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



INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO No. **080** DEL MES DE **FEBRERO** 2025  
**1. DATOS DEL INFORME**

<b>FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:</b>	25-04-2025
<b>INFORME NUMERO:</b>	03
<b>PERIODO EJECUTADO:</b>	01 AL 30 DE ABRIL DE 2025
<b>VALOR POR COBRAR:</b>	\$ 6.120.620 M/CTE

**2. GENERALIDADES DEL CONTRATO**

<b>TIPO DE CONTRATO</b> (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa)	CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
<b>NUMERO DE CONTRATO</b>	080 DE ENERO DE 2025
<b>OBJETO</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL MEDICO EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA
<b>IDENTIFICACION</b>	1.016.100.762 DE BOGOTA D.C
<b>FECHA DE INICIO</b>	01 DE FEBRERO DE 2025
<b>FECHA DE TERMINACION</b>	30 DE ABRIL DE 2025
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	(\$18.361.860)
<b>FORMA DE PAGO</b>	(03) PERIODOS POR EL VALOR DE SEIS MILLONES CIENTO VEINTE MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS (\$6.120.620)
<b>RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO</b>	DARWIN VICENTE FONSECA MARQUEZ
<b>ADICIONES O PRORROGAS (Si aplica)</b>	N/A

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas  
 Cel: 3175151318  
[gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co)



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

### 3. INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Prestar atención medica general en las área de urgencias, hospitalización, sala de partos, consulta externa y transporte asistencial; haciendo el diagnostico, determinando la terapia de los pacientes y acompañamiento a la evolución de la enfermedad	SE REALIZO
2. Diligenciar en el módulo correspondiente del programa Prosoft, en forma correcta y completa la información de la historia clínica, así como garantizar la reserva de la misma	SE REALIZO
3. Realizar el control médico a pacientes	SE CUMPLE
4. Realizar la solicitud oportuna y racional de exámenes de apoyo diagnostico o terapéutico.	SE CUMPE
5. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio y promover las alternativas de solución.	NO SE PRESENTÓ NINGUNA
6. Tramitar la remisión de pacientes a servicios de mayor complejidad de ser necesario y acompañar si aplica remisiones a las diferentes instituciones de nivel superior de complejidad.	SE HA TRAMITADO REMISIÓN DE LOS PACIENTES
7. Realizar en su área específica las funciones correspondientes a medicina legal.	SE HA REALIZADO
8. Diligenciar y reportar las enfermedades de Salud Pública.	SE HA REALIZADO
9. Aplicar los protocolos y guías adoptados por el Hospital	SE HA PARTICIPADO
10. Hacer demanda inducida a los demás programas de promoción y prevención del Hospital según resolución 3280 de 2018	SE CUMPLE

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

[gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co)

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

11.No abandonar el área de urgencias, hospitalización, hasta ser entregado al personal del siguiente turno	SE CUMPLE
--	-----------



#### 4. APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Se anexa certificación de pago de planilla de seguridad social No. 85022763\_verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha 15 de ABRIL del 2025.

#### 5. RESUMEN FINANCIERO

CDP No. 000106		RP No.	
VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO		\$18.361.860	
VALOR DE LA ADICIÓN		N/A	
VALOR FINAL DEL CONTRATO		\$18.361.860	
No. INFORME	PERIODO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	VALOR MENSUAL
1	01 AL 28 DE FEBRERO DE 2025	INF. 01	\$ 6.120.620 M/CTE
2	01 AL 31 DE MARZO DE 2025	INF. 02	\$ 6.120.620 M/CTE
3	01 AL 30 DE ABRIL DE 2025	INF. 03	\$ 6.120.620 M/CTE
4			
VALOR TOTAL EJECUTADO			\$ 6.120.620 M/CTE
VALOR NO EJECUTADO			N/A
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR			\$ 0.0 M/CTE

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas  
Cel: 3175151318  
[gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co)

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

## 6. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del mes ABRIL de 2025, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. **080** de 2025, según informe presentado por el contratista.

La presente se expide a los 30 días de mes de ABRIL del 2025. En constancia de lo anterior, firma el presente informe el supervisor del contrato.

  
**DARWIN VICENTE FONSECA MARQUEZ**  
**SUPERVISOR**