

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

INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 199 del 2025

| 1. DATOS DEL INFORME                                                                |                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:                                                  | 08 DE OCTUBRE DEL 2025                                                                                             |
| INFORME NUMERO:                                                                     | 2                                                                                                                  |
| PERIODO EJECUTADO:                                                                  | SEPTIEMBRE                                                                                                         |
| VALOR A COBRAR:                                                                     | \$ 2.100.000                                                                                                       |
| 2. GENERALIDADES DEL CONTRATO                                                       |                                                                                                                    |
| TIPO DE CONTRATO<br>(Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa) | Contratos Prestación de Servicios Profesionales                                                                    |
| NUMERO DE CONTRATO                                                                  | 0199                                                                                                               |
| OBJETO                                                                              | PRESTACION DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA (RAYOS X Y ECOGRAFÍAS EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E. FUENTEDEORO |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                              | DX GROUP DEL ORIENTE IPS SAS.                                                                                      |
| IDENTIFICACION                                                                      | NIT: 901264092-9                                                                                                   |
| FECHA DE INICIO                                                                     | 13 de AGOSTO del 2025                                                                                              |
| FECHA DE TERMINACION                                                                | 31 de DICIEMBRE del 2025                                                                                           |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                            | 15.000.000                                                                                                         |
| FORMA DE PAGO                                                                       | MENSUAL                                                                                                            |
| RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO                                          | FRANKLIN SHIRLEY GUZMAN NIETO                                                                                      |
| ADICIONES O PRORROGAS<br>(Si aplica)                                                | N/A                                                                                                                |

3. INFORMA DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO. DE SEPTIEMBRE

| OBLIGACIONES DEL CONTRATO                                      | EJECUTADO DURANTE EL PERIODO |    | DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA                         |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                | SI                           | NO |                                                                                      |
| 1. Toma de ecografias obstétricas a las pacientes del Hospital | SI                           |    | Se realizaron estudios de ecografías obstétricas a las pacientes previamente citadas |

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas  
Cel: 3175151318  
admon.hospitalfuentedeoro@gmail.com

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Lectura de las ecografías tomadas a las pacientes.                                                                                                                                                                                                                 | SI | Estudios de ecografías fueron realizados en horarios ya establecidos previamente.                      |
| 3. Entrega de resultados de las ecografías obstétricas.                                                                                                                                                                                                               | SI | Estudios de ecografías obstétricas fueron transcritos de forma inmediata y entregados a las pacientes. |
| 4. Lectura de imágenes de Rayos X, tomadas en la institución.                                                                                                                                                                                                         | SI | Transcripciones de los Rayos X, enviadas en tiempos oportunos.                                         |
| 5. Supervisar al tecnólogo en radiología e imágenes diagnosticas del Hospital en la operación de equipos de imágenes diagnosticas.                                                                                                                                    | SI | Direccionamiento constante del Medico Radiólogo                                                        |
| 6. Cumplir las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad vigentes y las disposiciones del sistema Integrado de la calidad adoptado por el contratante; participar en la implementación, gestión y desarrollo de este cuando se convoque. | SI | Se cumplió a cabalidad.                                                                                |
| 7. Actualizar la información de contacto en caso de variación o cambio; las notificaciones o comunicaciones se remitirán a la registrada en el presente contrato.                                                                                                     | SI | No hubo notificaciones.                                                                                |

#### Relación de Usuarios ecografías

|                                        |                  |
|----------------------------------------|------------------|
| 1. Gina Marcela Garzon Sunce           | cc.1.003.813.853 |
| 2. Yesica Reyes Parra                  | cc.1.123.530.193 |
| 3. Diana Milena Mahecha Pineda         | cc.1.123.532.910 |
| 4. Angie Lorena Buitrago Payan         | cc.1.120.500.243 |
| 5. Sharol Estefany Ortegón             | cc.1.057.014.532 |
| 6. Luz Mileidy Bustos Ayala            | cc.1.123.533.277 |
| 7. Laura Nayibe Valencia Parra         | cc.1.007.741.722 |
| 8. Pabla López                         | cc.30.030.621    |
| 9. Carmen Cecilia Fernández Bermúdez   | cc.41.243.382    |
| 10. Zara Paola Charlaca Jiménez        | cc.1.003.557.237 |
| 11. Kelly Vanessa Martínez Quimbayo    | cc.1.123.530.008 |
| 12. Erika Tatiana Muriilo Barreto      | cc.1.006.864.098 |
| 13. Pabla López                        | cc.30.030.621    |
| 14. Luisa Fernanda Valenzuela Calderón | cc.1.012.330.563 |
| 15. Danna Valentina Rueda Correa       | cc.1.006.689.519 |
| 16. Maria Valentina Vaca Ramirez       | cc.1.123.533.504 |
| 17. Dimara Isabel López Pineda         | cc.1.000.952.512 |
| 18. Angela Xiomara Valderrama Amado    | cc.1.115.918.999 |
| 19. María Elvía Gutiérrez Acosta       | cc.1.123.533.708 |
| 20. Angy Melisa Polanco Espinel        | cc.1.006.689.923 |

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas  
Cel: 3175151318  
admon.hospitalfuentedeoro@gmail.com

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

|                                       |                  |
|---------------------------------------|------------------|
| 21. Milena Padilla Samper             | cc.1.123.530.906 |
| 22. Yurany jazmín Castaño             | cc.1.006.863.415 |
| 23. Claudia Yenni Bustos Rincon       | cc.40.405.552    |
| 24. Zara Paola Charlaca Jiménez       | cc.1.003.557.237 |
| 25. Esmeralda Lucia Campo Romero      | cc.1.051.736.263 |
| 26. Gloria Emilse Salcedo Herrera     | cc.1.063.357.936 |
| 27. Kelly Johana Urrea Ramírez        | cc.1.069.898.183 |
| 28. Maria Angelica Rodríguez González | cc.1.120.352.629 |
| 29. Angie Tatiana Mosquera Ayala      | cc.1.006.863.909 |
| 30. Yennifer Martin Delgado           | cc.1.123.530.849 |

Se anexa pago de la planilla de la seguridad social Numero de Autorización N. 88492771

#### 4. RESUMEN FINANCIERO

| CDP N:                         | 000595     | RP N:             | 000796        |
|--------------------------------|------------|-------------------|---------------|
| VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO |            | 15,000,000        |               |
| VALOR DE LA ADICIÓN 1          |            | 0                 |               |
| VALOR DE LA ADICIÓN 2          |            | 0                 |               |
| TOTAL, DEL CONTRATO            |            | 15,000,000        |               |
| No. INFORME                    | PERIODO    | NUMERO DE FACTURA | VALOR MENSUAL |
| 1                              | AGOSTO     | XD - 1911         | 1,330,000     |
| 2                              | SEPTIEMBRE | XD2066            | 2,100,000     |
| VALOR TOTAL, EJECUTADO         |            |                   | 3,430,000     |
| VALOR NO EJECUTADO             |            |                   | 11,570,000    |
| VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR   |            |                   | 11,570,000    |

#### 5. Cumplimiento de Actividades

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del **1 al 30 del mes SEPTIEMBRE de 2025**, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. **075 de 2025**, según informe presentado por el contratista.

La presente se expide a los Ocho (08) días de octubre 2025. En constancia de lo anterior, firma el presente informe el supervisor del contrato.

  
**SHIRLEY GUZMAN NIETO**  
 Supervisora

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas  
 Cel: 3175151318  
 admon.hospitalfuentedeoro@gmail.com