PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFOME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 4 del 22 de Septiembre de 2025	
DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:	DIRECCIÓN REGIONAL MAGDALENA
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	JUAN PABLO CASTILLO SÁNCHEZ
CONTRATO No:	C01.PCCNTR.7102045 de 2024
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
OBJETO:	Prestar los servicios de consulta especializada y subespecializada Odontológicas (Cirugía Oral, Ortopedia Maxilar, Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Rehabilitación Oral, Periodoncia, Odontopediatria, Endodoncia, urgencias odontológicas, Laboratorio y RX Odontología); y demás servicios requeridos dentro de la atención integral que sean remitidos por el odontólogo Asesor del SENA Regional Magdalena.
VALOR:	El valor inicial del contrato es de SETENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($76.000.000).
CONTRATISTA:	CENTRO DE SONRISAS IPS
NIT:	90102221
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Santa Marta
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	03 de diciembre de 2024
FECHA DE INICIO:	06 de diciembre de 2024
PRORROGA	31 de mayo de 2025
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	25 días.
PLAZO FINAL DEL CONTRATO	3 meses y 25 días
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$76.000.000
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO:	$76.000.000

FORMA DE PAGO:	**Mensual**

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
a. Dejar constancia con fecha exacta de cada atención.	**Cumple con la obligación.**	**Soportes de facturación**
b. Otorgar cita dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la solicitud realizada por el beneficiario del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Magdalena.	**Se asigna atención pronta.**	**Cumplimiento en citas de atención.**
c. Elaborar mensualmente las facturas y presentarlas los primeros 5 días hábiles de cada mes, las cuentas en ningún caso podrán ser presentadas por sumas superiores a las contratadas.	**Demora en la facturación.**	**No se presenta dentro de los cinco días del mes.**
d. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la Ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias para el ejercicio del servicio prestado	**Permisos al día**	**Atención pertinente.**
e. Atender adecuadamente al paciente mientras se halle a su cargo	**Atención adecuada.**	**Atención pertinente.**
f. Cumplir con los ordenamientos éticos y	**Buena atención**	**Atención Ética.**

morales que impone la profesión médica **g. Brindar la asistencia contratada dentro de forma inmediata una vez sea requerida por el beneficiario** **h. Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad.**	**Atención oportuna**	**Atención en tiempos establecidos**
i. Todo tratamiento adelantado por la institución prestadora del Servicio de Salud, debe ser autorizado por el medico asesor y es de obligatoria aceptación para los beneficiarios.	**Autorización de atención, por correo electrónico por parte de la auditora médica.**	**Constancia en facturación.** **Accesibilidad vial.**
j. Certificado de implementación del SG-SST acorde a la evaluación de estándares mínimos, certificación firmada el Representante Legal, y con los siguientes soportes: **1. Fotocopia de cédula y licencia de seguridad y salud en el trabajo del profesional que evalúa los estándares mínimos. 2. Evaluacion de estándares mínimos y respectivo plan de acción de acuerdo a la aplicación de estándares mínimos aplicables - Dec. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Res 0312-2019**	**Cumple con la obligación**	**Documentos al día.**
k. Protocolos de bioseguridad específicos	**Prevención establecida anti Covid**	**Protocolos implementados.**

para la sede o lugar donde se desarrolle la obra de acuerdo a la Resolución 777 de 2021 o la que haga sus veces. **Nota: Este requerimiento será solicitado hasta que el gobierno nacional determine que ya no se requieren protocolos de bioseguridad para el cumplimiento de labores**		
l. Entregar los certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en la atención prestada al SENA.	**Cumple con la obligación.**	**Documentos al día.**
m. Entregar copia del formato RH1 con la clasificación mensual de los residuos hospitalarios generados	**Presenta informe en la cuenta de cobro.**	**Clasificación de residuos.**
n. Pagos de seguridad social, donde se evidencie la cotización al nivel de riesgo acorde a la actividad desarrollada.	**Cumple con obligación.**	**Cuenta de cobro.**

FECHA	No. DE FACTURA	VALOR A CANCELAR	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
23/08/25	**FE-5591**	**$8.995.000**	**$29.367.000**	**$46.633.000**	**39%**

OBSERVACIONES

El presente informe tiene como finalidad certificar el cumplimiento de las obligaciones contraídas del Contrato No. CO1.PCCNTR.7102045 – 2024, celebrado entre el SENA Y CENTRO DE SONRISAS IPS, en mi calidad de supervisor, para dar trámite de pago de las facturas relacionadas correspondientes a la atención integral a beneficiarios hasta el mes de julio de 2025, por tanto:

CERTIFICO

1. RECIBO A SATISFACCIÓN

Que de conformidad con el Contrato No. C01.PCCNTR.7102045 del 2024 con número de certificado de registro presupuestal SIIF 57624 de 2024 suscrito con CENTRO DE SONRISAS IPS, representada legalmente por ROGER ANTONIO VESGA GARCÍA identificado con cédula de ciudadanía No. 4.978.754, cuyo objeto es “Prestar los servicios de consulta especializada y subespecializada Odontológicas (Cirugía Oral, Ortopedia Maxilar, Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Rehabilitación Oral, Periodoncia, Odontopediatria, Endodoncia, urgencias odontológicas, Laboratorio y RX Odontología); y demás servicios requeridos dentro de la atención integral que sean remitidos por el odontólogo Asesor del SENA Regional Magdalena”, presentó la factura relacionada, por un valor de OCHO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($8.995.000), correspondiente a la prestación del servicio de odontología hasta julio de 2025, recibiendo a satisfacción los servicios objeto del contrato. Igualmente, el mencionado contratista ha cumplido con los pagos de los aportes en salud, pensión y aportes parafiscales.

La factura a cancelar es la siguiente:

FACTURA	FECHA	VALOR
FE-5591	23/08/25	$8.995.000
TOTAL $		$8.995.000

1. INFORME DE CUMPLIMIENTO

- Que el contrato se ejecuta de acuerdo con lo pactado.
- Que dando cumplimiento a la cláusula de pago, es procedente el pago atendiendo la oferta presentada por el CONTRATISTA.
- Que el beneficiario del pago es CENTRO DE SONRISAS IPS
- Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y planilla de pago de aportes a la salud, pensión, expedido por SOI correspondiente al período de julio del año 2025. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)
- Certifico que se ha cumplido con las funciones de verificación, vigilancia y control frente al concepto de pago solicitado y que es procedente la solicitud de pago respectiva.

Dado en Santa Marta, a los veintidos (22) días del mes de septiembre de 2025.



JUAN PABLO CASTILLO SÁNCHEZ
Supervisor del Contrato

Proyecto: JUAN PABLO CASTILLO SÁNCHEZ
Cargo: Técnico 02 Servicio Médico Asistencial.

