

**Doctora.**  
**NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ,**  
Gerente.  
E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLET A

A continuación, se describen las actividades que se han desarrollado para dar cumplimiento a las obligaciones que se han estipulado en el Contrato de PRESTACION DE SERVICIOS N° 319 DE 2026

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NUMERO DE CONTRATO</b>                              | <b>319</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>OBJETO DE CONTRATO</b>                              | <b>PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LA RESOLUCIÓN NÚMERO 00001010 DE 2025 EN LA E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLET A Y SU ÁREA DE INFLUENCIA EN EL MUNICIPIO DE QUEBRADANEGRA MICROTERRITORIO RURAL Y URBANO</b> |
| <b>FECHA DE ACTA INICIO</b>                            | <b>26/01/2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>FECHA TERMINACIÓN CONTRATO</b>                      | <b>22/06/2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>CONTRATISTA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>            | <b>ANA MARIA ALZATE ALVAREZ<br/>C.C. No. 1.019.128.961</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                      | <b>\$19.750.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>NUMERO DE CDP</b>                                   | <b>357</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>NUMERO DE RP</b>                                    | <b>465</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>VALOR ADICION DEL CONTRATO</b>                      | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>NUMERO DE CDP DE LA ADICION</b>                     | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>NUMERO DE RP DE LA ADICION</b>                      | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>                        | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>FECHA PRORROGA DEL CONTRATO</b>                     | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>FECHA TERMINACION PRORROGA</b>                      | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>FECHA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO</b>                   | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>FECHA DE REINICIO DEL CONTRATO</b>                  | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO</b>       | <b>22/06/2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME</b>            | <b>23/04/2026 AL 22/05/2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>FECHA DE PRESENTACIÓN INFORME</b>                   | <b>MAYO DE 2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>NUMERO DE INFORME</b>                               | <b>4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL</b>                 | <b>\$6.000.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA</b>               | <b>\$3.000.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA Y TIPO DE CUENTA</b> | <b>BANCO DAVIVIENDA<br/># 0570-4661-7003-4899<br/>CUENTA DE AHORROS</b>                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR</b>                           | <b>FREDY ALEXANDER BUITRAGO RAMIREZ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|              |                                               |
|--------------|-----------------------------------------------|
| <b>CARGO</b> | <b>SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO</b> |
|--------------|-----------------------------------------------|

### GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

| <b>N°</b> | <b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                  | <b>ACTIVIDAD REALIZADA</b>                                                  | <b>DETALLE DE ACTIVIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>% CUMPLIMIENTO</b> |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1         | Entrega de cronograma de actividades a realizar                                                                                                                                | Se establece cronograma en formato asignado para ello.                      | - Se realiza cronograma de acuerdo con las necesidades establecidas dentro de cada micro territorio estableció.                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%                  |
| 2         | Realizar visitas domiciliarias familiares para dar respuesta a canalizaciones y seguimientos establecidos al nivel de riesgo y avances de todos los integrantes de la familia. | Se dio respuesta a canalizaciones realizadas.                               | - Se dio respuesta a las canalizaciones establecidas en cada uno de los microteritorio.<br>- Se genero valoración<br>- Se realizaron las debidas recomendaciones de acuerdo con cada caso.<br>- Se generan seguimientos de acuerdo a cada situación encontrada.<br>- Se realizaron las debidas canalizaciones.                                                                               | 100%                  |
| 3         | Consulta de psicología para atención en salud mental                                                                                                                           | Se realizaron consultas de acuerdo con la necesidad de cada microteritorio. | Se realiza consulta en cada uno de los casos canalizados.<br>Se realiza diligenciamiento de formato historia clínica manual, con posterior cargue a citisalud.<br>Se realiza respectivo examen mental.<br>Se da diagnostico teniendo en cuenta la sintomatología de cada paciente.<br>Se realiza recomendaciones tanto personales como a familiar en caso de menores de edad o adulto mayor. | 100%                  |
| 4         | Aplicación de tamizajes de salud mental e instrumentos para SPA (incluye alcohol)                                                                                              | Se realizo una aplicación de instrumento SPA.                               | Se realiza aplicacion de un tamizaje para SPA( ALCOHOL) encoñtrando que el joven no presenta riesgo para consumo en laguna de las sustacias establecidas en el test.                                                                                                                                                                                                                         | 100%                  |
| 5         | Aplicación de escala para sobrecarga de cuidado.                                                                                                                               | Se aplica dos escalas de cuidado.                                           | Se aplica 2 escalas para sobrecarga a cuidador.<br>-En un cuidador no se identificaron alteraciones o factores de riesgo que ameriten intervencion por alguna especilidad.<br>En segundo cuidador se identificaron factores de riesgo frente a lo cual se realizaron las debidas recomendaciones y herramientas de autoproteccion.                                                           | 100%                  |
| 6         | Atención psicosocial a familias víctimas de conflicto armado.                                                                                                                  | Se realiza una atención a persona VCA                                       | -Se realiza valoración inicial y seguimiento a población victima del conflicto armado procedente de departamento del Caquetá.                                                                                                                                                                                                                                                                | 100%                  |

