CENTRO DE SALUD SAMPUÉS E.S.E.
Nit.: 900208532-6 Cl. 21 No. 24-37 B. Millán • Tel: 283 8189

INFORME DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDO POR EL SUSPERVISOR DEL CONTRATO

I. Datos Generales del Contrato

1. DENOMINACION DEL	**INFORME No.**	1		
Contrato N° 178				
Nombre del Supervisor	NORYS CARDENAS BELTRAN			
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL				
Tipo de contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Otro:	
Nombre del contratista		ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO		
Identificación del contratista		1,100,696,227		
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ODONTÓLOGIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SAMPUES E.S.E			
Plazo	26/03/2025		26/06/2025	
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal		535	Fecha del C.D.P	19/03/2025
Número de Registro Presupuestal (R.P.)		629	Fecha del R.P	26/03/2025
Valor del contrato	Contrato Inicial	$ 10,574,067		
	Adición 1			
	Adición 2			
	Adición 3			
	Total	$ 10,574,067		

Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato incluida la adición	Fecha de Suspensión	Fecha de reinicio
26/03/2025	26/06/2025	(dd-MM-yyyy)	(dd-MM-yyyy)

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción	**Valor**
Valor del Contrato Inicial	$ 10,574,067
Valor correpondiente en el periodo del 26 de MARZO al 25 de ABRIL	$ 3,524,689
Valor Ejecutado del Contrato	$ 3,524,689
Valor por ejecutar	$ 7,049,378
Valor Total del contrato	$ 10,574,067

Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 3,524,689
Saldo a liberar		$ 0
Valor a pagar en el presente Informe		**$ 3,524,689**
No. Factura o Cuenta de Cobro	CUENTA DE COBRO No.	1

II. Ejecución Contractual

Se relaciona a continuación las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

Obligación Contractual

1.Brindar atencion odontologica a los pacientes de la E.S.E, 2. Ejecutar el servicio como odontologo general por eventos, en el area de consulta externa y tener disponibilidad de los eventos que se presesnten.3. Realizar de forma oportuna y eficiente todos los procesos odontologicos en la institucion. 4. El CONTRATISTA garantizara que ejecutara las actividades comprendidas en el objeto y no podra por ningun motivo abandonar el area, hasta tanto no garantize la continuidad en la atencion.5. El CONTRATISTA adelantara los procesos de acuerdo con as normas eticas y etcnico - cientificas propias de la profesion.6. El CONTRATISTA diligenciara adecuadamente y en forma legible las Historias Clinicas y demas documentos y registros requeridos en los procesos.7. En caso de ausencias temporales y/o enfermedad, EL CONTRATISTA debera garantizar la continuidad de los procesos objeto de este contratao.8. El CONTRATISTA cumplira con las normas , guias y protocolos establecidas por el ministerio de Salud y Proteccion Social, La Secretaria de salud Departamental y la E.S.E para la prestacion de los procesos en servicios de salud.9, El CONTRATISTA debera dar un buen usos a los equipos bajo su custodia, de comprobarse responsabilidad del CONTRATISTA en el daño ocasionado o perdida, carrera por cuenta de este el arreglo o reposicion a que haya lugar.10, Participar en la elaboracion, implementacion y actualizacion periodica de los procesos y procedimientos asistenciales establecidos en la E.S.E, para el logro de la continua y la acreditacion institucional.11. Cumplir con los parametros establecidads en elas guias de taencion de practica clinica (GPC) de la ESE.12. Conocer y cumplir con lo establecido en las politicas institucionales,13, Conocer y respetar los derechos de los usuarios, familiares y funcionarios de la ESE. 14 Participar en los procesos sde calidad institucionales. 15. Atender diariamente las necesidades de atencion de los

NORYS CARDENAS BELTRAN, quien actúa en nombre de la entidad contratante CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato del en el periodo del 26 de marzo al 25 de abril de 2025 conforme a lo señalado en el Estudio previo y la propuesta presentada, como también de la acreditación del pago de seguridad social y pago de poliza de responsabilidad civil.

FIRMA DEL SUPERVISOR