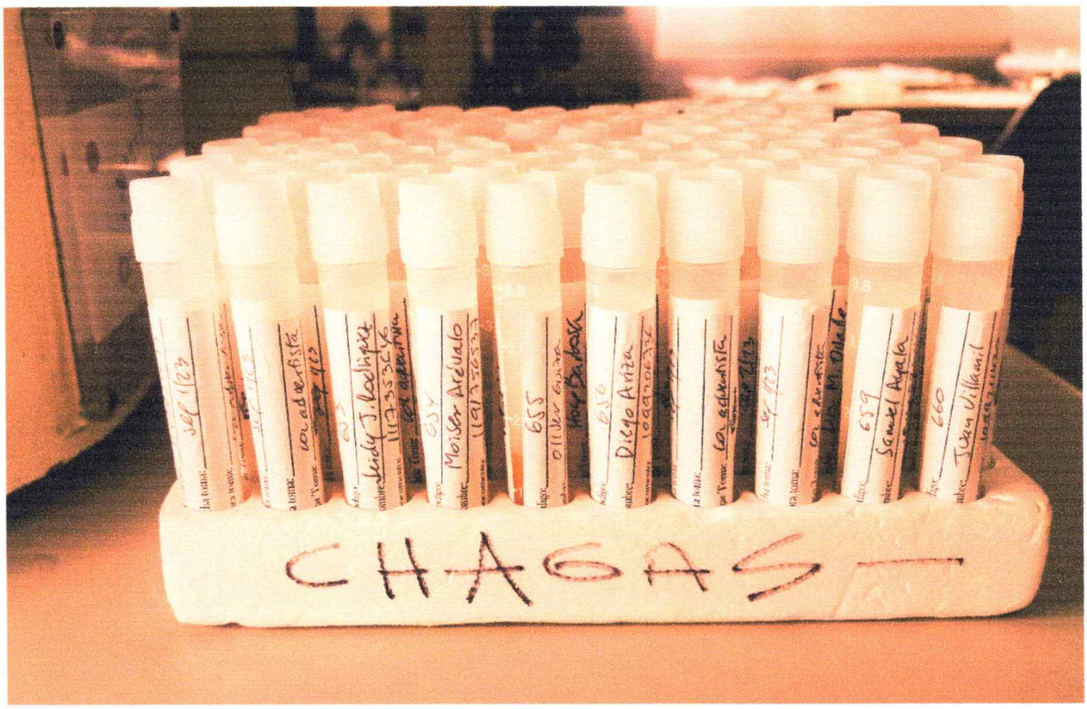




**ACTIVIDAD N° 16:**

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:**

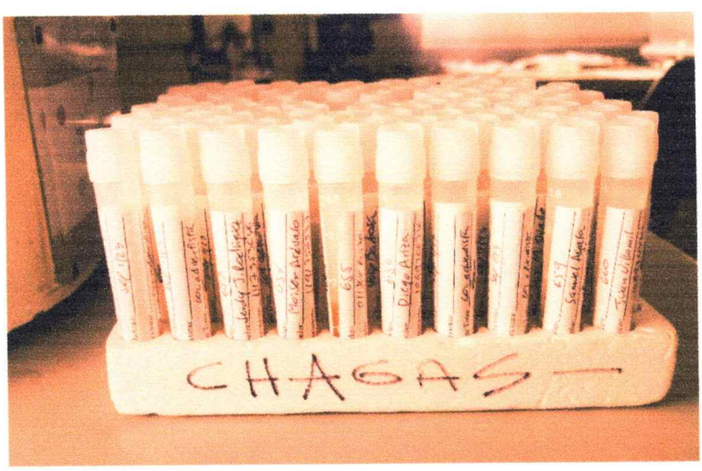



**NOTA: Se adjunta manuales en CD.**

**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 los formatos de trazabilidad de recibidos de las muestras por parte del Laboratorio Departamental de Salud Publica donde se observa la temperatura de las muestras transportadas en CD.**

**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 en CD.**

**DEISY MARYORY GORDILLO MORENO**
GERENTE ESE BARBOSA SANTANDER
Nit. 890.205.456-5
Correo electrónico: gerencia@esehospitalintegradosanbernardo-barbosa-santander.gov.co

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gobernación de Santander | PLAN DE TRABAJO | CÓDIGO | AP-CCP-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 24/05/2023 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

## PLAN DE TRABAJO ENFERMEDADES TRASMITIDAS 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 JULIO DE 2023 | |
|---|---|---|
| **PROCESO** | **ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES** | **RECURSOS** |
| TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS | 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.<br><br>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 con la alcaldía y secretaria de salud municipal. | Tubos tapa amarilla<br>Aguja vacutainer<br>Aguja calibre 21<br>Algodón<br>Alcohol<br>Guantes<br>Tapabocas<br>Torniquete<br>Cava<br>Guardian<br>Curas<br>Hojas para consentimientos informados, formatos de sensibilización y folletos de publicidad. |

**DEISY MARYORY GORDILLO MORENO**
GERENTE HOSPITAL SAN BERNARDO
BARBOSA SANTANDER

**MAYTE GONZALEZ**
BACTERIOLOGA

**INFORME**

TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS

**PRESENTA**

ESE HOSPTAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**

**HOSPITAL SAN BERNARDO**

**BARBPSA SANTANDER**

E.S.E
Hospital Integrado
San Bernardo

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.




**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL ESTADO**
**HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DETECCIÓN *Trypanosoma cruzi* POBLACIÓN ESCOLAR**

**No CÓDIGO CONSECUTIVO** ☐

**FECHA:** _____ **MUNICIPIO:** _____

**INSTITUCIÓN:** _____ **GRADO ESCOLAR:** _____

Yo, _____, por este interesado hago constar que una vez informado sobre los procedimientos y estrategias de vigilancia en Salud Pública, estimando hasta el momento de pacientes 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** (entidad/aseadora de planes de beneficios): _____
**DIRECCIÓN:** _____ **BARRIO:** _____
**VEREDA:** _____ **FINCA:** _____
**TIPO DE POBLACIÓN** (Marque con una X): **ÁREA URBANA:** _____ **ÁREA RURAL:** _____

Para que se le incluya como participante y en la practiquen el o los procedimientos relacionados en el presente documento; por lo anterior declaro que he entendido el objetivo propuesto, la forma de muestra, los riesgos, beneficios y advertencias 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 HUELLA:** _____ ☐

**Observaciones:**
_____

**INFORME**

TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS

**PRESENTA**

ESE HOSPTAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

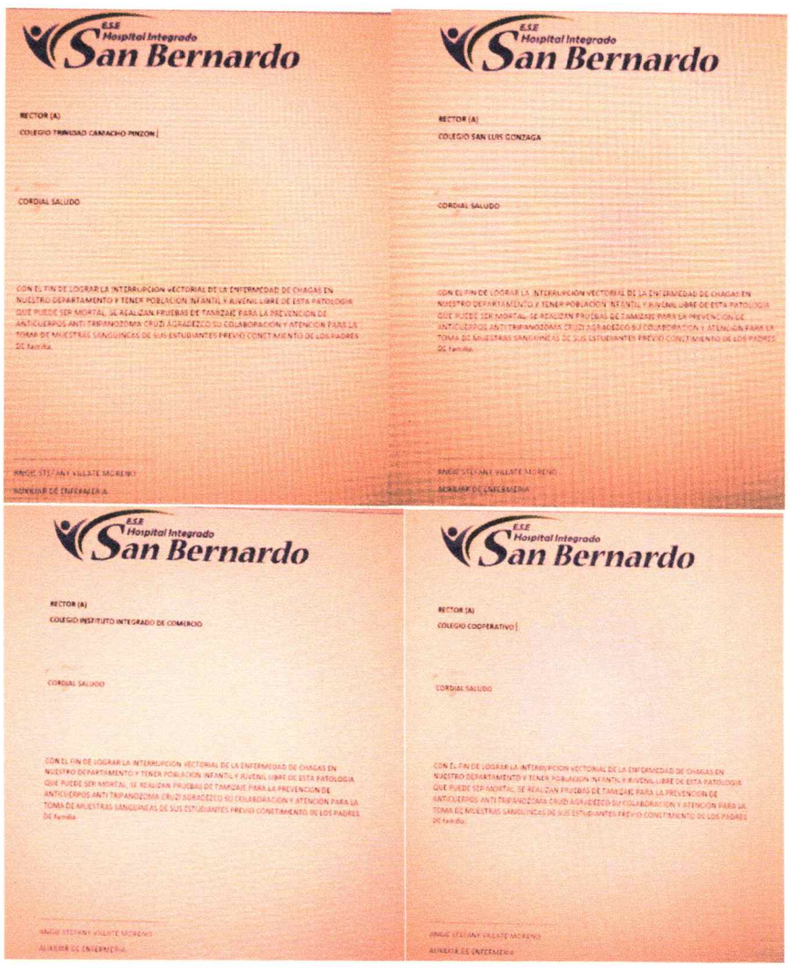
**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**

**HOSPITAL SAN BERNARDO**

**BARBPSA SANTANDER**

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.

En este punto podemos evidenciar los correos enviados a la alcaldía de Barbosa Santander para la socialización acerca de la toma de tamizaje y las cartas de solicitud de permiso para los colegios INSTITUTO


E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

RECTOR (A)

COLEGIO TRINIDAD CANACHO PINZON

CORDIAL SALUDO

CON EL FIN DE LOGRAR LA INTERRUPCION VECTORIAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN NUESTRO DEPARTAMENTO Y TENER POBLACION INFANTIL Y JUVENIL LIBRE DE ESTA PATOLOGIA QUE PUEDE SER MORTAL SE REALIZAN PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA LA PREVENCION DE ANTICUERPOS ANTI TRIPANOZOMA CRUZI AGRADEZCO SU COLABORACION Y ATENCION PARA LA TOMA DE MUESTRAS SANGUINEAS DE SUS ESTUDIANTES PREVIO CONSTAMIENTO DE LOS PADRES DE familia.

