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

Tuluá Valle, 30 de julio de 2020

No. _____/ ESPRI TULUÁ

Coronel
HECTOR ALEJANDRO SANCHEZ TORRES
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4
Santiago de Cali.-

Asunto: Informe de supervision contrato No. **66-7-20141/2019** Mes reportado **jul-20**

| 1. PRÓRROGA No. | 2. ACLARATORIO No. | 3. MODIFICATORIO No. | 4. OTROS |
|---|---|---|---|
| INCIO: TERMINO: | FECHA: | FECHA:Acta 001- Acta 002 | FECHA: |
| | | Acta 003 | |

| 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 SERVICIOS DE SALUD DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS | CLINICA SAN FRANCISCO | **Vigencia** | DIAS | 120 | 600.000.000 | 0 | 563.808.022 | 120 | 36.191.978 | Ejecución 93,97 % |
| | | **Inicio** | | | | | | | | Acta 001Adición al valor y ampliación al plazo |
| | | 5/06/2019 | | | | | | | | |
| | | **Termino** | | | | | | | | |
| | | 4/10/2019 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | **Adición:**05/10/19 | DIAS | 178 | 300.000.000 | 178 | 300.000.000 | 0 | 0 | Acta 002 Adición al valor y ampliación al plazo, atención de pacientes COVID |
| | | **Termino:** 31/03/20 | | | | MENSUAL | 15.978.367 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | **Adición:**01/04/20 | DIAS | 120 | 300.000.000 | 60 | 66.798.647 | 60 | 233.201.353 | Acta 003 ampliación al plazo, desde el 01/06/2020 hasta el 30/09/2020, atención de pacientes COVID |
| | | **Termino:** 30/09/20 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | **VALOR TOTAL** | **1.200.000.000** | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. |

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

**19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS**

| 20. ÍTEM Y/O NUMERAL | 21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

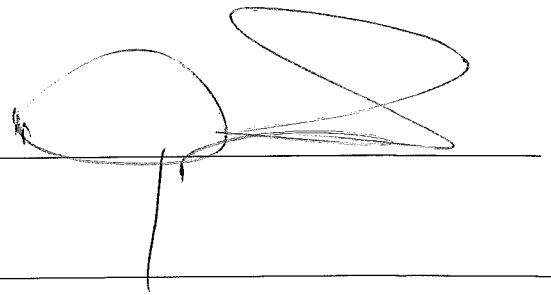
**23. DOCUMENTOS TÈCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.**

| 24. ÍTEM Y/O NUMERAL | 25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| | CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO MES DE jul-20 |
| | CIRUGIA AMBULATORIA PROGRAMADA | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO MES DE jul-20 |
| | AYUDAS DIAGNOSTICAS-LABORATORIO | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO MES DE jul-20 |
| | URGENCIAS-HOSPITALIZACION | CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO MES DE jul-20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**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 : IT. NORA ISABEL LÓPEZ ARISTIZABAL**
**Cargo: Jefe ESPRI Tuluá**
**Teléfonos: 3216480141**
Anexos: ( Relacionar )