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.	
LUGAR Y FECHA:	Sapuyes (N.), cuatro (04) de noviembre de dos mil veintiséis (2026)
DE:	MIRIAM PATRICIA GOYES Gerente.
PARA:	JOSE MARCILLO HERNANDEZ Subgerente Administrativo y Financiero
REF. :	Delegación Supervisión y control.
TIPO CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA DE ARCHIVO ORIENTADOS AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE ORGANIZACIÓN, CLASIFICACIÓN, CONSERVACIÓN, CUSTODIA Y CONTROL DOCUMENTAL EN EL CENTRO DE SALUD SAPUYES ESE
CONTRATANTE:	CENTRO DE SALUD SAPUYES ESE (NARIÑO)
CONTRATISTA:	ERIKA LIZETH ENRIQUEZ SALAZAR
IDENTIFICACIÓN:	1.088.653.835
VALOR DEL CONTRATO:	TRES MILLONES QUINIENTOS DOS MIL PESOS ($ 3.502.000.oo) MCTE
PLAZO DE EJECUCIÓN:	04 DE NOVIEMBRE 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, ORIGINAL FIRMADO **MIRIAM PATRICIA GOYES** **GERENTE**	**Acepto**, ORIGINAL FIRMADO **JOSE MARCILLO HERNANDEZ** **Supervisor**

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