ANGIE STEFANY VILLATE MORENO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

RECTOR (A)

COLEGIO SAN LUIS GONZAGA

CORDIAL SALUDO

CON EL FIN DE LOGRAR LA INTERRUPCION VECTORIAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN NUESTRO DEPARTAMENTO Y TENER POBLACION INFANTIL Y JUVENIL LIBRE DE ESTA PATOLOGIA QUE PUEDE SER MORTAL SE REALIZAN PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA LA PREVENCION DE ANTICUERPOS ANTI TRIPANOZOMA CRUZI AGRADEZCO SU COLABORACION Y ATENCION PARA LA TOMA DE MUESTRAS SANGUINEAS DE SUS ESTUDIANTES PREVIO CONSTAMIENTO DE LOS PADRES DE familia.

ANGIE STEFANY VILLATE MORENO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

RECTOR (A)

COLEGIO INSTITUTO INTEGRADO DE COMERCIO

CORDIAL SALUDO

CON EL FIN DE LOGRAR LA INTERRUPCION VECTORIAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN NUESTRO DEPARTAMENTO Y TENER POBLACION INFANTIL Y JUVENIL LIBRE DE ESTA PATOLOGIA QUE PUEDE SER MORTAL SE REALIZAN PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA LA PREVENCION DE ANTICUERPOS ANTI TRIPANOZOMA CRUZI AGRADEZCO SU COLABORACION Y ATENCION PARA LA TOMA DE MUESTRAS SANGUINEAS DE SUS ESTUDIANTES PREVIO CONSTAMIENTO DE LOS PADRES DE familia.

ANGIE STEFANY VILLATE MORENO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

RECTOR (A)

COLEGIO COOPERATIVO

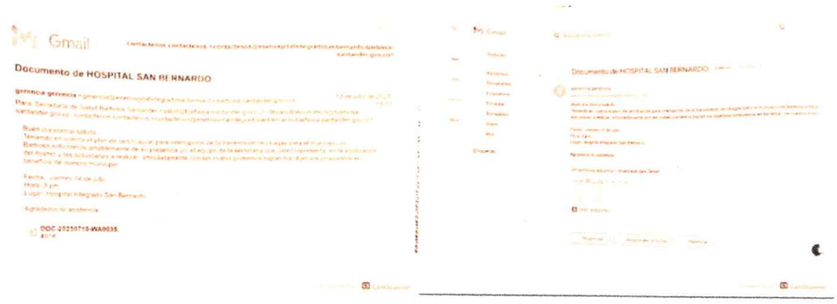
CORDIAL SALUDO

CON EL FIN DE LOGRAR LA INTERRUPCION VECTORIAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN NUESTRO DEPARTAMENTO Y TENER POBLACION INFANTIL Y JUVENIL LIBRE DE ESTA PATOLOGIA QUE PUEDE SER MORTAL SE REALIZAN PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA LA PREVENCION DE ANTICUERPOS ANTI TRIPANOZOMA CRUZI AGRADEZCO SU COLABORACION Y ATENCION PARA LA TOMA DE MUESTRAS SANGUINEAS DE SUS ESTUDIANTES PREVIO CONSTAMIENTO DE LOS PADRES DE familia.

ANGIE STEFANY VILLATE MORENO

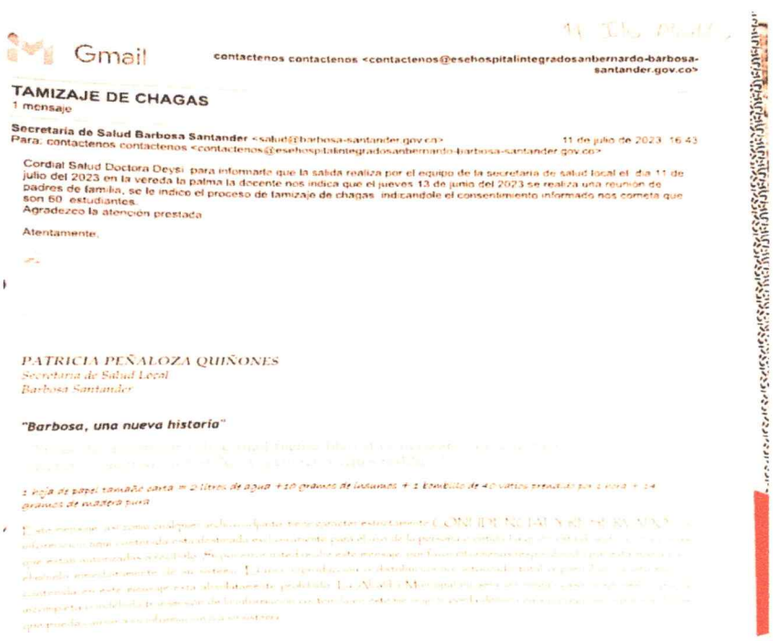
AUXILIAR DE ENFERMERIA

INTEGRADO DE COMERCIO, TRINIDAD CAMACHO PINZON, COOPERATIVO, SAN LUIS GONZAGA, ADVENTISTA, SAN AGUSTIN Y JEAN PEAGET.



Gmail

Documento de HOSPITAL SAN BERNARDO



Gmail

contactenos contactenos <contactenos@esehospitalintegradosanbernardo-barbosa-santander.gov.co>

**TAMIZAJE DE CHAGAS**

1 mensaje

**Secretaría de Salud Barbosa Santander** <salud@barbosa-santander.gov.co> 11 de julio de 2023, 16:43
Para: contactenos contactenos <contactenos@esehospitalintegradosanbernardo-barbosa-santander.gov.co>

Cordial Salud Doctora Deysi para informarte que la salida realiza por el equipo de la secretaría de salud local el dia 11 de julio del 2023 en la vereda la palma la docente nos indica que el jueves 13 de junio del 2023 se realiza una reunión de padres de familia, se le indico el proceso de tamizaje de chagas indicandole el consentimiento informado nos cometa que son 60 estudiantes.
Agradezco la atención prestada

Atentamente,

*PATRICIA PEÑALOZA QUIÑONES*
*Secretaria de Salud Local*
*Barbosa Santander*

***"Barbosa, una nueva historia"***

E.S.E
Hospital Integrado
San Bernardo

**INFORME**
TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS

**PRESENTA**
ESE HOSPTAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**
**HOSPITAL SAN BERNARDO**
**BARBPSA SANTANDER**

E.S.E
Hospital Integrado
San Bernardo

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.
En este ítem podemos evidenciar que se realizaron campañas promocionales por medios electrónicos, físicos a la comunidad, por medio de charlas de sensibilización e imagen publicitaria en redes sociales.



E.S.E
Hospital Integrado
San Bernardo

**INFORME**
TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS

**PRESENTA**
ESE HOSPTAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**
**HOSPITAL SAN BERNARDO**
**BARBPSA SANTANDER**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gobernación de Boyacá | ACTA | CÓDIGO | AP-AI-RG-111 |
| | | VERSIÓN | 5 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 16/08/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 2 |

ACTA No.35__

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

**Orden del día**

1. Capacitación toma, embalaje y transporte de muestras PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISIÓN DE Trypanosoma cruzy 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 cruzy 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 GONZALEZ MENDEZ
Profesional LDSP
Quien lidera la Reunión

# 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 | davidalpacam@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.cc |
| 7/8/2023 9:40:25 | Diana Ramírez caballero | 1098357380 | 3208827610 | Ese cepità | Cepità | dramirezna@hotmail.c |
| 7/8/2023 9:40:27 | Angie Estefany Villate Moreno | 1099215655 | 3217579219 | Hospital San Bernardo Barbosa Santander | Barbosa Santander | villatemoreno@gmail.c |
| 7/8/2023 9:40:37 | Luz albania delgado caballero | 37618025 | 3212301686 | LDSP | Bucaramanga | albaniacab@hotmail.c |
| 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 | Pola427@gmail.com |
| 7/8/2023 9:44:17 | Deysi gordillo moreno | 27984033 | 3118209192 | Hospital barbosa | Barbosa | gerencia@esehospitali o-barbosa-santander.g |
| 7/8/2023 9:45:25 | Dayana Quintero | 1093759574 | 3112138641 | Centro de salud San Juan de Sahag | Carcasi | esemiranda9@gmail.c |
| 7/8/2023 9:47:35 | Karen viviana mateus | 1099213905 | 3232886711 | ESE | Barbosa | Karenvivianamateus.1 |
| 7/8/2023 9:49:36 | Paola martinez | 1015415013 | 3125680770 | Hospital san bernardo | Barbosa | Pm3897104@gmail.co |

**INFORME**

TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS DEL 17 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE

**PRESENTA**

ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**

SECRETARIA DE SALUD DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**

**ESE HOSPITAL SAN BERNARDO**

**BARBOSA SANTANDER**

Se presenta contrato vigente con le empresa DESCONT en el número 024 de 2022. Para la validación del contrato se encontrarán anexados los archivos pdf dentro de la carpeta del ítem correspondiente.

