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. 7 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 ENERO 2021

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No. 001	4. OTROS
INCIO: 01/09/2020 TERMINO: 31-12-2020	FECHA:	FECHA:26-11-2020	FECHA:
INCIO: 01/01/2021 TERMINO: 31-03-2021		Sustitucion de recursos por el valor de 100.000.000,00 de la vigencia 2020 a vigencia 2021 y una prorroga de 3 meses.	

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	
										17,22 %
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:	PRESTACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALIZACION EN PSIQUIATRIA IPS SALUD MENTAL MONTE SINAI S.A.S	1 MES Y 10 DIAS						DURANTE EL MES DE ENERO, NO RADICARON FACTURAS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION.
		incio: 21/07/2020								
		termino: 31/08/2020		4 MESES	$ 150.000.000,00	1MES	$ 0,00	2 MESES	124.174.335,00	
		ADICION:								
		Inicio:		3 MESES						
		termina:								
		VALOR TOTAL		8 MESES Y 10 DIAS	$ 150.000.000,00	6 MESES Y 10 DIAS	25.825.665,00	2 MESES	124.174.335,00	

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 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

Escaneado con CamScanner

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** ___

Firma _____

Grado y Nombre del Supervisor ORD-16 OLGA LUCIA MONTOYA CARDONA

Cargo___SUPERVISORA CONTRATO SANAMENTE

Teléfonos ____3203057879_____

Anexos (Relacionar)

Escaneado con CamScanner