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

INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO No. **35** DEL MES DE ENERO 2026

**1. DATOS DEL INFORME**

<b>FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:</b>	31-05-2026
<b>INFORME NUMERO:</b>	05
<b>PERIODO EJECUTADO:</b>	01 AL 31 DE MAYO DE 2026
<b>VALOR POR COBRAR:</b>	\$3.824.810



**2. GENERALIDADES DEL CONTRATO**

<b>TIPO DE CONTRATO (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa)</b>	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
<b>NUMERO DE CONTRATO</b>	<b>35</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 ENERO DE 2026
<b>FECHA DE TERMINACION</b>	30 DE ABRIL DE 2026
<b>PRORROGA</b>	DOS (2) MESES
<b>ADICION</b>	SIETE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS \$7.649.620
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	QUINCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS (\$ 15.299.240) MCTE
<b>FORMA DE PAGO</b>	cuatro (4) periodos por valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS (\$ 3.824.810) MCTE
<b>RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO</b>	CAMILA ANGULO CARVAJAL

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas

Cel: 3175151318



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

	<b>HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE 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 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 122 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](mailto:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co)

	<b>HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE 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. **9504947469**, verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha del **25 de mayo de 2026**.

#### 5. RESUMEN FINANCIERO

<b>CDP No. 000378</b>		<b>RP No. 000474</b>	
<b>CDP No. 000311</b>		<b>RP No. 000386</b>	
<b>ADICION</b>		\$7.649.620	
<b>VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO</b>		\$ 15.299.240	
No. INFORME	PERIODO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	VALOR MENSUAL
1	01 AL 31 DE ENERO DE 2026	<b>INFORME #1</b>	\$ 3.824.810
2	01 AL 28 DE FEBRERO DE 2026	<b>INFORME #2</b>	\$ 3.824.810
3	01 AL 31 DE MARZO DE 2026	<b>INFORME #3</b>	\$ 3.824.810
4	01 AL 30 DE ABRIL DE 2026	<b>INFORME #4</b>	\$ 3.824.810

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

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

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

5	01 AL 31 DE MAYO DE 2026	<b>INFORME #5</b>	\$ 3.824.810
<b>VALOR TOTAL EJECUTADO</b>			<b>\$ 19.124.050</b>
<b>VALOR NO EJECUTADO</b>			
<b>VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR</b>			<b>\$ 3.824.810</b>

## 6. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del mes mayo de 2026, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. **35** de 2026, según informe presentado por el contratista.

La presente se expide el primer (1) día del mes de mayo de 2026. 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)