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

| | |
|---|---|
| CONTRATANTE:<br>NIT. | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA<br>890.205.456-5 |
| REPRESENTANTE LEGAL<br>IDENTIFICACION: | **DEYSI MARYORY GORDILLO MORENO** Gerente<br>C.C No. 27.984.033 de Barbosa |
| CONTRATISTA:<br>IDENTIFICACION: | **DESCONT S.A.S. E.S.P.**<br>NIT. 804.002.433-1<br>R.L. OLGA JANETH LÓPEZ AGUDELO<br>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 clausulas 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

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 Articulo 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 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 Minima 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

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,

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

Contratista,

**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: Ligia Fernanda Castro Hurtado - Abogada Contratista

**INFORME**
TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS DEL 17 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE

**PRESENTA**
ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**
SECRETARIA DE SALUD DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**
**ESE HOSPITAL SAN BERNARDO**
**BARBOSA SANTANDER**

Se presentan hojas de vida de los equipos utilizados con registros de mantenimiento y calibración vigentes. En este caso los equipos fueron:

Hoja de vida nevera

Hoja de vida centrifuga

Hoja de vida micropipeta

Las hojas de vida de estos equipos las podremos evidenciar en imágenes pdf escaneadas, separadas por carpetas dentro del ítem número 10.

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo



# HOJA DE VIDA PARA EQUIPOS HOSPITALARIOS

## I. DATOS GENERALES

**NOMBRE DEL EQUIPO:** NEVERA CONVENCIONAL **No INVENTARIO:** N R
**UBICACIÓN:** LABORATORIO
**MARCA:** GENERAL ELECRIC **MODELO:** NAB-10 **REFERENCIA** LA2332

**FABRICANTE:** **PAIS:** COLOMBIA
**REPRESENTANTE EN COLOMBIA:** GENERAL ELECRIC
**DIRECCION:** BOGOTA

## II. INFORMACIÓN TÉCNICA

| | | |
|---|---|---|
| VOLTAJE(VOLTIOS): 120 VAC | CONSUMO CTE(KWh): 28 KWh/mes | FREC (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 SEGÚN 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 SEGÚN REPORTE DE SERVICIO N° B-1113 | II | 12/09/2020 | | |

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN REPORTE DE SERVICIO N° B-1113 | 1 | 17/02/2021 |  | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | PERIODO | FECHA | RESPONSABLE | RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## IV. PROPIEDAD, ADQUISICIÓN, OPERACIÓN Y GARANTÍA

PROPIEDAD EL EQUIPO: ESE HOSPITAL INTERGRADO DE BARBOSA

AÑO DE ADQUISICIÓN: NR

AÑO DE INSTALACIÓN: _____ AÑO DE OPERACIÓN: _____

AÑOS FUERA DE SERVICIO: NA GARANTÍA: NO

TIPO DE GARANTIA: _____ INICIO: NA FIN: NA

PROCEDIMIENTO PARA PUESTA A PUNTO (INSTALACIÓN): NINGUNO

## V. PLANOS

SI: _____ NO: X CUALES: _____

## 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: x | 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 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

E.S.E
Hospital Integrado
San Bernardo

| 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 perdida de frio.
- 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 inmunizaciones

| ITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE | Santander | Barbosa | NEVERA CONVENC | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de la IPS-ESE | Departamento | Municipio | Equipo | Fecha de ingreso al PAI |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLIENTE | E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA | | | CIUDAD | BARBOSA |
| EQUIPO | NEVERA CONVENCIONAL | MODELO | NAB-10 | AREA DE SERVICIO | LABORATORIO |
| MARCA | GENERAL ELECRIC | INVENTARIO | | SERIAL No. | LA2332 |

| MESES / QUINCENA / ACTIVIDAD | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II |
| 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 | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V | V |
| LIMPIEZA CONDENSADOR-COMPRESOR | | | | T | | | T | | | | T | | | | | T | | | | T | | | | T |
| AJUSTEAJUSTE Y LIMPIEZA DE CONECTORES ELECTRICOS | | | | T | | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | |
| TOMA Y REGISTRO DE VOLTAJE AMPERAJE | | | | T | | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | |
| LIMPIEZA DE PANELES O QUEMADOR | | | | T | | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | |
| VERIFICACION DE CARGA Y NIVELLIQUIDO BATERIA | | | | T | | | T | | | | T | | | | | T | | | | T | | | | T |

| TECNICO | T |
|---|---|

| VACUNADOR | V |
|---|---|

OBSERVACIONES: _____

## HOJA DE VIDA EQUIPOS CADENA DE FRIO

| 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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CONTRATISTA INTERVENTOR CLIENTE

RUBEN DARIO OSPINA LAGOS/ REM EQUIPOS
Nit: 79.782.845-9 Régimen Común
Tel: (058)7447432 Cel: 3114523976-3146007511
biomedicorubendario.ospinalagos@gmail.com

REPORTE DE SERVICIO
**Nº. B-1769**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLIENTE | ESE Hospital Integrado San Bernardo. | | | CIUDAD | Barbosa |
| EQUIPO | Nevera convencional. | MODELO | NAB-10 | AREA DE SERVICIO | Laboratorio. |
| MARCA | General Electric. | INVENTRARIO No | 0275 | SERIAL No | JA 2332 |

## SOLICITUD DE MANTENIMENTO

QUIEN SOLICITA:

DETALLE DE HALLAZGO: Mtto Preventivo.

REPUESTOS

## DIAGNOSTICO

| DAÑO MECÁNICO | | | |
|---|---|---|---|
| DAÑO EN RODAMIENTO | | DAÑO EN TURBINA | |
| DESAJUSTE | | DAÑO EN BIELA | |
| DAÑO EN PIÑONES | | DAÑO EN PISTONES | |
| DESARMADO | | DAÑO EN ANILLOS | |
| DESGASTE DE PARTES - CON RUIDOS | | | |
| SIN TORNILLOS | | FALTA LUBRICACIÓN | |
| FRENADO O SIN MOVIMIENTO | | | |
| **FALLA EN CIRCUITO NEUMÁTICO** | | | |
| DAÑO EN BRAZALETE | | DAÑO EN PERA | |
| DAÑO EN MANGUERAS | | DAÑO EN ACOPLES | |
| DAÑO EN BOMBA | | DAÑO EN PRESOSTATO | |
| DAÑO EN COMPRESOR | | DAÑO EN PEDAL | |
| FUGAS DE AIRE | | DAÑO EN REOSTATO | |
| SIN PRESIÓN | | | |
| DAÑO EN VÁLVULAS | | | |
| DAÑO EN ACOPLES | | | |
| NO SUCCIONA | | | |
| **DAÑO ACÚSTICO** | | | |
| DAÑO EN MEMBRANA | | | |
| DAÑO EN ALTAVOZ | | | |
| **DAÑO EN INDICADORES** | | | |
| DAÑO EN PILOTOS | | | |
| DAÑO EN DISPLAY Y/O PANTALLA | | | |
| DAÑO EN MANOMETRO | | | |

| DAÑO EN CIRCUITO ELÉCTRICO | | | |
|---|---|---|---|
| ELEMENTO EN CORTO | | | |
| BOMBILLO FUNDIDO | | | |
| NO ENCIENDE | | DAÑO EN INTERRUPTOR | |
| CABLE ROTO | | DAÑO EN FUSIBLE | |
| SIN MOVIMIENTO | | | |
| DAÑO EN ELECTRODOS | | | |
| DAÑO CABLE PACIENTE | | | |
| DAÑO EN FUENTE | | | |
| **DAÑO CIRCUITO HIDRÁULICO** | | | |
| FUGA DE ACEITE | | | |
| FUGA AGUA | | | |
| ATASCADO | | | |
| NO ACCIONA | | | |
| **DAÑO EN INDICADORES** | | | |
| DAÑO EN PILOTOS | | | |
| DAÑO EN DISPLAY Y/O PANTALLA | | | |
| DAÑO EN MANÓMETRO | | | |
| **DAÑO TÉRMICO** | | | |
| SOBRECALENTAMIENTO O NO CALIENTA | | | |
| RESISTENCIA QUEMADA | | | |
| DAÑO E SENSOR DE TEMPERTURA | | | |
| **DAÑO EN ESTRUCTURA** | | | |
| OXIDADO | | | |
| PARTE ROTA | | | |

| DAÑO EN CIRCUITO ELECTRÓNICO | | |
|---|---|---|
| NO CENSA SEÑALES | | |
| DAÑO EN SENSOR DE SPO2 | | |
| DAÑO SENSOR DE TEMPERATURA | | |
| DAÑO EN TRANSDUCTOR | | |
| NO VISUALIZACION Y /O DAÑO EN PANTALLA | | |
| NO IMPRIME | DAÑO EN CIRCUITOS | |
| RUIDO EN REGISTRO | | |
| SOFTWARE – DESCONFIGURADO | | |
| ERROR EN REGISTROS | | |
| DAÑO EN TIEMPOS | | |
| DESCONTROL | | |
| FUERA DE RANGO | | |
| **DAÑO EN PINTURA** | | |
| DAÑO EN PINTURA O CROMADO | | |
| **DAÑO EN CIRCUITO DE REFRIGERACIÓN** | | |
| NO REFRIGERA | | |
| DAÑO EN EMPAQUES | | |
| DAÑO EN UNIDAD REFRIGERADORA | | |
| FUGAS DE GAS Y O PERFORACION EN CIRCUITOS | | |
| **DAÑO OPTICO** | | |
| DAÑO EN OCULARES | | |
| DAÑO EN FILTROS | | |
| DAÑO EN FIBRA OPTICA | | |
| DAÑO EN DETECTOR OPTICO | | |

## ANOTACIÓN DE DAÑO FALLA O AVERÍA

## INFORME DE ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO PARA EL MANTENIMIENTO CORRECTIVO

Se inspecciona el equipo, se limpia Gabinetes y revisa componentes mecanicos y electricos del equipo; se mide amperaje del mismo, equipo queda en operacion en el momento.

Nota. se recomienda dar baja al equipo por obsolecencia, equipo no cumple y puede no mantener la vida fria de los insumos.

