

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

INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 037 de 2026

1. DATOS DEL INFORME	
FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:	1 de junio del 2026
INFORME NUMERO:	5
PERIODO EJECUTADO:	Mayo
VALOR POR COBRAR:	\$ 3.467.388
2. GENERALIDADES DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa)	Contratos Prestación de Servicios Profesionales
NUMERO DE CONTRATO	037
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO LIDER DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NANCY POLOCHE LEYTON
IDENTIFICACION	40.405.615 Fuentedeoro Meta
FECHA DE INICIO	02 DE ENERO DEL 2026
FECHA DE TERMINACION	30 DE ABRIL DEL 2026
VALOR DEL CONTRATO	\$ 13.869.552
ADICIÓN N 1:	\$ 6.934.776
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	13.869.552
PRORROGA 1:	\$ 20.804.328
FORMA DE PAGO:	MENSUAL
RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO	FRANKLIN SHIRLEY GUZMAN NIETO
ADICIONES O PRORROGAS (Si aplica)	N/A

3. INFORMA DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO abril 2026.

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	EJECUTADO DURANTE EL PERIODO		DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA
	SI	NO	
Apoyar con el trámite de inscripción de novedades ante la Secretaría de Salud del Meta.	SI		Para este periodo se radica en secretaria de salud departamental la solicitud de habilitación de EBS especializados e inscripción de la nueva ambulancia.
Apoyar en la autoevaluación frente a los estándares de habilitación para determinar el grado de desarrollo en los diferentes servicios.	SI		Para este periodo se realiza revisión según resolución 3100 para la habilitación de EBS especializados
Asistencia en la documentación e implementación de los criterios de	SI		En esta obligación se brinda acompañamiento técnico y metodológico en la documentación, verificación e implementación de los criterios de habilitación establecidos

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas

Cel: 3175151318

admon.hospitalfuentedeoro@gmail.com

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

habilitación.		por la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), asegurando el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y administrativos exigidos para la prestación de los servicios de salud.
Apoyar en la evaluación de los niveles de autocontrol y aplicación de auditoría interna en los procesos asistenciales de la institución.	SI	Para este periodo se apoya auditoria del proceso de gestión de la información.
Realizar autoevaluación para acreditación de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	En esta obligación se trabaja en el sistema integrado de calidad identificando brechas, fortalezas y acciones de mejora en los procesos. Se realiza autoevaluación de los estándares asistenciales.
Liderar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).	SI	Para este periodo se trabaja en la ruta critica del PAMEC.
Realizar acompañamiento continuo en la ejecución de actividades propuestas de los estándares priorizados y su respectivo análisis de los resultados.	SI	Se realiza seguimiento permanente y acompañamiento técnico a los responsables de los procesos en la ejecución de las actividades definidas para el cumplimiento de los estándares priorizados en los diferentes procesos de la institución.
Apoyar en el seguimiento al cumplimiento del cargue de la información anual a la Supersalud	SI	Para este periodo no se realiza cargue de la información para la SUPER SALUD. Pero se realiza cargue a la Plataforma PISIS de la resolución 373 y Sistema de información de los Hospitales SIHO.
Apoyar en el diseño, implementación, medición y gestión integral de los indicadores de calidad, con el fin de realizar seguimiento y monitoreo a la calidad de la atención.	SI	Para este periodo se realiza la medición en la ficha técnica de indicadores en la cual se hace el seguimiento y monitoreo en el dominio de la efectividad, seguridad y experiencia en la prestación de los servicios de manera mensual de acuerdo a la resolución 256/2016.
Apoyar en la gestión de los resultados de los indicadores para toma de decisiones oportunas que den como resultado la mejora continua de la prestación del servicio en el Hospital.	SI	Se realiza consolidación, análisis e interpretación sistemática de los resultados de los indicadores institucionales, con el fin de generar información confiable y oportuna que facilite la toma de decisiones estratégicas, tácticas y operativas, orientadas a la mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
Liderar y coordinar el Comité de Calidad.	SI	Para este periodo se realizó el comité de calidad el día 13/05/2026..
Liderar la implementación del sistema de gestión de calidad.	SI	Se mantiene un sistema de gestión articulado, con procesos estandarizados, indicadores monitoreados periódicamente y acciones de mejora implementadas, que contribuyen a la seguridad del paciente, la satisfacción del usuario y la eficiencia institucional.

