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 CONTRARREFERENCIA 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 POLICIA 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 68 de NOVIEMBRE de 2019. 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 _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 OCTUBRE 2020

Pagina 1 de 2	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
CODIGO: 2BS-FR-0019		
FECHA: 19-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

Bucaramanga,

No. 12 RASES ARSEG

Mayor
WILLIAM ALFONSO FANDIÑO GARCIA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro 5
Bucaramanga, Santander

Asunto: Informe de supervision contrato No. 68-7-20486-19 Mes reportado OCTUBRE 2020 PN SECSA MIC 035 2019

1. PRORROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INICIO: 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 IMAGENCLOGIA, REHABILITACIÓN, CIRUGÍA, ODONTOLOGÍA GENERAL, CONSULTA EXTERNA GENERAL SEGÚN EL ACUERDO 002 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 CSSGMP, DEDICAMENTE HABILITADOS POR SECRETARIA 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 Inicio : 3/11/2019 termino: 31/08/2020 Adicion Covid $ 2.000.000 Termino31/10/2020	NOVIEMBRE	09 MESES Y 23 DIAS	SERVICIOS MEDICOS $ 10.000.000,00	23 DIAS	$ -	09 MESES	$ 10.000.000,00	
			DICIEMBRE			30 DIAS	$ 2.697.924,00	08 MESES	$ 7.302.076,00	
			ENERO			30 DIAS	$ -	07 MESES	$ 7.302.076,00	
			FEBRERO			30 DIAS	$ 1.885.775,00	06 MESES	$ 5.416.301,00	
			MARZO			30 DIAS	$ 1.379.530,00	05 MESES	$ 4.036.771,00	
			ABRIL			30 DIAS	$ 425.190,00	04 MESES	$ 3.611.581,00	
			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	
			JULIO			30 DIAS	$ -	03 MESES	$ 1.728.563,00	
			AGOSTO			30 DIAS	$ 648.100,00	02 MESES	$ 1.180.463,00	
			SEPTIEMBRE			30 DIAS	$ 778.623,00	01 MES	$ 401.840,00	
			OCTUBRE			30 DIAS	$ 401.840,00	0 MES	$ -	
			NOVIEMBRE		MEDICAMENTOS	23 DIAS	$ -	09 MESES	$500.000,00	
			DICIEMBRE		$ 500.000,00	30 DIAS	$ 291.125,00	08 MESES	$208.875,00	SE LLEVA EJECUTADO 100% EN SERVICIOS MEDICOS Y 58% EN MEDICAMENTOS.
			ENERO			30 DIAS	$ -	07 MESES	$208.875,00	
			FEBRERO			30 DIAS	$ -	06 MESES	$208.875,00	
			MARZO			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	
			JULIO			30 DIAS	$ -	03 MESES	$208.875,00	
			AGOSTO			30 DIAS	$ -	02 MESES	$208.875,00	
			SEPTIEMBRE			30 DIAS	$ -	01 MES	$208.875,00	
			OCTUBRE			30 DIAS	$ 38.460,00	0 MES	$170.415,00	
		VALOR TOTAL	$ 10.500.000							
		Adición covid Nro 20656-20: $2.000000 Inicio :17/08/2020 termino :31/10/2020	JUNIO	4 MESES Y 14 DIAS	$ 2.000.000	14 DIAS	$ -	04 MESES	$2.000.000,00	PARA EL MES DE OCTUBRE LLEVA EJECUTADO UN 47%
			JULIO			30 DIAS	$ -	03 MESES	$2.000.000,00	
			AGOSTO			30 DIAS	$ 140.000,00	02 MESES	$1.860.000,00	
			SEPTIEMBRE			30 DIAS	$ 800.000,00	01 MES	$1.060.000,00	
			OCTUBRE			30 DIAS	$ -	0 MES	$1.060.000,00	
		VALOR TOTAL ADICION COVID	$ 2.000.000							

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.