**ESTADO EN QUE SE ENTREGA EL EQUIPO:**

FECHA DE ENTREGA 17/02/2021

INGENIERO RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO
INV. RNE

VOBO Coordinador

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

| | | |
|---|---|---|
| | **CONTRATISTA**<br>**RUBEN DARIO OSPINA LAGOS** | **LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENINIMIENTO PROGRAMADO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO**<br>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<br>Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalía (PA) |

**CLIENTE:** E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO

| **EQUIPO** | **REFRIGERADOR** | | | **SERVICIO** | **LABORATORIO** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **UBICACION** | MARCA | MODELO | SERIE | NO INVENTARIO | Numero de visita de mantenimiento | | | | | |
| Laboratorio | General | NAB-10 | LA232 | | | | | | | |

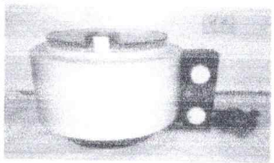
| Item | Actividades de mantenimiento preventivo semestral | | | | Fecha de realización del mantenimiento | D | M | A | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 13 | 08 | 21 | 11 | 02 | 22 |
| 1 | REALIZAR EVALUACIÓN DE CONDICIONES | **Ambiental:** Temperatura, humedad, infraestructura.<br>**Fisico:** Verificación del estado del equipo. Verificación de sistemas de control de (TEMPERATURA) COMPARTIMIENTOS, cable de poder, indicadores y/o pilotos. | TEMPERATURA. (°C);<br>HUMEDAD REALATIVA (%): | 19 31<br>76 77 | E | | | E | | |
| | | | REGISTRO DE VOLTAJE ANTES DEL MTO. (V): | 122 123 | | | | | | |
| | | | CALIDAD DE REFRIGERACIÓN ANTES DEL MTO. (BUENO, REGULAR, MALO): | Regular Bue. | | | | | | |
| 2 | VERIFICACIÓN DE INTEGRIDAD DEL EQUIPO | Verificación de circuitos eléctricos, cableado, terminales, protecciones, EMPAQUES SELLOS, termostato, UNIDAD, EVAPORADOR, FILTROS). | | | E | | | E | | |
| 3 | LIMPIEZA DE GABINETE INTERIOR<br>LIMPIEZA DE GABINETE EXTERIOR | Se realiza limpieza de conductos y sistema de refrigeración interno y cadena de frio, desinfección de paredes internas, medición de temperatura y verificación de funcionamiento.<br>Limpieza de contactos, carcaza, botones, indicadores. | | | E | | | E | | |
| 4 | AJUSTE Y LIMPIEZA DE CONECTORES ELECTRICOS | Verificación del estado del termómetro interno.<br>Verificación y limpieza de sistemas de potencia eléctrica (compresor, clavijas y cable de alimentación).<br>Ajuste general. | | | E | | | E | | |
| 5 | LIMPIEZA PANELES O QUEMADORES | Verificación de funcionamiento de indicadores, alarmas, botones, selectores e indicadores medición de corriente de línea con pinza a perimétrica o multímetro. | | | E | | | E | | |
| 6 | VERIFICACIÓN CARGA Y NIVEL LIQUIDO BATERIA | Verificación de su funcionamiento. Toma de voltaje y amperaje de línea. | | | E | | | E | | |
| 7 | 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 | | | E | | |
| | | | CALIDAD DE REFRIGERACIÓN DESPUES DEL MTO. (BUENO, REGULAR, MALO): | Bueno Bueno | | | | | | |
| 8 | **Realizar entrega del equipo al operador en óptimas condiciones físicas y funcionales** | | | | E | | | 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.** | | |

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

# 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 | FREC (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
**TECNOLOGÍA:** 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 | | |

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 segn protocolo anexo | III | Agosto 2020 | REM EQUIPOS NIT. 79.782.845-9 | |
| Mantenimiento Preventivo Según Protocolo de anexo | IV | Diciembre 2020 | Ruben Darios | |
| Mantenimiento preventivo Segn protocolo anexo | I | 25 febrero 2021 | REM EQUIPOS NIT. 79.782.845-9 | |
| Mantenimiento Preventivo Según protocolo de anexo | II | 28 Mayo 2021 | Rubén Darío Ospina L. ING. BIOMÉDICO INVIMA - RH 20090-556 T. P. 2524165327 | |
| Mantenimiento preventivo según protocolo anexo se requiere cambio de medidor de fiema | III | 27 Agosto 2021 | Ruben Darío Ospina ag ING. BIOMÉDICO 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

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

**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: 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: | PROPIO: | CUAL: |
|---|---|---|
| CONTRATADO: **SI** | CUAL: | |

| B. CORRECTIVO: | PROPIO: | CUAL: |
|---|---|---|
| CONTRATADO: **SI** | CUAL: | |

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

| 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**

- Cuando necesite limpiar alguno de los tubos metálicos de la centrifuga procure siempre dejarlos en la misma posición en que se saca, ya que éstos fueron calibrados en el mantenimiento.
- Al utilizar la centrifuga cerciorase de dejar bien tapado los platos, ya que son delicados y pueden romperse fácilmente.
- Nunca devuelva el reloj si no ha terminado su tiempo seleccionado, éste hecho hace que el mismo acorte su vida útil.

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

Cra N° 15-14 Barbosa Tel: 0977486100 – 0977485751
Email: eschospitalbarbosa@gmail.com

RUBEN OSPINA
Soporte en Tecnología Biomédica

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 CENTRIFUGAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Ubicación:** laboratorio clinico<br>**Marca:** Clay Adams | **Modelo:** Dyac<br>**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 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 (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.

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

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 CENTRIFUGAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Ubicación:** LABORATORIO<br>**Marca:** CLAY-ADAMS | **Modelo:** DIVAC<br>**Serie:** 2930041 | | | |
| | **1ra visita** | **2da visita** | **3ra visita** | **4ta visita** |
| *Fecha de realización del mantenimiento* | 26 Feb 2021 | 25 Mayo 2021 | 27 Ago 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 enfrentar 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.

INFORMES: CALLE 12a No. 14-38 ( 7447432-3114523976 -3146007511
EMAIL: biomedicorubendarioospinalagos@gmail.com

| | | |
|---|---|---|
| RUBEN DARIO OSPINA | **CONTRATISTA**<br>**RUBEN DARIO OSPINA LAGOS** | **LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENINIMIENTO PROGRAMADO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO**<br>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<br>Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalía (PA) |

**CLIENTE:** E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

| **EQUIPO** | **CENTRIFUGA** | | | **SERVICIO** | Laboratorio Clinico |
|---|---|---|---|---|---|
| UBICACION | MARCA | MODELO | SERIE | NO INVENTARIO | Numero de visita de mantenimiento |
| Laboratorio | Clay Adams | DYNAC | 2430041 | | I F |

| Item | Actividades de mantenimiento preventivo trimestral | | Fecha de realización del mantenimiento | D M A: 09 04 22 | D M A: 08 07 22 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Realizar Evaluación De condiciones | **Ambiental:** Temperatura, humedad, infraestructura | | E | E |
| | | **Físico:** Verificación de estado de carcaza, panel de control, display, platos, cable de poder. | | E | E |
| 2 | Realizar verificación de apariencia | **Funcional:** verificación de encendido, verificación revoluciones y visualización en display, teclado. | | E | E |
| | | **Físico externo:** verificación de carcaza, cable de poder, clavija, display, tapa. | | E | E |
| 3 | Verificación de integridad del equipo. | **Físico interno:** verificación del estado de circuitos electrónicos de control y visualización de revoluciones conductores eléctricos, componentes electrónicos, contactos, sellos, sensor de tacómetro, motor escobillas. | | E | E |
| | | **Verificación partes:** presencia de tapa, display, cable de poder, plato, tornillería, tubos, patas o bases de caucho, placa de numero de serial del equipo. | | E | E |
| 4 | Realizar Prueba de Aceptación | **Pruebas en parámetros en todos los modos: visualización de revoluciones en display, prueba con foto tacómetro externo conocido, verificación de ruido aceptable.** | | E | E |
| 5 | Realizar Limpieza | **Limpieza externa:** remoción de suciedad, polvo, manchas, cuerpos extraños adherencias. | | E | E |
| | | **Limpieza interna:** remoción de presencia de polvo, oxido en circuitos de control. Limpieza de motor, colector, cambio de escobillas si es necesario. | | E | E |
| 6 | Realzar ajuste | **Ajuste en parámetros**: ajuste de parámetros. | | E | E |
| | | **Ajuste de partes: tarjeta electrónica, contactos, tornillería.** | | E | E |
| 7 | Realizar prueba final de funcionamiento | **Prueba de encendido, conectado a la toma de 115-120vca con polo a tierra.** | | E | E |
| | | **Prueba de la función de: revoluciones y estabilidad de los giros del plato con tubos.** | | E | E |
| | | **Prueba de** Verificar control de revoluciones y tiempo posterior a los ajustes y limpieza | | E | E |
| | | **Prueba de visualización de display de programas y ajustes de programas en tiempo y revoluciones.** | | E | E |
| | | **Entrega del equipo en buenas condiciones físicas y funcionales.** | | E | E |
| **Tiempo de ejecución:** | | | | 40 mins | 60 mins |

**OBSERVACIONES:**

| | | |
|---|---|---|
| **Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:** | Rubén Dario Ospina 25<br>ING. BIOMÉDIC<br>INVIMA - RM - 20090 6<br>T. P. 1524416532 | |
| **Firma de responsable equipo:** | Lorena Quiroga Forero | |

| | | |
|---|---|---|
| | **CONTRATISTA**<br>**RUBEN DARIO OSPINA LAGOS** | **LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENINIMIENTO PROGRAMADO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO**<br>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<br>Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalia (PA) |

