

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

INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO No. **148** DEL MES DE JUNIO 2025

## 1. DATOS DEL INFORME

|                                           |                               |
|-------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:</b> | 31-12-2025                    |
| <b>INFORME NUMERO:</b>                    | 07                            |
| <b>PERIODO EJECUTADO:</b>                 | 01 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| <b>VALOR POR COBRAR:</b>                  | \$3.509.000                   |

## 2. GENERALIDADES DEL CONTRATO

|                                                                                            |                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIPO DE CONTRATO</b><br>(Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa) | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES                                            |
| <b>NUMERO DE CONTRATO</b>                                                                  | <b>148</b>                                                                                   |
| <b>OBJETO</b>                                                                              | PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGA CLINICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>                                                              | YENY CAROLINA GARCIA GONZALES                                                                |
| <b>IDENTIFICACION</b>                                                                      | 1.122.116.620                                                                                |
| <b>FECHA DE INICIO</b>                                                                     | 01 DE JUNIO DE 2025                                                                          |
| <b>FECHA DE TERMINACION</b>                                                                | 31 DE OCTUBRE DE 2025                                                                        |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>                                                            | DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS (\$ 17.545.000) MCTE               |
| <b>FORMA DE PAGO</b>                                                                       | (5) PERIODOS POR VALOR DE TRES MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL (\$ 3.509.000) MCTE, CADA UNO   |
| <b>RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO</b>                                          | CAMILA ANGULO CARVAJAL                                                                       |
| <b>ADICIONES O PRORROGAS</b><br>(Si aplica)                                                | SIETE MILLONES DIECIOCHO MIL PESOS (\$7.018.000)                                             |
| <b>PRORROGA</b>                                                                            | DOS (2) MESES                                                                                |

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas

Cel: 3175151318

[gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co)

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

### 3. INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO

| OBLIGACIONES DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL<br>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 125 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                                                         |

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

|                                                                                                                                                                                                                      |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 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. **9496529144**, verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha **del 17 de diciembre** del 2025.

#### 5. RESUMEN FINANCIERO

| <b>CDP No. 000378</b>                 |                            | <b>RP No. 000474</b>                             |                      |
|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| <b>CDP No. 001043</b>                 |                            | <b>RP No. 000791</b>                             |                      |
| <b>VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO</b> |                            | (\$ 17.545.000)                                  |                      |
| <b>VALOR DE LA ADICIÓN</b>            |                            | SIETE MILLONES DIECIOCHO MIL PESOS (\$7.018.000) |                      |
| <b>VALOR FINAL DEL CONTRATO</b>       |                            | (\$ 24.563.000)                                  |                      |
| <b>No. INFORME</b>                    | <b>PERIODO</b>             | <b>DOCUMENTO EQUIVALENTE</b>                     | <b>VALOR MENSUAL</b> |
| 1                                     | 01 AL 30 DE JUNIO DE 2025  | <b>INFORME #1</b>                                | \$3.509.000          |
| 2                                     | 01 AL 31 DE JULIO DE 2025  | <b>INFORME #2</b>                                | \$3.509.000          |
| 3                                     | 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2025 | <b>INFORME #3</b>                                | \$3.509.000          |

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

[gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co)

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

|                                     |                                      |                   |                     |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|---------------------|
| 4                                   | 01 AL 30 DE<br>SEPTIEMBRE DE<br>2025 | <b>INFORME #4</b> | \$3.509.000         |
| 5                                   | 01 AL 31 DE<br>OCTUBRE DE 2025       | <b>INFORME #5</b> | \$3.509.000         |
| 6                                   | 01 AL 30 DE<br>NOVIEMBRE DE<br>2025  | <b>INFORME #6</b> | \$3.509.000         |
| 7                                   | 01 AL 31 DE<br>DICIEMBRE DE<br>2025  | <b>INFORME #7</b> | \$3.509.000         |
| <b>VALOR TOTAL EJECUTADO</b>        |                                      |                   | <b>\$24.563.000</b> |
| <b>VALOR NO EJECUTADO</b>           |                                      |                   |                     |
| <b>VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR</b> |                                      |                   | <b>\$ 0</b>         |

## 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. **148** de 2025, según informe presentado por el contratista.

La presente se expide a los 31 días de mes de diciembre 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](mailto:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co)