**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
**LABORATORIO CLINICO**
**INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES**

| NOMBRE | MARIA CAMILA ORTIZ BARRIOS | MES Y AÑO | 16 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL 2026 | CONTRATO | 0899-2025 |
|---|---|---|---|---|---|

| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TURNO | | | | 3 | 8 | 8 | 8 | | | 8 | 8 | 11 | 11 | 8 | | | 3 | 3 | 7 | 7 | 7 | | | | 7 | 7 | 7 | 7 | | | |
| TOMA DE MUESTRAS | | | | | X | X | X | | | X | X | | | X | | | | | X | X | X | | | | X | X | X | X | | | |
| COAGULACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDOCRINOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEMATOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICROSCOPIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INMUNOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRUEBAS MANUALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUIMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICROBIOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA | | | | | X | X | X | | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | | | | X | X | X | X | | | |
| CALIDAD | | | | X | | | | | | | | X | X | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |

| TURNOS | | |
|---|---|---|
| | 3 | 07:00-16:00 |
| | 7 | 6:30-15:30 |
| | 8 | 6:30-14:30 |
| | 11 | 07:00-15:00 |

**PRODUCTIVIDAD (NUMERO DE PROCEDIMIENTOS POR PRUEBAS REALIZADAS. FUENTE: ENTERPRISE)**

| | |
|---|---|
| MARIA CAMILA ORTIZ BARRIOS | 106 |
| REMISIONES | 106 |

**Se realizan actividades en apoyo a la coordinacion como revision de documentos, respuesta de PQRS y actas.**

**NOTA:** ESTA INFORMACIÓN SERA VERIFICADA POR PARTE DE LA COORDINACION DEL LABORATORIO CLINICO.

Maria Camila Ortiz Barrios

**Firma de Bacteriologa (o)**_____

**Firma de Coordinadora del Laboratorio**_____