**CLIENTE:** E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

| **EQUIPO** | **CENTRIFUGA** | | | **SERVICIO** | Laboratorio Clinico | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| UBICACION | MARCA | MODELO | SERIE | NO INVENTARIO | Numero de visita de mantenimiento | |
| Laboratorio | Clay Adams | Dynac | 20130041 | | III | IV |

| Item | Actividades de mantenimiento preventivo trimestral | | Fecha de realización del mantenimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | D | M | A | D | M | A |
| | | | 27 | 04 | 22 | 21 | 12 | 21 |
| 1 | Realizar Evaluación De condiciones | **Ambiental:** Temperatura, humedad, infraestructura. | E | | | E | | |
| | | **Fisico:** Verificación de estado de carcaza, panel de control, display, platos, cable de poder. | E | | | E | | |
| 2 | Realizar verificación de apariencia | **Funcional:** verificación de encendido, verificación revoluciones y visualización en display, teclado. | E | | | E | | |
| | | **Fisico externo:** verificación de carcaza, cable de poder, clavija, display, tapa. | E | | | E | | |
| 3 | Verificación de integridad del equipo. | **Fisico interno:** verificación del estado de circuitos electrónicos de control y visualización de revoluciones conductores eléctricos, componentes electrónicos, contactos, sellos, sensor de tacómetro, motor escobillas. | E | | | E | | |
| | | **Verificación partes:** presencia de tapa, display, cable de poder, plato, tornillería, tubos, patas o bases de caucho, placa de numero de serial del equipo. | E | | | E | | |
| 4 | Realizar Prueba de Aceptación | **Pruebas en parámetros en todos los modos: visualización de revoluciones en display, prueba con foto tacómetro externo conocido, verificación de ruido aceptable.** | E | | | E | | |
| 5 | Realizar Limpieza | **Limpieza externa:** remoción de suciedad, polvo, manchas, cuerpos extraños adherencias.<br>**Limpieza interna:** remoción de presencia de polvo, oxido en circuitos de control.<br>Limpieza de motor, colector, cambio de escobillas si es necesario. | E | | | E | | |
| 6 | Realzar ajuste | **Ajuste en parámetros**, ajuste de parámetros. | E | | | E | | |
| | | **Ajuste de partes: tarjeta electrónica, contactos, tornilleria.** | E | | | E | | |
| 7 | Realizar prueba final de funcionamiento | **Prueba de encendido, conectado a la toma de 115-120vca con polo a tierra.** | E | | | E | | |
| | | **Prueba de la función de: revoluciones y estabilidad de los giros del plato con tubos.** | E | | | E | | |
| | | **Prueba de** Verificar control de revoluciones y tiempo posterior a los ajustes y limpieza.<br>**Prueba de visualización de display de programas y ajustes de programas en tiempo y revoluciones.**<br>**Entrega del equipo en buenas condiciones fisicas y funcionales.** | E | | | E | | |
| | **Tiempo de ejecución:** | | 40 mins | | | 40 mins | | |

**OBSERVACIONES:**

| | | |
|---|---|---|
| **Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:** | Ruben Dario Ospina ag<br>ING. BIOMEDIC<br>INVIMA - RM - 20090 6<br>T. P. 2524418632 | |
| **Firma de responsable equipo:** | | |

| | CONTRATISTA<br>RUBEN DARIO OSPINA LAGOS | LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENINIMIENTO PROGRAMADO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO<br>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<br>Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalia (PA) |
|---|---|---|

CLIENTE: ESE Hospital San Benardo

| EQUIPO | CENTRIFUGA | | | SERVICIO | Laboratorio |
|---|---|---|---|---|---|
| UBICACION | MARCA | MODELO | SERIE | No INVENTARIO | Numero de visita de mantenimiento |
| Laboratorio | Clay Adams | Dynac | 2970050 | | 1ra VISITA / 2da VISITA / 3ra VISITA / 4ta VISITA |
| | | | | Fecha de realización del mantenimiento | D M A / D M A / D M A / D M A |
| | | | | | 21 07 23 / 28 08 23 |

| Item | Actividades de mantenimiento preventivo trimestral | | | 1ra VISITA | 2da VISITA | 3ra VISITA | 4ta VISITA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Realizar Evaluacion De condiciones | Ambiental: | Verificación de temperatura, humedad, ventilación | € | € | | |
| | | fisico: | Verificar estado de carcaza, panel de control, display, perillas, cable de poder | € | € | | |
| | | Funcional: | Verificar estado encendido, verificación tecla panel y visualización en display, botones | € | € | | |
| 2 | Realizar verificación de apariencia | Fisico externo: | Verificar estado carcaza, cable de poder, clavija, display, tapa | € | € | | |
| | | Fisico interno: | Verifica estado de circuitos electronicos de control y visualización de resistencias, condensadores, componentes electrónicos, conectores, sellos, estado de tacómetro, motor en general | € | € | | |
| 3 | Verificación de integridad | Verificacion partes: | Presencia de tapa, display, cable de poder, clavija, empaques, tubos, patrón, bases de ajuste, placa de numero de serial del equipo | € | € | | |
| 4 | Realizar Prueba de Aceptacion | Prueba de equipo: | Prueba en parámetros en todos los modos, verificación de revoluciones en display, pruebas con tubos | € | € | | |
| | | otros: | Lectura externa con cinta, verificación de fuga o estanco | | | | |
| 5 | Realizar Limpieza | Limpieza externa: | Retiro de polvo, suciedad, grasa, con trapo, cepillo, aspiradora | € | € | | |
| | | Limpieza interna: | Retiro de polvo, suciedad, grasa, con trapo, cepillo, aspiradora, limpieza de motor, conector, cambio de piezas si es necesario | € | € | | |
| 6 | Realizar ajuste de partes | Ajuste externo: | Tapa, tubos, soportes, empaques | € | € | | |
| | | Ajuste interno: | Tarjeta electrónica, contactos, tornillería y motor | € | € | | |
| 7 | Realizar prueba final de funcionamiento | Prueba de funcionamiento: | Prueba de control de revoluciones y tiempo, posterior a los ajustes y limpieza. Prueba de estabilización de tiempo, de programas y ajustes de programas en tiempo y revoluciones, prueba de balanceo de plato. Entrega del equipo en buenas condiciones físicas y funcionales | € | € | | |
| Tiempo de ejecución: | | | | 45 min | 45 min | | |

OBSERVACIONES: Requiere cambio de timer

| NUMERO DE VISITA | 1ra VISITA | 2da VISITA | 3ra VISITA | 4ta VISITA |
|---|---|---|---|---|
| Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento: | David Bayona<br>Ingeniero Mecatrónico<br>T.P. 15301-380602BYC<br>RH-201808-406 | David Bayona<br>Ingeniero Mecatrónico<br>T.P. 15301-380602BYC<br>RH-201808-406 | | |
| Firma del responsable del equipo: | | | | |

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

# 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:** ~~(3478434)~~ 06459126
**FABRICANTE:** BOECO **PAÍS:** ALEMANIA
**REPRESENTANTE EN COLOMBIA:** IMCOLMEDICA
**DIRECCIÓN:** BOGOTA

## 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:** PIPÉTEADO 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 |  | |

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

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: X _____ REGULAR: _____ CAUSAS: _____

MALO: _____ CAUSAS: _____

## XXVI. FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

NORMAL: X _____ 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: | |

E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 Segn protocolo anexo | III | Agosto 2020 | REM EQUIPOS INGENIERIA BIOMEDICA NIT. 79.782.845-9 Rep. Oficina | |
| Mantenimiento Preventiva Según Protocolo de anexo | IV | Diciembre 2020 | Ruben Ospina | |
| Mantenimiento preventivo Sgn protocolo anexo | I | 26 Febrero 2021 | REM EQUIPOS INGENIERIA BIOMEDICA NIT. 79.782.845-9 Rep. Oficina | |
| Mantenimiento Preventiva Según Protocolo de anexo | II | 28 Mayo 2021 | Ruben Darío Ospina Lopez INGENIERO BIOMEDICO T.P. 2524416532 | |
| Mantenimiento Preventivo Según Protocolo anexo | III | 27 Agosto 2021 | Rubén Darío Ospina ING. BIOMÉDIC INVIMA AH-20090 T. P. 2524416532 | |

## 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

E.S.E
Hospital Integrado
San Bernardo

| 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**

- Nunca golpee, ni deje caer este tipo de pipetas, ya que poseen un vástago interior en vidrio, el cual es demasiado delicado. Sobre todo en volúmenes bajos.
- Recuerde pipetear el primer tope para succionar y el segundo para expulsar, ya que al realizar mal este procedimiento el volumen seleccionado es el errado y la pipeta se puede tapar con facilidad afectando su funcionamiento normal.
- No intente destapar estas pipetas para cualquier procedimiento sin antes consultar cuidadosamente el manual de funcionamiento.

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

Cra N° 15-14 Barbosa Tel: 0977486100 – 0977485751
Email: esehospitalbarbosa@gmail.com

RUBEN OSPINA
Soporte en Tecnología Biomédica

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:** laboratorio clinico<br>**Marca:** BOECO | **Modelo:** S-50ML<br>**Serie:** JA48 6434 | | | |
| | **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 desarme y destape de conductos | E | E | E | E |
| Efectuar limpieza integral interna y externa de la micropipeta | E | E | E | E |
| Efectuar lubricacion de vastago y partes necesarias | E | E | E | E |
| Verificar estado de elementos | E | E | E | E |
| Realizar pruebas de pipeteado | E | E | E | E |
| Pruebas de operación con el operador | 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.