| 7  | Centros de escucha y zonas de orientación escolar                                                                                                         | . Se realiza un centro de escucha.                                                                           | - Se solicita mediante oficio espacio para realizar centro de escucha en jardín infantil mis pequeños exploradores.                                                                                                                              | 100%           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| N° | OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES                                                                                                                    | ACTIVIDAD REALIZADA                                                                                          | DETALLE DE ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                             | % CUMPLIMIENTO |
| 8  | Rehabilitación basada en comunidad de salud mental                                                                                                        | Se realiza valoración a paciente con presunto trastorno mental ingresa a rehabilitación basada en comunidad. | Se realiza valoración a paciente con presunto trastorno mental ingresa a rehabilitación basada en comunidad. Se realiza indicaciones, no se realiza remisión toda vez que la paciente se encuentra en controles con especialidad de psiquiatría. | 100%           |
| 9  | . Activar ruta de salud mental según necesidad de los usuarios                                                                                            | Se realiza canalización a medicina general para efectos de recibir las respectivas órdenes para especialidad | - Se realiza canalización a medicina general para efectos de generar orden para psicología clínica.                                                                                                                                              | 100%           |
| 10 | Llevar a cabo diligenciamiento de historia clínica institucional posterior a las visitas realizadas plasmando procedimientos y educación dada a usuarios. | cargue de historias clínica.                                                                                 | - Se realiza activación de usuario citisalud y cargue de historias clínica.                                                                                                                                                                      | 100%           |
| 11 | Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta defina el ministerio de salud y protección social para tal fin.     | Se realiza debido diligenciamiento de historia clínica                                                       | - Se realiza activación de usuario citisalud y cargue de historias clínica.                                                                                                                                                                      | 100%           |
| 12 | Las demás asignadas de acuerdo al objeto contractual.                                                                                                     | Se dio cumplimiento a las demás obligaciones asignadas                                                       | - Se dio cumplimiento a las demás obligaciones asignadas                                                                                                                                                                                         | 100%           |
| 13 | Entrega de informes mensuales con sus respectivos soportes.                                                                                               | Se realiza respectivo informe y entrega del mismo en las fechas establecidas.                                | -Unificación de información de los tres microteritorio, descripción de atenciones realizadas.                                                                                                                                                    | 100%           |

### GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES GENERALES

| N° | OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                 | ACTIVIDAD REALIZADA                                                                               | DETALLE DE ACTIVIDAD                                                                                                 | % CUMPLIMIENTO |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1  | Apoyar en la elaboración oportuna para dar respuestas a las quejas dadas por los usuarios. | Se dio respuesta oportuna a las solicitudes realizadas por los micro territorios                  | Como EBS se dio respuesta a cada uno de las inquietudes manifestadas por los integrantes de cada microteritorio.     | 100%           |
| 2  | Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales                         | Se actuó con lealtad y buena fe en cada una de las obligaciones tanto específicas como generales. | Se obro de manera responsable dando cumplimiento a cada una de las actividades establecidas en el presente contrato. | 100%           |

|           |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                       |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 3         | Diligenciar registros de las actividades realizadas dando cumplimiento a la Normatividad Vigente                                                                       | Se realiza diligenciamiento de cada una de las historias clínicas en la plataforma correspondiente                                 | Se establece contraseña y usuario y se realiza el debido cargue de historias clínicas.                                             | 100%                  |
| <b>N°</b> | <b>OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                      | <b>ACTIVIDAD REALIZADA</b>                                                                                                         | <b>DETALLE DE ACTIVIDAD</b>                                                                                                        | <b>% CUMPLIMIENTO</b> |
| 4         | Los gastos de transporte serán asumidos por el contratista                                                                                                             | Los gastos fueron asumidos.                                                                                                        | Gastos asumidos.                                                                                                                   | 100%                  |
| 5         | Asumir de manera total y exclusiva, la responsabilidad derivada de la calidad e idoneidad de las actividades objeto del contrato, así como de los actos u omisiones    | Se ha asumido y realizado con calidad las actividades.                                                                             | Se ha asumido y realizado con calidad las actividades.                                                                             | 100%                  |
| 6         | Registrar y llenar toda la documentación en la prestación de los servicios según el caso                                                                               | Se diligencio todos los formatos establecidos para el desarrollo adecuado de las actividades establecidas en el presente contrato. | Se diligencio todos los formatos establecidos para el desarrollo adecuado de las actividades establecidas en el presente contrato. | 100%                  |
| 7         | Respetar los derechos de los pacientes y cumplir con el código de ética médica.                                                                                        | Se ha garantizado el respeto de los derechos de cada uno de los pacientes.                                                         | Se ha garantizado el respeto de los derechos de cada uno de los pacientes.                                                         | 100%                  |
| 8         | Ejecutar la actividad guardando y dando cumplimiento a todas las normas que regulan la profesión                                                                       | Se dio cumplimiento teniendo en cuenta las normas de regulación de psicología.                                                     | Se dio cumplimiento teniendo en cuenta las normas de regulación de psicología.                                                     | 100%                  |
| 9         | Excluir a la empresa de cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser ocasionados en el cumplimiento de la presente ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS en salud | Se dio cumplimiento.                                                                                                               | Se dio cumplimiento.                                                                                                               | 100%                  |
| 10        | Mantener buenas relaciones interpersonales con los familiares y el grupo de trabajo                                                                                    | Se dio ambiente laboral enmarcado por trabajo en equipo y respeto                                                                  | Se dio ambiente laboral enmarcado por trabajo en equipo y respeto                                                                  | 100%                  |
| 11        | Adherirse a las guías y protocolos y normas institucionales.                                                                                                           | Se dio cumplimiento a las guías y protocolos y normas institucionales                                                              | Se cumple con lo establecido en las guías y protocolos y normas institucionales                                                    | 100%                  |
| 12        | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada                                                                            | Se dio una atención diligente y humanizada.                                                                                        | Se dio una atención diligente y humanizada.                                                                                        | 100%                  |
| 13        | Conocer la Plataforma Estratégica de la institución y del área de Enfermería, al igual que todos los procesos asistenciales aprobados                                  | No aplica por el perfil                                                                                                            | No aplica por el perfil                                                                                                            | 100%                  |
