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. 9 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 MARZO 2021

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No. 001	4. OTROS
INICIO: 01/09/2020 TERMINO: 31-12-2020	FECHA	FECHA: 26-11-2020	FECHA:
INICIO: 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	
INICIO: 0/04/2021 TERMINO: 31-10-2021			

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:	PRESTACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALIZACION EN PSIQUIATRIA IPS SALUD MENTAL MONTE SINAI S.A.S							36,33 %
		incio: 21/07/2020		1 MES Y 10 DIAS	$ 150.000.000,00	1MES	$ 0,00	7 MESES	95.509.915,00	DURANTE EL MES DE MARZO, NO RADICARON FACTURAS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION.
		termino: 31/08/2020		4 MESES						
				3 MESES						
		ADICION:		7 MESES						
		Inicio:								
		termina:								
		VALOR TOTAL		15 MESES Y 10 DIAS	$ 150.000.000,00	8 MESES Y 10 DIAS	54.490.085,00	7 MESES	95.509.915,00	

16. El contratista cumplió 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.

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