


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

INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO No. **148** DEL MES DE JULIO 2025
1. DATOS DEL INFORME

FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:	31-08-2025
INFORME NUMERO:	03
PERIODO EJECUTADO:	01 AL 31 DE AGOSTO DE 2025
VALOR POR COBRAR:	\$3.509.000

2. GENERALIDADES DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa)	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
NUMERO DE CONTRATO	148
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGA CLINICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YENY CAROLINA GARCIA GONZALES
IDENTIFICACION	1.122.116.620
FECHA DE INICIO	01 DE JUNIO DE 2025
FECHA DE TERMINACION	31 DE OCTUBRE DE 2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS (\$ 17.545.000) MCTE
FORMA DE PAGO	(5) PERIODOS POR VALOR DE TRES MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL (\$ 3.509.000) MCTE, CADA UNO
RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO	CAMILA ANGULO CARVAJAL
ADICIONES O PRORROGAS (Si aplica)	NO APLICA

	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 psicológica en el área de consulta externa, urgencias y hospitalización, determinando la necesidad de los usuarios y acompañándolos en el proceso de las evoluciones en salud mental.	SI SE CUMPLE
2. Diligenciar en el módulo correspondiente el programa Prosoft, en forma correcta y completa, la información de la historia clínica, así como garantizar la reserva de la misma.	SI SE CUMPLE.
3. Realizar control y seguimiento a los pacientes	Se beneficiaron 110 usuarios en total.
4. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio y promover las alternativas de solución.	SI SE CUMPLE
5. Tramitar la remisión de pacientes a servicio de mayor complejidad de ser necesario.	SI SE CUMPLE
6 Realizar en su área específica las funciones correspondientes a psicología clínica.	SI SE CUMPLE
7 Diligenciar y reportar enfermedades en salud publica	SI SE CUMPLE
8 Aplicar los protocolos y guías adaptadas por el hospital.	SI SE CUMPLE
9. Hacer demanda inducida a los demás programas de promoción y prevención del hospital según resolución 3280 de 218.	SI 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			

10. Apoyo a talento humano	SI SE CUMPLE
11. Participar en los comités de salud mental dentro y fuera de la Institución.	SI SE CUMPLE
12. Apoyar el proceso de activación de rutas en salud mental	SI SE CUMPLE
13. 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	SI SE CUMPLE

4. APORTES A SEGURIDAD SOCIAL



Se anexa certificación de pago de planilla de seguridad social No.9490582239, verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha **del 25 de agosto** del 2025.

5. RESUMEN FINANCIERO

CDP No. 000378		RP No. 000474	
VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO		(\$ 17.545.000)	
VALOR DE LA ADICIÓN			
VALOR FINAL DEL CONTRATO		(\$ 17.545.000)	
No. INFORME	PERIODO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	VALOR MENSUAL
1	01 AL 30 DE JUNIO DE 2025	INFORME #1	\$3.509.000
2	01 AL 31 DE JULIO DE 2025	INFORME #2	\$3.509.000
3	01 AL 31 DE AGOSTO DE 2025	INFORME #3	\$3.509.000
VALOR TOTAL EJECUTADO			\$10.527.000
VALOR NO EJECUTADO			
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR			\$ 7.018.000

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 agosto de 2025, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. **148** de 2025, según informe presentado por el contratista.

La presente se expide a los 31 días de mes de agosto de 2025. En constancia de lo anterior, firma el presente informe el supervisor del contrato.

Camila Alejandra Angulo Carvajal
Supervisor

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co