Pagina 1 de 2	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
CODIGO: 2BS-FR-0019		
FECHA: 19-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

Bucaramanga,

No. ___06____ **RASES - ARSEG**

Señor TC
IVAN DARIO CUADROS RAMIREZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro 5
Bucaramanga, Santander

Asunto: Informe de supervision contrato No. No. 68-7-20339-19 **Mes reportado** ENERO 2020 PN UPRES DESAN SA MC 003 2020

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS			RECIBIDO		PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
			8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN INFECTOLOGÍA PREDIATRICA Y ADULTOS; CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 A LOS USUARIOS DE LA POLICIA NACIONAL – SECCIONAL SANIDAD SANTANDER"	CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	**Vigencia - 2020**			SERVICIOS MEDICOS					
		Incio : **8/08/2019**	AGOSTO	08 MESES Y 22 DIAS	**10,000,000**	22 DIAS	$ 885.000,00	8 MESES	$ 9.115.000	EL VALOR FACTURADO EQUIVALE A FACTURACION PRESENTADA DEL PERIODO DE ENERO 2020
			SEPTIEMBRE			30 DIAS	$ 520.000,00	7 MESES	$ 8.595.000	
			OCTUBRE			30 DIAS	$ 590.000,00	6 MESES	$ 8.005.000	
		termino: **30/04/2020**	NOVIEMBRE			30 DIAS	$ 920.000,00	5 MESES	$ 7.085.000	
			DICIEMBRE			30 DIAS	$ 889.000,00	4 MESES	$ 6.196.000	
			ENERO			30 DIAS	$ 985.000,00	3 MESES	$ 5.211.000	
		VALOR TOTAL	**10,000,000**							

16 El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?		
	SI __X___	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.
	NO. _____	18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No_____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS		
20. ÍTEM Y/O NUMERAL	**21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA**	**22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.**

23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.		
24. ÍTEM Y/O NUMERAL	**25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA**	**26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.**
1	Cumplir con el objeto contractual	CON LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS EN PLATAFORMA

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, CONTRATO N°. 101-7-20395-20 De Fecha 08 de FEBRERO de 2020.

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI _X_ NO __

Grado y Nombre del Supervisor TN FERNEY ANDRES BARBOSA MORALES
Cargo Jefe Grupo Regional de Soporte Tecnico y Seguimiento Servicios de Alto Impacto
Teléfonos: 6447295 ext 7226

Firma 