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 3 UPRES META JEFAT/GASIS-29

Capitán
DORA YANNETH RISCANEVO ESPITIA
Jefe Unidad Prestadora de Salud Meta
Villavicencio

Asunto Informe de supervision contrato No 103-7-20106-20 del mes SEPTIEMBRE 2020

1. PRORROGA No	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No	4. OTROS
INCIO 01/09/2020 TERMINO 31-12-2020	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 4 MESES 5 MES Y 10 DIAS	$ 150 000.000,00 $ 150 000 000,00	1MES 2 MESES Y 10 DIAS	$ 0,00 -	3 MESES 3 MESES	150.000.000,00 150.000.000,00	0.00 % DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE NO SE SE RADICARON FACTURAS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION.

16. El contratista cumplio con lo establecido con las clausulas contractuales?		
	SI _X_	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplio 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 21 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 comunicacion 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

Escaneado con CamScanner

20. ITEM 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 OPD-16 OLGA LUCIA MONTOYA CARDONA

Firma _____

Cargo___SUPERVISORA CONTRATO SANAMENTE

Teléfonos ____3203057879_____

Anexos (Relacionar)

Escaneado con CamScanner