





| | | | | |
|---|--|--------|----------|--|
|  | 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. 134 DEL MES DE MAYO DE 2025

| 1. DATOS DEL INFORME | |
|---|---|
| FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME: | 30 DE NOVIEMBRE 2025 |
| INFORME NUMERO: | 07 |
| PERIODO EJECUTADO: | 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025 |
| VALOR A COBRAR: | DOS MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS (\$ 2.129.600) MCTE |
| 2. GENERALIDADES DEL CONTRATO | |
| TIPO DE CONTRATO (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa) | Contratos Prestación de Servicios como auxiliar de enfermería |
| NUMERO DE CONTRATO | 134 |
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEOR. |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON |
| IDENTIFICACION | C.C. No. 40.447.704 de Granada Meta |
| FECHA DE INICIO | 23 de MAYO 2025 |
| FECHA DE TERMINACION | 31 DE OCTUBRE de 2025 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | ONCE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS (\$11.286.883) MCTE.) |
| FORMA DE PAGO | un primer pago por valor de Seiscientos Treinta y ocho Mil Ochocientos Ochenta y Tres Pesos (\$ 638.883) mcte y Cinco periodos completos por valor de DOS MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS (\$ 2.129.600) MCTE |
| RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO | MARGOTH PARRA VEGA |

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 | | | |

| | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| ADICIONES O PRORROGAS (Si aplica) | \$ 4.259.200 |
| PRORROGAS | 2 MESES HASTA EL 31 DICIEMBRE 2025 |



3. INFORMA DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO

| OBLIGACIONES DEL CONTRATO | EJECUTADO DURANTE EL PERIODO | | DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA |
|---|------------------------------|----|--|
| | SI | NO | |
| 1. Vacunar en el área rural y urbana a todos los, mujeres en edad fértil, embarazadas y niños del municipio | X | | Se realiza vacunación casa a casa en las veredas VILLAMARGARITA, B. CENTRO, PRIMAVERA, VEREDA PUERTO LIMON, PUERTO NUEVO, PUERTO ALJURE, PUERTO SANTANDER, POLICARPA, VILLA RESTREPO, URICACHA, MOGOTES, |
| 2. Realizar búsqueda activa de los menores susceptibles a vacunación | X | | Se cumple realizando casa a casa en los barrios y veredas asignados por la coordinadora PAI |
| 3. Registrar con letra clara y legible el carnet de vacunación | X | | Se realiza el diligenciamiento de los carnét de vacuna de cada usuario vacunado |
| 4. Hacer el registro del RIPS para la respectiva facturación | X | | Se diligencian los RIPS diariamente de los usuarios que se vacunan |
| 5. Participar en las jornadas nacionales, departamentales y municipales de vacunación. | X | | SE PARTICIPO EN JORNADA NACIONAL DE VACUNACION Y VACUNATON NOCTURNA |
| 6. Participar en las brigadas de salud, captando la población susceptible para el programa PAI. | X | | SI SE CUMPLE |
| 7. Realizar toma y registro de temperatura de las neveras que guardan el biológico. | X | | CUMPLE SEGÚN CRONOGRAMA ASIGNADO |

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 | | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | | |
| 8. Realizar cronograma de actividades mensuales, teniendo en cuenta la cohorte de la población susceptible de vacunación. | X | | Se realiza reunión con la coordinadora PAI, para socializar el cronograma de las actividades de vacunación en los barrios, veredas, del municipio |
| 9. Cargar en la PAIWEB, la información de la población que se vacune a diario. | X | | Se realizo EL cargue de 400 usuarios al sistema de información PAIWEB de la población vacunada |
| 10. Participar en los comités, capacitaciones y reuniones programadas por el Hospital. | X | | Se participó en los comités y reuniones realizados por el hospital |
| 11. 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. | X | | Se realizó divulgación del portafolio de servicios |
| 12. Participar en los procesos de implementación, gestión y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de la calidad, en cuanto se convoque. | X | | Se cumple con el requerimiento |

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

4. APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Se anexa certificación de pago de planilla de seguridad social No.9493337375, verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha 07 de **NOVIEMBRE** del 2025.

5. RESUMEN FINANCIERO

| CDP No. ADICION 00779 - 000355 | | RP No ADICION 001031. 000347 | |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO | | \$ 11.286.883 | |
| VALOR DE LA ADICIÓN | | \$ 4.259.2000 | |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO | | \$ 15.546.083 | |
| No. INFORME | PERIODO | DOCUMENTO EQUIVALENTE | VALOR MENSUAL |
| 1 | 23 AL 31 DE MAYO 2025 | 01 | \$ 638.883 |
| 2 | 1 AL 30 DE JUNIO DE 2025 | 01 | \$ 2.129.600 |
| 3 | 1 AL 31 DE JULIO DE 2025 | 01 | 2.129.600 |
| 4 | 1 AL 31 DE AGOSTO DE 2025 | 01 | 2.129.600 |
| 5 | 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE 2025 | 01 | 2.129.600 |
| 6 | 1 AL 31 DE OCTUBRE 2025 | 01 | 2.129.600 |
| 7 | 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025 | 01 | 2.129.600 |
| VALOR TOTAL EJECUTADO | | | \$ 2.129.600 |
| VALOR NO EJECUTADO | | | 0 |
| VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR | | | \$ 2.129.600 |

6. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del mes **NOVIEMBRE** de 2025, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. **134** de 2025, según informe presentado por el contratista. La presente se expide a los **TREINTA (30)** días de mes de **NOVIEMBRE** de 2025. En constancia de lo anterior, firma el presente informe el supervisor del contrato.



MARGOTH PARRA VEGA
SUPERVISOR

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

gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co