19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS		
20. ÍTEM Y/O NUMERAL.	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN 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. ÍTEM Y/O NUMERAL.	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO..
17	PRESTAR LO SERVICIOS PREVIA AUTORIZACION ESCRITA DE LA AUTORIZACION DE MUNICIPIOS O DE LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA SECCIONAL SANIDAD SANTANDER DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA	SE OBSERVA CON LLAS SOLICITUDES GENERADOS POR LA ENTIDAD EN LA PLATAFORMA DE AUTORIZACIONES
3	Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL- SECCIONAL SANIDAD SANTANDER establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que se le formulen	CORREOS DANDO RESPUESTA DE SOLICITUDES DE EJECUCION DE CONTRATO
10	Informar a la Seccional Sanidad Santander y al Coordinador del contrato aquellos aspectos que puedan - afectar la normal ejecución del mismo	CORREOS PARA LA PRONTA AUTORIZACION DE SOLICITUDES
17	Prestar los servicios previa autorización escrita de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Seccional Sanidad Santander en la ciudad de Bucaramanga, anexando copia de carné del usuario del servicio por ambas caras o constancia vigente y copia de documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil).	OBSERVADOS EN LA FACTURACION RADICADA, CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES, CONTRATO N°. 68-7-20488-19 De Fecha 08 de NOVIEMBRE de 2019. Para e caso de prestación de servicios personales o profesionales que afectan 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 _X__ NO___

Grado y Nombre del Supervisor Intendente JANNETH MILENA BERNAL MEDINA
RESPONSABLE SEGUIMIENTO SERVICIOS DE ALTO IMPACTO
Teléfonos: 6447295 ext 7228

Firma _____
30 DE JUNIO 2020

Bucaramanga,

No. 8 RASES ARSEG

Señor Teniente Coronel
IVAN DARIO CUADROS RAMIREZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro 5
Bucaramanga, Santander

Asunto: Informe de supervision contrato No: 68-7-20488-19 Mes reportado Junio 2020 PH SECSA MIC 035 2019

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	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, ATENCIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS, LABORATORIO CLÍNICO, AYUDAS DIAGNOSTICAS DE IMAGENOLOGIA, REHABILITACIÓN, CIRUGÍA, ODONTOLOGÍA GENERAL, CONSULTA EXTERNA GENERAL SEGÚN EL ACUERDO 032 DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA. ASÍ MISMO, EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO SEGÚN ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSMP, DEBIDAMENTE HABILITADOS POR SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE ZAPATOCA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER COMO SU ÁREA DE GEOREFERENCIACION Y GRUPOS OPERATIVOS.	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS INTEGRALES GESTIONAR BIENESTR ZAPATOCA	Vigencia - 2019	NOVIEMBRE	09 MESES Y 23 DIAS	SERVICIOS MEDICOS	23 DIAS	$ -	09 MESES	$ 10.000.000,00	BE LLEVA EJECUTALO 81% SE REALIZO REUNION EL 05/06/2020 VERIFICANDO GLOSAS, SALDOS Y RECORDANDO CLAUSULAS CONTRACTUALES
		Inicio : 8/11/2019	DICIEMBRE			30 DIAS	$ 2.697.924,00	08 MESES	$ 7.302.076,00	
			ENERO			30 DIAS	$ -	07 MESES	$ 7.302.076,00	
		termino: 31/08/2020	FEBRERO			30 DIAS	$ 1.885.775,00	06 MESES	$ 5.416.301,00	
			MARZO		$ 10.000.000,00	30 DIAS	$ 1.379.530,00	05 MESES	$ 4.036.771,00	
			ABRIL			30 DIAS	$ 425.190,00	04 MESES	$ 3.611.581,00	
		Adicion Covid $ 2.000.000	MAYO			30 DIAS	$ 544.018,00	03 MESES	$ 3.067.563,00	
			JUNIO			30 DIAS	$ 1.339.000,00	04 MESES	$ 1.728.563,00	
		Termino 31/10/2020	NOVIEMBRE		MEDICAMENTOS	23 DIAS	$ -	09 MESES	$500.000,00	
			DICIEMBRE			30 DIAS	$ 291.125,00	08 MESES	$208.875,00	
			ENERO			30 DIAS	$ -	07 MESES	$208.875,00	
			FEBRERO			30 DIAS	$ -	06 MESES	$208.875,00	
			MARZO		$ 500.000,00	30 DIAS	$ -	05 MESES	$208.875,00	
			ABRIL			30 DIAS	$ -	04 MESES	$208.875,00	
			MAYO			30 DIAS	$ -	03 MESES	$208.875,00	
			JUNIO			30 DIAS	$ -	04 MESES	$208.875,00	
		VALOR TOTAL	$ 10.500.000							
		Adición covid Nro 20056-20: $2.000000	JUNIO	4 MESES Y 14 DIAS	$ 2.000.000	14 DIAS	$ -	04 MESES	$2.000.000,00	PARA EL MES DE JUNIO NO SE PRESENTARON ATENCIONES COVID
		Inicio :17/06/2020 termino :31/10/2020								
		VALOR TOTAL ADICION COVID	$ 2.000.000							

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

SI. X

NO. ____

17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo estabiecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas estabiecidas, 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.