## 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:** LABO2<br>**Marca:** | **Modelo:** 5-50ml<br>**Serie:** 3A488434 | | | |
| | **1ra visita** | **2da visita** | **3ra visita** | **4ta visita** |
| *Fecha de realización del mantenimiento* | 20 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 lubricacion de vastago 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 satisfaccion por el personal encargado del servicio se haran en dicho item.

| | | |
|---|---|---|
| RUBEN OSPINA | **CONTRATISTA**<br>**RUBEN DARIO OSPINA LAGOS** | **LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENINIMIENTO PROGRAMADO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO**<br>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<br>Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalía (PA) |

**CLIENTE:** E.S.E Hospital integrado San Bernardo

| **EQUIPO** | **MICROPIPETA** | | | **SERVICIO** | Laboratorio Clinico |
|---|---|---|---|---|---|
| UBICACION | MARCA | MODELO | SERIE | NO INVENTARIO | Numero de visita de mantenimiento |
| Laboratorio | BOECO | 541 | 12631506 | | I / F |

| Item | Actividades de mantenimiento preventivo semestral. | | Fecha de realización del mantenimiento | I: D 31 M 03 A 22 | F: D 08 M 07 A 22 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Realizar Evaluación De condiciones | **Ambiental:** Temperatura, humedad, infraestructura.<br>**Físico:** Verificación de estado de carcaza, pulsador, expulsador de puntas, contador.<br>**Funcional: pipeteo, expulsión de punta, ajuste de volumen, función de contador.** | | E | E |
| 2 | Realizar verificación de apariencia | **Físico externo:** verificación de carcaza, ventanilla, pulsador.<br>**Físico interno:** verificación del estado de embolo, resortes, cilindros, contador. | | E | E |
| 3 | Verificación de integridad del equipo | **Verificación partes:** Pulsador de pipeteo, expulsor de puntas, resortes, capuchón de pulsador de pipeteo, vástago. | | E | E |
| 4 | Realizar Prueba de Aceptación | **Pruebas en parámetros en todos los modos: prueba de funcionamiento con varios volúmenes.** | | E | E |
| 5 | Realizar desarmado | **Desarmado:**<br>Desensamblar la pipeta. Seguir el procedimiento que para el efecto describe el fabricante, en el manual de uso y mantenimiento de la pipeta. (El procedimiento varía dependiendo de la marca, tipo y modelo) Normalmente, se desensambla el cuerpo principal de la pipeta del sistema eyector de puntas, desenroscando el cuerpo de la pipeta del cilindro. | | E | E |
| 6 | Limpieza | Limpiar los anillos, émbolo, paredes interiores del cilindro antes de lubricar.<br>**Limpieza externa:** remoción de suciedad, polvo, manchas, cuerpos extraños adherencias.<br>**Limpieza interna:** remoción de presencia de óxidos, adherencias.<br>NOTA: Si los componentes interiores fueron contaminados accidentalmente, todas las superficies deberán ser limpiadas con un detergente y luego con agua destilada. Si los anillos o sellos en O requieren ser cambiados, deberán ser sustituidos por repuestos de las mismas características de los originales. Debe tenerse en cuenta que este tipo de sellos varía dependiendo de la marca, tipo y modelo. | | E | E |
| 7 | Lubricación de partes | Lubricar el émbolo y el pistón con grasa siliconada especial4 para pipetas. La grasa mencionada ha sido especialmente desarrollada para ser utilizada en las pipetas. Utilizar siempre la recomendada por el fabricante. Retirar cualquier exceso de lubricante con un papel absorbente. | | E | E |
| 8 | Realizar prueba final de funcionamiento | **Prueba del funcionamiento final: bajo las pruebas de control del sistema junto con el operario. Entrega del equipo en buenas condiciones físicas y funcionales.** | | E | E |
| | | | **Tiempo de ejecución:** | 30 mins | 30 mts |

**OBSERVACIONES:** Equipo sin Calibración

| | | |
|---|---|---|
| **Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:** | Ruben Dario Ospina ag<br>RUBEN DARIO OSPINA LAGOS<br>INVIMA - RM - 20090 6<br>T. 3229416532 | |
| **Firma del responsable del equipo:** | Lorena Quiroga Morales | |

| | | |
|---|---|---|
| RUBEN OSPINA | **CONTRATISTA**<br>**RUBEN DARIO OSPINA LAGOS** | **LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENINIMIENTO PROGRAMADO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO**<br>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<br>Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalia (PA) |

**CLIENTE:** E.S.E Hospital Integrado San Bernardo

| **EQUIPO** | **MICROPIPETA** | | | **SERVICIO** | Laboratorio Clinico |
|---|---|---|---|---|---|
| UBICACION | MARCA | MODELO | SERIE | NO INVENTARIO | Numero de visita de mantenimiento |
| Laboratorio | BUEO | 541 | 12631506 | | II |

| Item | Actividades de mantenimiento preventivo semestral. | | Fecha de realización del mantenimiento | |
|---|---|---|---|---|
| | | | D 21 M 09 A 22 | D 21 M 12 A 22 |
| 1 | **Realizar Evaluación De condiciones** | **Ambiental:** Temperatura, humedad, infraestructura.<br>**Fisico:** Verificación de estado de carcaza, pulsador, expulsador de puntas, contador.<br>**Funcional: pipeteo, expulsión de punta, ajuste de volumen, función de contador.** | E | E |
| 2 | **Realizar verificación de apariencia** | **Fisico externo:** verificación de carcaza, ventanilla, pulsador.<br>**Fisico interno:** verificación del estado de embolo, resortes, cilindros, contador. | E | E |
| 3 | **Verificación de integridad del equipo** | **Verificación partes:** Pulsador de pipeteo, expulsor de puntas, resortes, capuchón de pulsador de pipeteo, vástago. | E | E |
| 4 | **Realizar Prueba de Aceptación** | **Pruebas en parámetros en todos los modos: prueba de funcionamiento con varios volúmenes.** | E | E |
| 5 | **Realizar desarmado** | **Desarmado:**<br>Desensamblar la pipeta. Seguir el procedimiento que para el efecto describe el fabricante, en el manual de uso y mantenimiento de la pipeta. (El procedimiento varia dependiendo de la marca, tipo y modelo). Normalmente, se desensambla el cuerpo principal de la pipeta del sistema eyector de puntas, desenroscando el cuerpo de la pipeta del cilindro. | E | E |
| 6 | **Limpieza** | Limpiar los anillos, émbolo, paredes interiores del cilindro antes de lubricar<br>**Limpieza externa:** remoción de suciedad, polvo, manchas, cuerpos extraños adherencias.<br>**Limpieza interna:** remoción de presencia de óxidos, adherencias.<br>NOTA: Si los componentes interiores fueron contaminados accidentalmente, todas las superficies deberán ser limpiadas con un detergente y luego con agua destilada. Si los anillos o sellos en O requieren ser cambiados, deberán ser sustituidos por repuestos de las mismas caracteristicas de los originales. Debe tenerse en cuenta que este tipo de sellos varia dependiendo de la marca, tipo y modelo. | E | E |
| 7 | **Lubricación de partes** | Lubricar el émbolo y el pistón con grasa siliconada especial4 para pipetas. La grasa mencionada ha sido especialmente desarrollada para ser utilizada en las pipetas. Utilizar siempre la recomendada por el fabricante. Retirar cualquier exceso de lubricante con un papel absorbente. | E | E |
| 8 | **Realizar prueba final de funcionamiento** | **Prueba del funcionamiento final: bajo las pruebas de control del sistema junto con el operario. Entrega del equipo en buenas condiciones fisicas y funcionales.** | E | E |
| | | **Tiempo de ejecución:** | 25 min | 25 min |

**OBSERVACIONES:**

| | | |
|---|---|---|
| **Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento:** | Rubén Darío Ospina ag<br>ING. BIOMEDIC<br>INVIMA : 2020090 6<br>T. P. 2624916 | |
| **Firma del responsable del equipo:** | | |

| | CONTRATISTA<br>RUBEN DARIO OSPINA LAGOS | LISTA DE CHEQUEO - RUTINA DE MANENINIMIENTO PROGRAMADO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPO BIOMEDICO<br>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<br>Efectuado (E) No Efectuado (NE) No Aplica (NA) Presenta Anomalia (PA) |
|---|---|---|

CLIENTE: ESE Hospital San Bernardo

| EQUIPO | MARCA | MODELO | SERIE | SERVICIO | Laboratorio |
|---|---|---|---|---|---|
| UBICACION | | | | RESPONSABLE | Numero de visita de mantenimiento |
| Laboratorio | Boeco | S-50 | 06459126 | | 1ra VISITA \| 2da VISITA \| 3ra VISITA \| 4ta VISITA |

| Item | Actividades de mantenimiento preventivo trimestral | | | Fecha de realización del mantenimiento | 1ra VISITA D M A | 2da VISITA D M A | 3ra VISITA D M A | 4ta VISITA D M A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 29 03 23 | 28 06 23 | | |
| 1 | Realizar Evaluación De condiciones | Ambiental: | Identificación de fuentes físicas, humedad, luz, ventilación | | € | € | | |
| | | físico: | Verificación del estado de carcasa, pulsadores, empaques de puertas, cubierta | | € | € | | |
| | | Funcional: | Conteo y toma de parámetros, exposición, puesta a punto, fallas, funcionamiento, función completa | | € | € | | |
| 2 | Realizar verificación de apariencia | Físico externo: | Identificación de carcasa, ventanilla, pulsadores | | € | € | | |
| | | Físico interno: | Verificación del estado de empaques, conectores, limpieza y ventilación | | € | € | | |
| 3 | Verificación de integridad | Verificacion partes: | Evaluación del cableado, el estado de puertas, resortes, aplicación de cubierta de protección, cubierta | | € | € | | |
| 4 | Realizar Prueba de Aceptación | Prueba de equipo: | Prueba de funcionamiento con valores estándares | | € | € | | |
| | | otros: | | | | | | |
| 5 | Realizar Limpieza | Limpieza externa: | Remoción de suciedad, material particulado, bacterias | | € | € | | |
| | | Limpieza interna: | Limpieza de partes internas del equipo, antes de lubricar | | € | € | | |
| 6 | Realizar ajuste y lubricacion de partes | Ajuste Externo: | Cerrado, pulsadores, empaques de puertas, cubierta | | € | € | | |
| | | Ajuste Interno: | Lubricar elementos y exposición con gotas sin grasa, usar aceite para lubricar, aplicar lubricante en el eje de fricción, cubierta con papel absorbente | | € | € | | |
| 7 | Realizar prueba final de funcionamiento | Prueba de funcionamiento: | Verificar funcionamiento posterior a Limpieza, verificación de parámetros de diferentes modos | | € | € | | |
| | | | Entrega del equipo en puertas, condiciones físicas y funcionales | | | | | |
| Tiempo de ejecución: | | | | | 25 min | 25 min | | |

