

CODIGO: 2BS-FR-0019
FECHA: 22-04-2014
VERSION: 3

PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS
INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL



INFORME DE SUPERVISION No.18

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: JUNIO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE

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
CUYO OBJETO ES LA "PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE III Y IV NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LA ATENCION DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION 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 ATENCION DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION 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	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	Facturas correspondientes al mes de agosto septiembre- octubre, se realiza el presente Ras e Informe de supervisión de acuerdo a la certificación de Auditoría de Cuentas Medicas quien revisa las facturas y verifica sus soportes para el pago de la prestación del Servicio Médico (facturas de Radicado #1849 por valor de \$ 16.577.546.00). Es de anotar que la facturación no llega en el respectivo mes facturado.		
		Inicio : 24/10/2018				No aplica	\$ 86.597.999	No aplica	\$ 984.513.068			
		Termino: 31/03/2019				No aplica	\$ 7.978.500	No aplica	\$ 976.534.568			
						No aplica	\$ 20.723.555	No aplica	\$ 955.811.013			
						No aplica	\$ 173.362.350,00	No aplica	\$ 782.448.663			
						No aplica	\$47.769.696,00	No aplica	\$ 734.678.967			
						No aplica	\$ 11.826.391,00	No aplica	\$ 722.852.576			
						No aplica	\$ 13.899.805,00	No aplica	\$ 708.952.771			
						No aplica	\$29.891.095,00	No aplica	\$ 679.061.676			
						No aplica	\$32.933.523,00	No aplica	\$646.128.153			
			No aplica	\$77.696.437,00	No aplica	\$568.431.716						
			No aplica	\$108.957.868,00	No aplica	\$459.433.847						
			No aplica	\$90.836.523,00	No aplica	\$368.597.324						
			No aplica	\$47.968.684,00	No aplica	\$320.728.640						
			No aplica	\$19.998.460,00	No aplica	\$300.730.180						
			No aplica	\$10.870.021,00	No aplica	\$289.860.159						
			No aplica	\$9.302.700,00	No aplica	\$280.557.459						
			No aplica	\$29.976.259,00	No aplica	\$250.581.200						
			No aplica	\$16.577.546,00	No aplica	\$234.003.654						
Adición:												
VALOR TOTAL					\$ 1.071.111.067,00		\$837.107.413,00		\$ 234.003.654			

16. El contratista cumple con lo establecido con las cláusulas contractuales?

SI ☒ X
NO ☐

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.

20. ITEM Y/O NUMERAL

21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

22. OBSERVACION Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCIPLIMIENTO

[illegible]

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio, fecha en la cual se 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 ISLENA ISABEL VILLEGAS ZABALETA
Cargo: RESPONSABLE ASIGNACION DE CITAS MEDICAS
teléfonos: 322 787 2307

Firma

Firma Heurley