


	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:	31 DE DICIEMBRE 2025
INFORME NUMERO:	08
PERIODO EJECUTADO:	01 AL 31 DE DCIEMBRE 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 los barrios; La Morena, Bogotá, San Jorge, Buenos Aires, Esperanza, Veredas: Puerto Santander, Puerto Limón, El Kiosco
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 carnet 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 la jornada VACUNATON NOCTURNA en establecimientos comerciales y barrio el centro
6. Participar en las brigadas de salud, captando la población susceptible para el programa PAI.	X		Se participa en la jornada nacional de vacunación en las veredas: Puerto Santander, Puerto Limón y Puerto Esperanza
7. Realizar toma y registro de temperatura de las neveras que guardan el biológico.	X		Se realiza toma de temperatura 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 500 usuarios al sistema de información PAIWEB de la población vacunada por todo el equipo de vacunación
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. **9495761969**, verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha 15 de **DICIEMBRE** 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		\$ 4.259.200	
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
8	1AL 31 DICIEMBRE DE 2025	01	2.129.600
VALOR TOTAL EJECUTADO			\$ 2.129.600
VALOR NO EJECUTADO			0
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR			0

6. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del mes **DICIEMBRE** 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 Y UNO (31)** días de mes de **DICIEMBRE** 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