| 14        | Cumplir de forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio prestado.             | Se dio cumplimiento a los trabajos o actividades establecidas para desarrollo de obligaciones del presente contrato                | Se dio cumplimiento a los trabajos o actividades establecidas para desarrollo de obligaciones del presente contrato                | 100%                  |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                  |                                                                                                                             |                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 15        | Devolver en buen estado de conservación al finalizar el plazo de ejecución de la orden los bienes y/o elementos que le hayan sido entregados por el hospital como apoyo logístico.                                                                        | Se ha conservado en buen estado la dotación brindada por la empresa.                                             | Se ha conservado en buen estado la dotación brindada por la empresa.                                                        | 100%                  |
| <b>N°</b> | <b>OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>ACTIVIDAD REALIZADA</b>                                                                                       | <b>DETALLE DE ACTIVIDAD</b>                                                                                                 | <b>% CUMPLIMIENTO</b> |
| 16        | Entregar oportunamente los informes y documentos solicitados por la E.S.E.                                                                                                                                                                                | Cumplir con los documentos solicitados                                                                           | Se realiza entrega de documentos e informe en las fechas establecidas.                                                      | 100%                  |
| 17        | Acudir a actividades extramurales programadas por la ESE en caso de ser necesario.                                                                                                                                                                        | Se participo en las actividades establecidas por ESE Salazar.                                                    | Se participo en las actividades establecidas por ESE Salazar.                                                               | 100%                  |
| 18        | Responder por los daños que por acción u omisión debidamente comprobada se cause a la ESE en su infraestructura, bienes y funcionamiento.                                                                                                                 | No se han presentado daños u omisión que cause daño a las instalaciones de la ESE Salazar.                       | No se han presentado daños u omisión que cause daño a las instalaciones de la ESE Salazar.                                  | 100%                  |
| 19        | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la E.S.E. que tenga relación con la orden de servicios.                                                                                                                                          | Se ha asistido a las reuniones que ha sido establecidas dentro de la estrategia y las convocadas la ESE Salazar. | Se ha asistido a las reuniones que ha sido establecidas dentro de la estrategia y las convocadas la ESE Salazar.            | 100%                  |
| 20        | Establecer relaciones internas y externas cordiales con el grupo de funcionarios, contratistas y usuarios del hospital.                                                                                                                                   | Se establecieron relaciones cordiales con funcionarios y usuarios.                                               | Se establecieron relaciones cordiales con funcionarios y usuarios.                                                          | 100%                  |
| 21        | Permitir al supervisor del contrato realizar la revisión de calidad del servicio                                                                                                                                                                          | Se entrega actividades realizadas para revisión correspondiente.                                                 | Se entrega actividades realizadas para revisión correspondiente.                                                            | 100%                  |
| 22        | Elaboración y entrega del informe oportuno de las actividades realizadas en el plazo de ejecución de la orden, anexando los soportes de ejecución físicos y/o magnéticos, factura o el documento equivalente, el pago de la seguridad social, entre otros | Se realiza entrega de actividades en el plazo establecido.                                                       | Se realiza entrega de actividades en el plazo establecido, en físico, magnético, se entrega seguridad social.               | 100%                  |
| 23        | Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto de la orden de acuerdo con su formación académica y experiencia y entre ellas constituir la Garantía única de responsabilidad profesional en los términos y condiciones que se pacten.         | Se dio cumplimiento                                                                                              | Se dio cumplimiento                                                                                                         | 100%                  |
| 24        | Aplicar normas de bioseguridad y no ingerir alimentos en las áreas asistenciales, adhiriéndose al Manual de Bioseguridad de la E.S.E Hospital Salazar de Villeta.                                                                                         | Aplicar normas de bioseguridad                                                                                   | Se aplican normas de bioseguridad y no ingerir alimentos en las áreas asistenciales, adhiriéndose al Manual de Bioseguridad | 100%                  |

**RELACION PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL**

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| MES DE PAGO               | <b>ABRIL</b>     |
| N° DE PLANILLA            | 1081017072       |
| APORTES SALUD             | \$218.900        |
| APORTES PENSION           | \$280.900        |
| APORTES ARL               | \$42.700         |
| <b>VALOR TOTAL PAGADO</b> | <b>\$541.800</b> |