**DEPARTAMENTO DE NARIÑO**
**MUNICIPIO DE SAPUYES**
**CENTRO DE SALUD SAPUYES E.S.E**
**NIT: 900014225-6**

| **DELEGACIÓN SUPERVISIÓN Y CONTROL** | |
|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES.** | |
| **LUGAR Y FECHA:** | Sapuyes (N.), primero (01) de octubre de dos mil veintiséis (2026) |
| **DE:** | MIRIAM PATRICIA GOYES<br>Gerente. |
| **PARA:** | JOSE MARCILLO HERNANDEZ<br>Subgerente Administrativo y Financiero |
| **REF. :** | Delegación Supervisión y control. |
| **TIPO CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES. |
| **OBJETO:** | "PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO COORDINADOR DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC" EN EL CENTRO DE SALUD SAPUYES ESE" |
| **CONTRATANTE:** | CENTRO DE SALUD SAPUYES ESE (NARIÑO) |
| **CONTRATISTA:** | SEBASTIAN ALEXANDER CALDERON BENAVIDES |
| **IDENTIFICACIÓN:** | 1.004.579.003 |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($ 8.280.000.oo) MCTE |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN:** | 01 DE OCTUBRE DE 2026 |
| **FINALIZACIÓN:** | 31 DE DICIEMBRE DE 2026 |

En cumplimiento a lo establecido en el Contrato de la referencia, y para el eficiente y eficaz cumplimiento de las funciones del CENTRO, le comunico la Delegación como SUPERVISOR, para lo cual debe tener en cuenta las siguientes directrices:

1. Deberá hacer el seguimiento del Contrato para el que ha sido designado, garantizando que se cumpla de acuerdo con el OBJETO y OBLIGACIONES pactadas, por tanto, presentará los informes y certificación de cumplimiento por escrito oportunamente.
2. Cuando se presente incumplimiento por parte del CONTRATISTA en la ejecución del Contrato, deberá informar por escrito a la Gerente antes del vencimiento del mismo las causas que originaron dicho incumplimiento, para que se tomen las acciones a que haya lugar.
3. En ningún momento el Supervisor está autorizado para modificar o Prorrogar el presente contrato verbalmente, so pena de incurrir en sanción disciplinaria y pecuniaria respectivamente, ya que solamente es la gerente quien puede y debe autorizar la modificación, suspensión, prórroga o modificación de los términos del contrato según el caso y por escrito.
4. Las demás que la ley exija.

| | |
|---|---|
| **Cordialmente,**<br><br>ORIGINAL FIRMADO<br><br>**MIRIAM PATRICIA GOYES**<br>**GERENTE** | **Acepto**,<br><br>ORIGINAL FIRMADO<br><br>**JOSE MARCILLO HERNANDEZ**<br>**Supervisor** |

**Correo Electrónico: centrodesaludsapuyesese@gmail.com**
**Dirección: carrera el Rosario - Sapuyes** (N)
**Celular: 3185732878 – 3185735597**