

CODIGO: 2BS-FR-0019		PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	
FECHA: 22-04-2014			
VERSION: 3			
INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL			POLICIA NACIONAL

INFORME DE SUPERVISION No.2

Señor Coronel
CARLOS ENRIQUE SANCHEZ FLOREZ
JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
 Ciudad - SANTA MARTA

ASUNTO: Informe de Supervision Contrato No. 67-7-20018-2020

MES REPORTADO: JULIO

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INICIO	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				
CUYO OBJETO ES LA "PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS AMBULATORIOS, QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS, MEDICAMENTOS INSUMOS EN CUMPLIMIENTO AL DECRETO 1795 DEL 2000, "POR EL CUAL SE ESTRUCTURA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL", EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA.	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Vigencia	CUYO OBJETO ES LA "PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD, PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS AMBULATORIOS, QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS, MEDICAMENTOS INSUMOS EN CUMPLIMIENTO AL DECRETO 1795 DEL 2000, "POR EL CUAL SE ESTRUCTURA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL", EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA.	07 Meses y 01 día	1.071.111.067							Facturas correspondientes al mes de julio, se realiza el presente Ras e informe de supervision de acuerdo a la certificación de Auditoria de Cuentas Medicas quien revisa las facturas y verifica sus soportes para el pago de la prestacion del Servicio Medico (facturas de Radicado #1464 por valor de \$7.978.500.00). Es de anotar que la facturacion no llego en el respectivo mes facturado.	
		Inicio :											
		24/10/2018				No aplica	\$ 86.597.999	No aplica	\$ 984.513.068				
		termino:				No aplica	\$ 7.978.500	No aplica	\$ 976.534.568				
		31/03/2019											
Adición:													
VALOR TOTAL				\$ 1.071.111.067,00		\$94.576.499,00		\$ 976.534.568					
SI __ X __		17. Certificado 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.											
16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?													

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.

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.

[illegible]

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

Grado y Nombre del Supervisor: SI ILENA ISABEL VILLEGAS ZABALETA
Cargo: RESPONSABLE ASIGNACION DE CITAS MEDICAS
teléfonos: 322 787 2307

Firma

Firma _____