

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO		Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION				
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO				

**INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 319 de 2024
DEL MES DE DICIEMBRE**

1. DATOS DEL INFORME	
FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:	28-12-2024
INFORME NUMERO:	03
PERIODO EJECUTADO:	01 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE
VALOR A COBRAR:	TRES MILLONES CIENTO NOVENTA MIL PESOS (\$3.190.000) M/CTE.
2. GENERALIDADES DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa)	Contratos Prestación de Servicios Profesionales
NUMERO DE CONTRATO	319
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA CLINICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
IDENTIFICACION	1.122.116.620 DE ACACIAS
FECHA DE INICIO	01 DE OCTUBRE 2024
FECHA DE TERMINACION	01 DE ENERO 2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL PESOS (\$ 9.570.000) MCTE
FORMA DE PAGO	(3) MENSUALIDADES VENCIDAS POR VALOR DE TRES MILLONES CIENTO DIEZNUEVE MIL PESOS (\$ 3.190.000) MCTE CADA UNO
RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO	NATHALIA JULETH ARAUJO PRADA
ADICIONES O PRORROGAS (Si aplica)	NO APLICA

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION			
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			

3. INFORMA DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Prestar atención psicológica en el área de consulta externa, urgencias y hospitalización, determinando la necesidad de los usuarios y acompañándolos en el proceso de las evoluciones en salud mental.	SI SE CUMPLE
2. Diligenciar en el módulo correspondiente el programa Prosoft, en forma correcta y completa, la información de la historia clínica, así como garantizar la reserva de la misma.	SI SE CUMPLE.
3. Realizar control y seguimiento a los pacientes	Se beneficiaron 106 usuarios en total.
4. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio y promover las alternativas de solución.	SI SE CUMPLE
5. Tramitar la remisión de pacientes a servicio de mayor complejidad de ser necesario.	SI SE CUMPLE
6 Realizar en su área específica las funciones correspondientes a psicología clínica.	SI SE CUMPLE
7 Diligenciar y reportar enfermedades en salud publica	SI SE CUMPLE
8 Aplicar los protocolos y guías adaptadas por el hospital.	SI SE CUMPLE
9. Hacer demanda inducida a los demás programas de promoción y prevención del hospital según resolución 3280 de 218.	SI SE CUMPLE
10. Apoyo a talento humano	SI SE CUMPLE

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318

gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION			
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			

11. Participar en los comités de salud mental dentro y fuera de la Institución.	SI SE CUMPLE
12. Apoyar el proceso de activación de rutas en salud mental	SI SE CUMPLE
13. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la Institución, y aquellas que desarrolle la entidad a través de los diferentes medios virtuales, como redes sociales, entre otros	SI SE CUMPLE

4. Aportes a Seguridad Social

Se anexa formato de verificación pago de seguridad social No 9478873030 expedida por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha 2024 – 12.

5. RESUMEN FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	No. INFORME	PERIODO	VALOR PAGADO
(\$9.570.000)	1/3	01 AL 31 DE OCTUBRE 2024	\$ 3.190.000
	2/3	01 AL 31 DE NOVIEMBRE DE 2024	\$ 3.190.000
	3/3	01 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE	\$3.190.000
SALDO CONTRATO			\$0

6. Cumplimiento de Actividades

EL SUPERVISOR, CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS PARA DEL MES DE DICIEMBRE DE 2024, DE ACUERDO AL CONTRATO DE

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO		Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION				
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO				

PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 319 DE 2024, SEGÚN INFORME PRESENTADO POR EL CONTRATISTA.

LA PRESENTE SE EXPIDE A LOS VEINTISEIS (31) DÍAS DE MES DE DICIEMBRE DE 2024. EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, FIRMA EL PRESENTE INFORME EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

Natalia Araujo

Supervisor

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co