OBSERVACIONES:

| NUMERO DE VISITA | 1ra VISITA | 2da VISITA | 3ra VISITA | 4ta VISITA |
|---|---|---|---|---|
| Firma de responsable de la ejecución del mantenimiento: | David Bayona<br>Ingeniero Mecatrónico<br>T.P. 15361-380602BYC<br>RH-201808-406 | David Bayona<br>Ingeniero Mecatrónico<br>T.P. 15361-380602BYC<br>RH-201808-406 | | |
| Firma del responsable del equipo: | | | | |

**INFORME**

TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS DEL 17 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE

**PRESENTA**

ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**

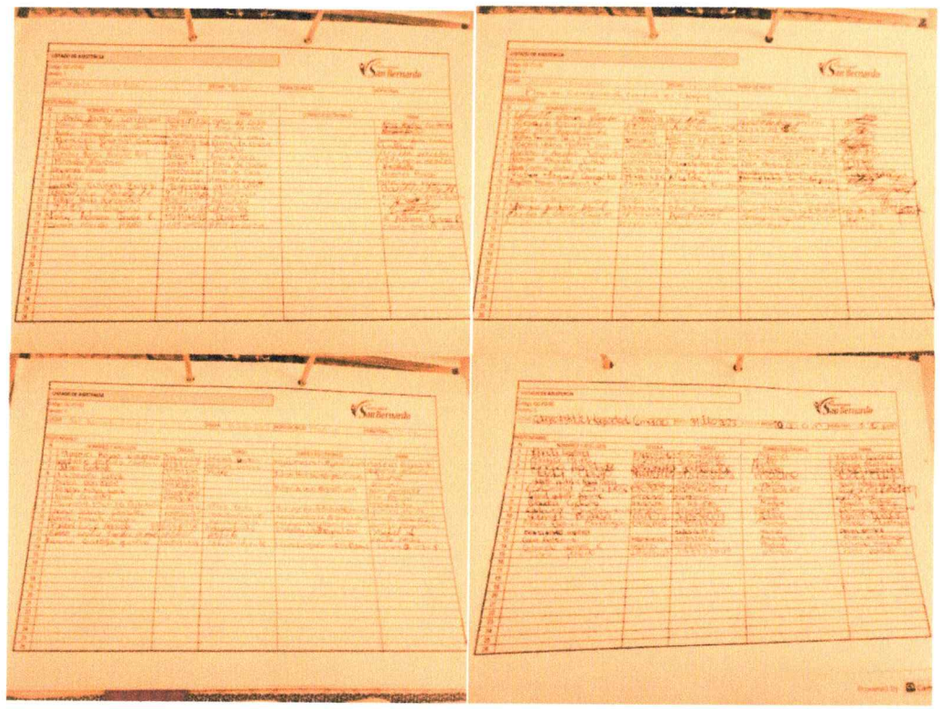
SECRETARIA DE SALUD DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**

**ESE HOSPITAL SAN BERNARDO**

**BARBOSA SANTANDER**

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.





**INFORME**
TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS DEL 17 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE

**PRESENTA**
ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**
SECRETARIA DE SALUD DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**
**ESE HOSPITAL SAN BERNARDO**
**BARBOSA SANTANDER**

E.S.E
Hospital Integrado
San Bernardo

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.

A continuación, se darán anexos fotográficos para la verificación del manejo de toma de muestras.



**INFORME**

TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS DEL 17 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE

**PRESENTA**

ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**

SECRETARIA DE SALUD DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**

**ESE HOSPITAL SAN BERNARDO**

**BARBOSA SANTANDER**

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.



**INFORME**
TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS DEL 17 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE

**PRESENTA**
ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**
SECRETARIA DE SALUD DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**
**ESE HOSPITAL SAN BERNARDO**
**BARBOSA SANTANDER**

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



**INFORME**
TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS DEL 17 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE

**PRESENTA**
ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**
SECRETARIA DE SALUD DE SALUD DE SANTANDER

**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**
**ESE HOSPITAL SAN BERNARDO**
**BARBOSA SANTANDER**

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.



**INFORME**

TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS DEL 17 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE

**PRESENTA**

ESE HOSPITAL SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER

**PRESENTADO A**

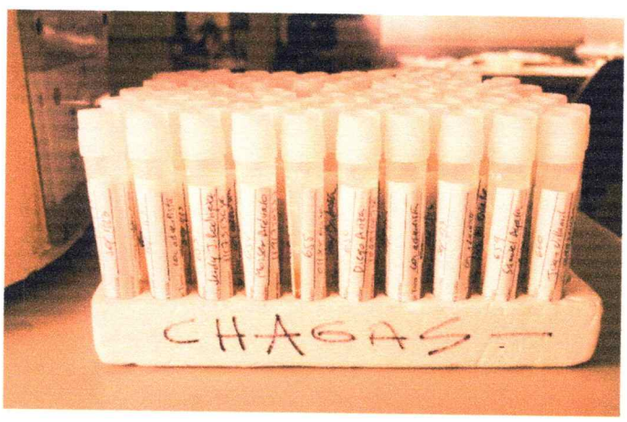
SECRETARIA DE SALUD DE SALUD DE SANTANDER

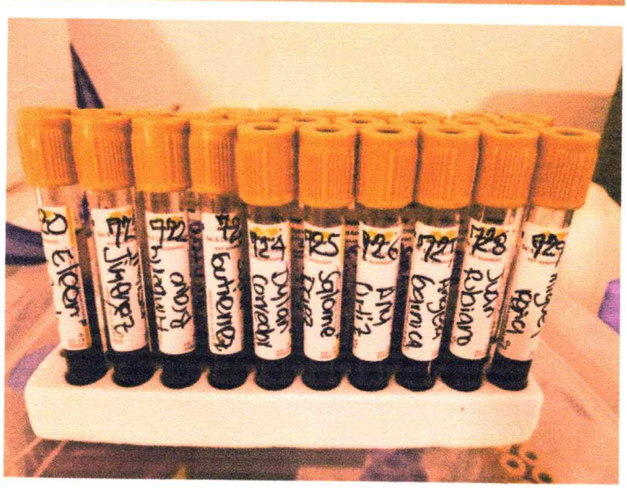
**TOMA DE TAMIZAJE DE CHAGAS**

**ESE HOSPITAL SAN BERNARDO**

**BARBOSA SANTANDER**

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.



| República de Colombia<br>Gobernación de Santander | ACTA | CÓDIGO | AP-AI-RG-111 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 5 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 16/08/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

ACTA No.027__ _

**Fecha:** 20/03/2024 **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 18 de octubre de 2023 al 29 de Diciembre de 2023 en el marco del PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISIÓN DE Trypanosoma cruzy 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 88 muestras, pero solo se aceptaron 82 a conformidad en el LDSP, la cual inicia con el número de documento N° 1.014.990.292 y finaliza en N° 1.099.216. 255 de estas muestras se tomaron las 82 muestras en el área urbana del municipio

### 2. Aprobación base de datos

Se aprueban las bases de datos en el periodo comprendido entre el 18 de octubre de 2023 al 29 de Diciembre de 2023, por valor total de: TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE ($$ 3.280.000 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

2X - 56X
CD-Recordable
CD-R
700MB/80Min
ETV Barbosa Santander
Puntos 1-2-6-8-11
13-16-18-19-20-21
Write with special soft marker pen only.


