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

Ciudad y fecha 31/08/2020

No. 2 UPRES DEUIL

Señora Capitan
YAIDY MARTINEZ MUÑOZ
JEFE UNIDAD PRESTADORA EN SALUD HUILA

Asunto: Informe de supervision contrato No. 98-7-20152-2020, Mes reportado AGOSTO 2020

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS: ADICION
INCIO:	TERMINO:	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	
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA	DR. JAIRO ANTONIO RODRIGUEZ	Vigencia 2020 Incio 17-07-2020 termino 28-02-2021 Adición: Inicio: termino VALOR TOTAL	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA	7 MESES 14 DIAS 45,000,000.00	45,000,000.00 45,000,000.00	1	-	6	45,000,000.00	NO SE PRESENTARON ATENCIONES POR PANDEMIA COVID - 19.

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?	SI. ____	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.

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

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.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.	4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensàción Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	**NO SE PRESENTARON ATENCIONES POR PANDEMIA COVID - 19.**
	22. Informar por escrito y debidamente justificado a la SUPERVISIÓN cualquier cambio en las condiciones que surjan durante el término de ejecución del contrato, que implique una modificación y la adición del mismo para ser puesta a consideración del CONTRATANTE.	
	30. Informar al supervisor del contrato una vez se haya ejecutado el 80% del valor del mismo.	
	31. El CONTRATISTA se comprometerá a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente en la Unidad Prestadora en Huila acompañada de los documentos requeridos para tramitar el pago de acuerdo al artículo 617 y subsiguientes en el estatuto tributario y demás definidos por la PONAL	

PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD HUILA.

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 N/A Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI ___ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor **PT. AYDE ARAIDALY MOSQUERA MORENO**

Firma Aide Mosquera

Cargo SECRETARIA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Teléfonos: 8630065 EXT 6405

Anexos: (PARAFISCALES - FACTURAS - RAS)

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

POLICIA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA EN SALUD HUILA

INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

ANEXO No. 1 PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD HUILA.

No. Contrato_98-7-20152-2020 _ Fecha de suscripción _10-07-2020

1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO: NO SE HA EJECUTADO

1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:

1. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. ar por escrito y debidamente justificado a la SUPERVISIÓN cualquier cambio en las condiciones que surjan durante el término de ejecución del contrato, que implique una modificación y la adición del mismo para ser puesta a consideración del CONTRATANTE. 5. Informar al supervisor del contrato una vez se haya ejecutado el 80% del valor del mismo. 6. El CONTRATISTA se comprometerá a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente en la Unidad Prestadora en Salud Huila acompañada de los documentos requeridos para tramitar el pago de acuerdo al artículo 617 y subsiguientes en el estatuto tributario y demás definidos por la PONAL.

1.3. NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO: NINGUNA

NOTA: CORRESPONDE AL INFORME FINAL DE EJECUCION: SI_____ NO__X____
Si su respuesta es positiva, tener en cuenta de relacionar lo siguiente:

Grado y Nombre del Supervisor: Patrullera PT. AYDE ARAIDALY MOSQUERA MORENO **Firma** Ayde Mosquera
Cargo: SECRETARIA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 2
Teléfonos: 8630065 EXT 6405
Anexos: (PARAFISCALES - FACTURAS - RAS)