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

San Andres, Providencia y Santa Catalina 5 de febrero de 2021

No. 1 /UPRES DESAP 17.5

Señora Coronel
MARIA ELENA GOMEZ MENDEZ
Comandante Departamento
San Andres, Providencia y Santa Catalina

Asunto: Informe de Supervision contrato **38-7-20024-20** Mes reportado: **Abril**

1. PRÓRROGA No.		**2. ACLARATORIO No.**	**3. MODIFICATORIO No.**	**4. OTROS**
INICIO:	00/01/1900	FECHA:	FECHA:	FECHA:
TERMINO:	00/01/1900			

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 DEL SERVICIO DE VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS OCUPACIONALES CON DESTINO A LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA Y CONTRATO DEL AREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	**GL INTEGRALES SAS**	**FECHA DE INICIO 2/09/2020**	**PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS OCUPACIONALES CON DESTINO A LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA Y CONTRATO DEL AREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**	**3**	**$ 3.000.000,00**	septiembre	$ 0,00	1 mes	$ 0,00	incio de contrato
		VALOR TOTAL	**$ 3.000.000,00**	**VALOR ADICION**	**$ -**					

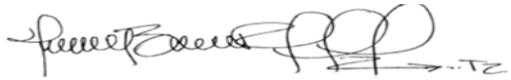
16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?	SI. __X__	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono 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 S-2015 XXXX del XXXX, 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 TÈCNICOS 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.**
	Se compromete con la POLICIA NACIONAL-DEPARTAMENTO DE POLICIA SAN ANDRES Y PROVIDENCIA con PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS OCUPACIONALES para trabajar por los usuarios del subsistema de salud de la Policia Nacional con oportunidad, eficiencia y eficacia en el AREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, en las condiciones aerea y/o servicio que determine el contratante, de acuerdo con sus necesidades y programacion establecida.	CONTRATISTA PRESTO LOS SERVICIOS CUYO OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE VALORACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS OCUPACIONALES PARA EL AREA DE SANIDAD SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: Le fue suministrada la inducción establecida mediante acta S/N de fecha 01/05/2019 Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI _X__ NO ___



Grado y Nombre del Supervisor: Intendente HENRY BECKENBAUER ROJAS ALVARADO Firma _____

Cargo: JEFE UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SAN ANDRES (E)

Teléfonos: 4828655