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

VILLAVICENCIO.

No. 1 UPRES META JEFAT/GASIS-29

Capitán
OSCAR ALEXANDER PRIETO CRUZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Meta (E)
Villavicencio

Asunto: Informe de supervision contrato No. 103-7-20106-20 del mes JULIO 2020

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO TERMINO	FECHA:	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 LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PSIQUIATRIA PARA LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META	IPS SALUD MENTAL MONTE SINAI S.A.S	Vigencia: incio: 21/07/2020 termino: 31/08/2020 ADICION: Inicio: termina: VALOR TOTAL	PRESTACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALIZACION EN PSIQUIATRIA IPS SALUD MENTAL MONTE SINAI S.A.S	1 MES Y 10 DIAS	$ 150.000.000,00	10 DIAS	$ 0,00	1 MES	150.000.000,00	0,00 % DURANTE EL MES DE JULIO NO SE SE RADICARON FACTURAS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION.
				1 MES Y 10 DIAS	$ 150.000.000,00	10 DIAS		1 MES	150.000.000,00	

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 clausulas 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.

19. RELACION DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS

20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN 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 ORD-16 OLGA LUCIA MONTOYA CARDONA

Cargo___SUPERVISORA CONTRATO SANAMENTE

Teléfonos:____3203057879_____

Firma _____