2X - 56X
CD-Recordable
CD-R
700MB/80Min
ETV Barbosa Santander
2do Informe Completo

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-890205456 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2024-07-17 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2023-11-15 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-11-03 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO POPULAR |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2023-10 |
| PERÍODO SALUD: | 2023-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 28126110 |
| TOTAL COTIZANTES: | 13 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 28126110 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 16.200 | $ 16.200 |
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.795.300 | $ 1.795.300 |
| EPS037 | 900156264 | 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 | | 4 | 13 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.336.800 | $ 4.336.800 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.700 | $ 619.700 |
| 25-14 | 900336004 | 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 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 13 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 845.600 | $ 845.600 |
| Subtotal ARL | | 1 | 13 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 845.600 | $ 845.600 |
| CCF39 | 890200106 | 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 |
| | | Total a pagar | | $ 25.700 | $ 25.700 | $ 0 | $ 13.908.500 | $ 13.908.500 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 14/12/2023 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-890205456 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2024-07-17 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2023-12-14 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-11-20 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO POPULAR |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2023-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2023-12 |
| NÚMERO PLANILLA: | 28261155 |
| TOTAL COTIZANTES: | 12 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 28261155 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.811.500 | $ 1.811.500 |
| EPS037 | 900156264 | 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: | 15/01/2024 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-890205456 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2024-06-07 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-01-15 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-12-07 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO POPULAR |
| 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 |
| EPS037 | 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: | 13/02/2024 |

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA SANTANDER**

**HACE CONSTAR**

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

La presente, se expide en el Municipio de Barbosa Santander, a los siete (17) días del mes de julio de dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

**SANDRA MILENA CASTAÑEDA ALVAREZ**
Representante Legal
E.S.E., Hospital Integrado San Bernardo

Elaboró: Guillermo Alfonso Herreño Pérez – Jefe Oficina Administrador

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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. | | | | 890205456-5 | | |
| CONCEPTO: | | | | 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 | | | | $00.000.00 | | |
| ANTICIPO INICIAL (XXXX %): | | | | $00.000.00 | | |
| ANTICIPO ADICIONAL (XXXX %): | | | | $00.000.00 | | |
| PLAZO INICIAL: | | | | SEIS (06) MESES | | |
| PLAZO ADICIONAL: | | | | NO APLICA | | |
| INTERVENTOR CONTRATO O CONVENIO: | | | | NO APLICA | | |
| Nit o C.C. No. DEL INTERVENTOR | | | | NO APLICA | | |
| SUPERVISOR: | | | | AYDE ALEXANDRA LÓPEZ SÁNCHEZ SEGÚN ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | | |
| FECHA DE INICIACIÓN: | | | | 06 DE JULIO 2023 | | |
| ACTA DE SUSPENSION | No. | No. | No. | N/A | N/A | N/A |
| ACTA DE REINICIACIÓN : | No. | No. | No. | N/A | N/A | N/A |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | | | | 31 DE DICIEMBRE 2023 | | |
| MUNICIPIO: | | | | BARBOSA | | |
| OFICINA GESTORA: | | | | Secretaria de Salud | | |

En Barbosa, a los veintidós (22) días del mes de Julio del dos mil veinticuatro (2024) se reunieron, **PRADA RAMÍREZ EDWIN ANTONIO**, en calidad de secretario de Salud del Departamento y **SANDRA MILENA CASTAÑEDA ÁLVAREZ**, quien comparece en o en calidad de Representante legal de **ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA**, como Contratista, con el fin de suscribir la presente Acta de liquidación por mutuo acuerdo.

## CONSIDERANDO:

1. Que entre el Departamento de Santander y la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA** se celebró el contrato Interadministrativo No. **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.

2. Que por voluntad de las partes hemos acordado dar por terminado el citado contrato, teniendo en cuenta que ya finalizo el plazo de ejecución del contrato. La ejecución fue del 17.36 % debido a que para el municipio de Barbosa ya se contaba con gran parte de la población objeto tamizada o con prueba tomada para Chagas, adicional la población se movió a otros municipios y no se podía tamizar la misma población dado que no es objeto de pago, y algunos padres de familia se negaron a firmar los disentimientos, pero tampoco dejaron que se sus hijos fueran tamizados.

3. Que en consecuencia se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 modificado por el el artículo 32 de la Ley 1150 de 2007 y el articulo 217 del decreto nacional 019 de 2012, así como lo establecido en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

4. Que se verifico por parte de la Supervisora Ayde Alexandra López Sánchez el cumplimiento del objeto del contrato, el mediante el Acta de recibo Final suscrita el día 22 del mes de Julio del 2024.

5. Que con base en el acta anterior se ha constatado que la ejecución del contrato fue de $ 33.235.000.00 equivalente al 17.36 % del valor total del contrato.

6. Que el balance financiero del contrato es el siguiente:

## RELACIÓN Y BALANCE

| | | |
|---|---|---|
| VALOR CONTRATO INICIAL | $ 191,405,229.00 | |
| VALOR CONTRATO ADICIONAL | $ 0.00 | |
| ANTICIPO INICIAL | | $ 0.00 |
| ANTICIPO ADICIONAL | | $ 0.00 |
| VR. PAGADO ACTA DE RECIBO PARCIAL Nº 1 | | $ 29.955.000.00 |
| VR. A PAGAR ACTA DE RECIBO FINAL | | $ 3.280.000.00 |

| | | |
|---|---|---|
| SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO | | $158.170.229.00 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | | $ 0.00 |
| **SUMAS IGUALES** | **$ 191.405.229.00** | **$ 191.405.229.00** |

7. Que se han realizado los siguientes pagos:

**RELACION DE PAGOS**

| Nº COMPROBANTE DE EGRESO | FECHA (DDMMAAAA) | CONCEPTO (anticipo, desembolsos o actas) | VALOR | FUENTE DE FINANCIACION |
|---|---|---|---|---|
| 24004130 | 23/05/2024 | DESEMBOLSO 01 | $ 29.955.000.00 | CGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA-REC.BCE |
| EN TRAMITE | EN TRAMITE | DESEMBOLSO FINAL | $ 3.280.000.00 | CGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA-REC.BCE |

8. No se presentaron reintegro de Saldos y Rendimientos Financieros a favor del Departamento

| SALDOS A FAVOR DEL DEPARTAMENTO | FECHA | VALOR $ | No. CUENTA Y ENTIDAD EN LA QUE SE CONSIGNARON |
|---|---|---|---|
| VALOR DESEMBOLSADO NO EJECUTADO | N/A | N/A | N/A |
| RENDIMIENTOS FINANCIEROS | N/A | N/A | N/A |
| TOTAL | | $ N/A | N/A |

9. Que, durante la ejecución del contrato, se verifico el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

**10.** Se deja constancia que el servicio objeto de este contrato fue entregado a la secretaria de Salud Departamental el día 31 de diciembre de 2023, según acta de recibo final suscrita el día 22 de Julio de 2024.

**ACUERDAN**

Dar por liquidado el Contrato No CO1.PCCNTR.5143320 DEL 27 DE JUNIO DE 2023, declarándose las partes a Paz y Salvo entre ellas, libres de toda desavenencia, no manifestando observación u objeción alguna.

Conforme a la función de control y vigilancia asignada al Supervisor del contrato estos declaran:

Que una vez la Tesorería del Departamento efectué el ultimo desembolso por valor de Tres millones doscientos ochenta mil pesos m/cte. ($3.280.000.00) correspondiente al pago del acta de Recibo Final resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR.5143320 DEL 27 DE JUNIO DE 2023, comprometiéndose la secretaria de Salud Departamental a surtir los trámites necesarios para efectuar el pago del saldo por cancelar.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron y se declaran a paz y salvo por todo concepto, una vez se haga efectivo el pago del acta de que trata el numeral anterior, a los veintidós (22) días del mes Julio de 2024.

**EDWIN ANTONIO PRADA RAMÍREZ**
**SECRETARIO DE SALUD**

**SANDRA MILENA CASTAÑEDA ÁLVAREZ**
**GERENTE**
**ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO**
**CONTRATISTA**

**AYDE ALEXANDRA LÓPEZ SÁNCHEZ**
**SUPERVISOR**

De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.4.3 del Decreto 1082 de 2015 y con los lineamientos impartidos por Colombia Compra Eficiente, se procede a realizar el cierre del expediente del convenio **No. 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.**

| | |
|---|---|
| Tipo de Contrato | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO |
| Contrato No. Fecha | **No. CO1.PCCNTR.5143320 del 27 de junio de 2023** |
| Nombre del Contratista | **ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO** |
| Nit o CC | 890.205.456 |
| Objeto del Contrato: | 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: | $109.405.229.00 |
| Valor Adicional: | $0.00 |
| Anticipo: | $0.00 |
| Plazo inicial: | SEIS (6) - Meses |
| Plazo Adicional: | NO APLICA |
| Supervisor | **AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ** Acto Administrativo de fecha 08 de septiembre de 2023 |
| Fecha de Inicio | 06 de julio de 2023 |
| Fecha de Terminación | 31 de diciembre de 2023 |
| Acta de Suspensión | NO APLICA |
| Acta de Reinicio: | NO APLICA |
| Municipio: | BARBOSA |

| | |
|---|---|
| Oficina Gestora: | SECRETARIA DE SALUD |
| Fecha Acta de Liquidación o Terminación: | JULIO 22 DE 2024 |
| Fecha de Cumplimiento de los Amparos: | NO APLICA |

Mediante la presente acta se deja constancia del cierre del expediente del contrato en mención, lo que significa ya se realizó la liquidación del mismo.

Firmada la presente acta, se archiva el expediente por quienes en ella intervinieron a los veintitrés (23) días del mes de julio de 2024.

**PRADA RAMÍREZ EDWIN ANTONIO**

SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

**AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ**

SUPERVISOR(A)

Bucaramanga,

Doctora:
**NURY PAOLA QUINTERO QUINTERO**
Directora de Apoyo Jurídico de Contratación y Procesos Sancionatorios
Secretaría de Salud de Santander
Ciudad

REF: Documentos soporte del convenio interadministrativo **CO1.PCCNTR.5143320 DEL 27 DE JUNIO DE 2023**

Cordial saludo,

Con la presente me permito hacer entrega de la documentación correspondiente al del convenio interadministrativo **CO1.PCCNTR.5143320 DEL 27 DE JUNIO DE 2023, QUE TIENE COMO OBJETO REALIZAR ACCIONES DE INFORMACIÓN EN SALUD, TOMA Y TRASLADO DE MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA 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 GESTION, PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) EN SANTANDER.**

1. Factura FEH942499
2. Informe de supervisor Final
3. Acta de recibo Final
4. Informe de actividades Final
5. Soportes de ejecución del contrato
6. Soporte de pago de seguridad social
7. Paz y salvo de los Parafiscales
7. Acta de liquidación de mutuo acuerdo
8. Acta de cierre de expediente contractual

Sin otro particular,

**AYDE ALEXANDRA LOPEZ SANCHEZ**
SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO