INFORME DE SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL

INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO
Fecha de Elaboración: noviembre 02 del 2026

Informe parcial [X] Informe Final: [ ]

Dependencia donde presta el servicio: APOYO A LA GESTION DE LA CALIDAD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
No. del contrato	**CD -281-2026**
Fecha del contrato	**30 septiembre DEL 2026**
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION DE LA CALIDAD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ.**
Nombre del contratista	**SULLY FIGUEROA MESTRE**
No. RUT/ Cédula	**1050950332**
Valor del contrato:	**$4,000,000**
No. Disponibilidad Presupuestal y fecha de expedición	**CDP: No. 1068 30 septiembre DEL 2026**
No. Registro Presupuestal y fecha de expedición	**R P: No. 1068 30 septiembre DEL 2026 DEL 2026**
Nombre y Cargo del Supervisor:	**JORGE LUIS PADILLA BELTRAN**
Fecha de Inicio	**30 SEPTIEMBRE DEL 2026**
Fecha de terminación	**29 NOVIEMBRE DEL 2026**
No. de Póliza	**NO APLICA**
Dependencia donde presta el Servicio	**APOYO A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD**

2. EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

INFORME DE SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL

1. Acompañar en el mejoramiento de la implementación y ejecución del sistema de sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.	Realicé acompañamiento en el mejoramiento y fortalecimiento del sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. En el sistema Único de habilitación: Se realizó el recorrido en las áreas y se realizó asesoría concerniente a los aspectos de infraestructura, dispositivos médicos y procesos prioritarios. En seguridad del paciente, realicé ronda de seguridad semanal e identifiqué oportunidades de mejoras en torno a la seguridad del paciente como falta de rótulos en la administración de líquidos y falta de identificación de pacientes que ingresaron al servicio. Se realizó seguimiento y monitoreo al laboratorio clínico y al área de vacunación. En el Sistema único de Información, realicé los informes mensuales por EPS Y los reportes trimestrales para el cumplimiento de la resolución 256 y el decreto 2193.
2. Apoyar en la evaluación permanente en el desempeño de los servicios habilitados.	Apoye en la evaluación y mantenimiento de los servicios que se encuentran habilitados, se recibió visita de la secretaria de salud y super intendencia de salud en referencia al cumplimiento de requisitos mínimos de prestación de servicios de salud
3. Apoyar en el control y custodia de los documentos del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud	ASEGURAR LA INFORMACION DE DOCUMENTOS DE SOGCS Apoyé para asegurar la información y los documentos que se consideraban no garantizaban la custodia y seguridad, por ejemplo, se realizó la recomendación de reubicar unos documentos, que se encontraban en mal estado y estaba generando un riesgo biológico. Estos documentos se encontraban en el consultorio que se encuentra al lado de la farmacia.
4. Asistir a las reuniones a las que se convoquen a lo largo del contrato.	Realice acompañamiento en las reuniones para socializar los horarios y turnos de conductores, igualmente se trabajó a la gestión documental relacionada con los procesos de calidad.

INFORME DE SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL

5. Elaborar un informe final tanto físico como digital de la gestión adelantada con relación a los productos y entregables asociados a su objeto contractual	Realicé los informes correspondientes a cada ronda de seguridad y ronda administrativa, estos informes fueron socializados con la gerente y demás personas del equipo estratégico.
6. Apoyar en la identificación y análisis de siguientes a los riesgos asociados a los procesos institucionales.	Realicé apoyo en la identificación y análisis para seguimiento a riesgo. Se realizó revisión de registros en torno a triage y se realizó acompañamiento para el mejoramiento de la seguridad del paciente para prevenir eventos adversos.

3.PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA		
CONCEPTO	**FECHA**	**VALOR**

***Nota: APROBADO SI_____X___NO_____**

JORGE LUIS PADILLA BELTRAN
SUPERVISOR DE CONTRATO

FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS
F-SCAP- ESE HAMR

Dependencia:		Número de pago/ total de pagos:	1/2	Fecha:	11/11/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor total:	$ 8.000.000,00	Valor Mensual:	4.000.000,00		
Número:	281	Fec.Suscripción	30/09/2026	Fecha de iniciación:	30 de septiembre de 2026
N° CDP:	1069	Fecha :	30/09/2026	Fecha de terminación:	29 de noviembre de 2026
N° RP:	1069	Fecha :	30/09/2026	Duración:	Meses 2
Rubro Presupuestal:	APOYO A LA GESTION DE LA CALIDAD			Periodo a pagar:	OCTUBRE 30/09/2026 al 29/10/2026
Requiere Informe:	SI: X		NO:	Suspensión No.:	En tiempo:
Entregó Informe:	SI: X		NO:	Prorroga: No.:	En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	SULLY JOHANA FIGUEROA MESTRE								
Identificación:	Tipo de document	Cédula	X	Nit.		Número:	1.050.950.332	DV.	
Dirección:	Cartagena, Bolivar								
Número de Teléfono:				FAX:			CEL.	3156470083	
Clase y número de cuent	Corriente:		Ahorros	x	Número	97183685	Banco:	BANCO BOGOTÁ	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
	IVA Régimen Común:		Entidad sin ánimo de lucro	
	IVA Régimen Simplificado:			
	He verificado de esta información frente al RUT :		SI: X	NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: X	NO:	# de folios:
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: X	NO:	
Se remitió al Grupo de contratación ó Talento Humano:	SI: X	NO:	Fecha:
Observaciones del Interventor a las actividades ejecutadas:			

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado $ 420.000	Periodo octubre	$ 537.600	Periodo octubre
Comprobante de pago Número:	9513134058	Comprobante de pago Número:	9513134058
Fecha de pago:	29 de octubre de 2026		29/10/2026
		Pensionado: SI:	NO: X
		Certificación: SI:	NO: X

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos:							
	Copia de aporte a pensión	SI: X	NO:	Cuenta de Cobro	SI: X	NO: 1
	Copia de aporte a salud	SI: X	NO:			

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA: SULLY JOHANA FIGUEROA MESTRE

C.C.: 1.050.950.332 Turbaco.

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: JORGE PADILLA BELTRAN

CARGO: SUBGERENTE

FORMATO CF-001-SFGT-001