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

Apoyo en la implementación, divulgación y seguimiento al cumplimiento de políticas institucionales	SI	Se realiza apoyo a la política de seguridad del paciente y seguridad y salud en el trabajo y política ambiental.
Aplicación de herramientas y métodos de calidad para el mejoramiento continuo de la Institución.	SI	Se realiza la aplicación sistemática de herramientas técnicas fichas de indicadores que permiten identificar oportunidades de mejora, analizar causas, implementar acciones correctivas y realizar seguimiento permanente a los resultados, garantizando la seguridad del paciente y la eficiencia institucional.
Apoyo en la construcción documental de procedimientos.	SI	Para este periodo se realiza formatos como plan de contingencia para la falla del sistema PROSOFT en Historias clínicas, formato de medicación y formato de solicitud de medicamentos.
Apoyo en la implementación de la cultura de Humanización en la atención en salud a través del Programa de Humanización institucional.	SI	Para este periodo no se realiza actividad.
Actualizar y monitorear las actividades del programa de seguridad del paciente de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	Se realiza ronda de seguridad paciente con la auxiliar Sandra Escucha. Se diligencia lista de chequeo y se socializa en comité.
Realizar el mantenimiento y gestión de toda la documentación y registros del sistema de gestión de calidad.	SI	Para este periodo se cumple con esta obligación se solicita asesoría de la secretaria departamental de salud para la documentación necesaria para los EBS especializados.
Coordinar, recibir y organizar los planes de mejora de las diferentes auditorias programadas al Hospital por parte de las EAPB, entes territoriales y entes de control entre otros.	SI	Para esta vigencia se recibe auditoria por parte de la IPS Proteger y Secretaria Municipal de salud.
Apoyar en la realización y cargue de informes requeridos por los entes de control y los solicitados por el Hospital.	SI	Para esta vigencia se realiza el informe de oferta a la alcaldía municipal
Apoyar en el seguimiento al plan de acción de manera mensual, de acuerdo al	SI	En esta vigencia se participa en la capacitación Plan Maestro Aplicativo Registro de Iniciativas.

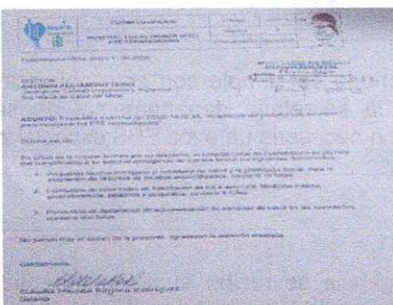
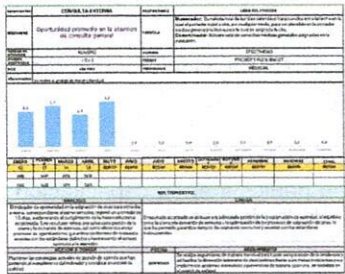
Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318

admon.hospitalfuentedeoro@gmail.com

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

avance y cumplimiento de actividades		
Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la entidad de manera virtual.	SI	Se realizó divulgación por medio de WhatsApp
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 realizó divulgación por medio de Facebook
Participar en los Comités Institucionales, capacitaciones y reuniones programadas por el Hospital.	SI	Se participó activamente en la jornada de comités institucionales y visita de Ministro de Salud.

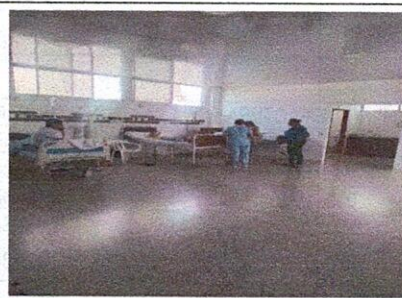
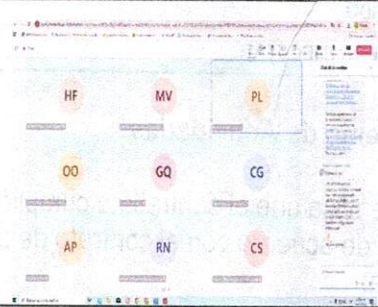
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

	
1. Tramite de habilitación EBS especializados ante secretaria departamental de salud	8. Cargue SIHO
	

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

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

9. Ficha técnica de indicador Medicina General	11. Comité de calidad
	
13. Apoyo política Ambiental	15. Documentos Urgencias

	
17. Ronda seguridad del paciente	19. Auditoria Proteger
	

20. Informe de oferta	21. capacitación plan maestro
	

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

22. Divulgación portafolio de servicios por medio de whatsapp	23. Divulgación portafolio de servicios por medio de Facebook
--	--

4. APOORTE A SEGURIDAD SOCIAL

Se anexa formato de verificación pago de seguridad social No **9505434927**, Verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha del **26 de mayo del 2026**.

5. RESUMEN FINANCIERO

RP N: _____	000040	CDP N: _____	000037
VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO		13,869,552	
VALOR DE LA ADICIÓN 1		6,934,776	
RP N: 000387	CDP N: 000312		
VALOR DE LA ADICIÓN 2		0	
TOTAL, DEL CONTRATO		20,804,328	
No. INFORME	PERIODO	NUMERO DE FACTURA	VALOR MENSUAL
1	ENERO	037 - 01	3,467,388
2	FEBRERO	037 - 02	3,467,388
3	MARZO	037 - 03	3,467,388
4	ABRIL	037-04	3,467,388
5	MAYO	037-05	3,467,388
VALOR TOTAL, EJECUTADO			17,336,940
VALOR NO EJECUTADO			3,467,388
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR			3,467,388

6. Cumplimiento de Actividades

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del **1 al 31 de mes mayo del 2026**, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. **037 de 2026**, según informe presentado por el contratista.

La presente se expide a los **primero (01) de junio del 2026**, En constancia de lo anterior, firma el presente informe el supervisor del contrato.


SHIRLEY GUZMAN NIETO
 Supervisor

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