| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO No. | AS20230513 | | TIPO DE CONTRATO: | | PRESTACION DE SERVICIOS |
| CONTRATANTE: | | ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | | | |
| CONTRATISTA: | | ANDRES FELIPE CIRO GRACIANO | | | |
| NIT o CC | | 1.037.641.772 | | | |
| REPRESENTANTE LEGAL (solo para persona juridica) | | | | | |
| FACTURA O CUENTA DE COBRO Nº: | | 31 | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El objeto del presente contrato Prestación de servicios profesionales en calidad de Odontologo de la ESE Hospital San Juan de Dios de Ituango, realizando actividades de acuerdo a su perfil y en lo referente a trasporte asistencial básico, programas intra – extramurales, detección temprana y protección especifica, urgencias y hospitalización y consulta externa.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y LEGALES

| VALOR CONTRACTUAL | PLAZO | FECHA SUSCRIPCION | FECHA INICIO | FECHA TERMINACIÓN | ESTADO ACTUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 31.200.000 | 243 DÌAS | 3/05/2023 | 3/05/2023 | 31/12/2023 | VIGENTE |

CERTIFICACIÓN

El suscrito supervisor /interventor del contrato certifica que una vez revisadas las facturas y los soportes (cumplimiento de la programación de actividades por el / la contratista de acuerdo con el objeto del contrato) se encontró que cumplió con el objeto del mismo durante el mes

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Calidad del Servicio | Cumple | X | No Cumple | |
| Informe de actividades y soportes cuando aplique | Cumple | X | No Cumple | |
| Que para el reconocimiento de la cuenta presenta la siguiente documentación: | informe de la actvidad | | | |
| Certificado de Aportes al Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud y Pensiones, | Cumple | X | No Cumple | |
| Aportes Parafiscales (Solo para personas jurídicas) | Cumple | | No Cumple | |
| Otros: | | | | |

ANALISIS FINANCIERO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Saldo del Contrato | 19.500.000 | Pagos Parcial (mensual, hora o por factura) | | | |
| Forma de pago | Transferencia ba | Valor | Fecha de Pago | Nª comprobante de Egreso | Saldo |
| Anticipo % | | | | | 19.500.000 |
| Valor de la cuenta o factura | | 3.900.000 | | | 15.600.000 |
| Adiciones | | - | | | 15.600.000 |
| Glosa | | - | | | 15.600.000 |
| Valor a Pagar | | 3.900.000 | | | |

ANALISIS TECNICO

| ACTIVIDAD ESPECIFICA | CANTIDAD PROGRAMADA | CANTIDAD EJECUTADA | % DE EJECUCIÒN |
|---|---|---|---|
| Disponibilidad | 8 | 8 | 100% |
| Atenciòn Odontologica intramural | 21 | 21 | 100% |
| TOTAL DE ACTIVIDAES | 29 | 29 | 100% |

Dada en el Municipio de Ituango a los (30) días de agosto de 2023

Luisa Fernanda Palacio Betancur
Nombre Supervisor/ Interventor

Firma