

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

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

1. DATOS DEL INFORME

FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:	28-05-2025
INFORME NUMERO:	04
PERIODO EJECUTADO:	01 AL 30 DE MAYO DE 2025
VALOR POR COBRAR:	\$ 6.120.620 M/CTE

2. GENERALIDADES DEL CONTRATO

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

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. 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

	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. 86602603 verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha 15 de MAYO del 2025.

5. RESUMEN FINANCIERO

CDP No. 000106		RP No.	
VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO		\$18.361.860 M/CTE	
VALOR DE LA ADICIÓN		\$ 6.120.620 M/CTE	
VALOR FINAL DEL CONTRATO		\$24.482.480 M/CTE	
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 30 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	01 AL 30 DE MAYO DE 2025	INF. 04	\$ 6.120.620 M/CTE
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

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

6. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del mes MAYO 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 MAYO del 2025. En constancia de lo anterior, firma el presente informe el supervisor del contrato.


DARWIN VICENTE FONSECA MARQUEZ
 SUPERVISOR