

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

MES REPORTADO: OCTUBRE

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

[illegible]

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

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.

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

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



20. ITEM Y/O NUMERAL

21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

22. OBSERVACION 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. ITEM Y/O NUMERAL

25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

26. OBSERVACION Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

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 ____ NO ____

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

Firma

[Handwritten Signature]