| | | |
|---|---|---|
| CODIGO: 2BS-FR-00 | PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS | POLICIA NACIONAL |
| FECHA: 19-08-2015 | | |
| VERSION: 4 | INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL | |

Pereira - Risaralda, 31 de Enero de 2021

No.____06____/RASES - JEFAT

Mayor
**CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N3
Pereira.-

Asunto: Informe de Supervision contrato No. __**86-7-20134-20**__ Mes reportado __**Enero**__

| 1. PRÓRROGA No. 001 | 2. ACLARATORIO No. | 3. MODIFICATORIO No. 001 | 4. OTROS |
|---|---|---|---|
| INCIO: 01/05/2021 TERMINO: 31/07/2021 | FECHA: | FECHA: 09/11/2020 | 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 | |
| "LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NEUMOLOGIA, INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS, COMTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 CSSMP DE 2001, PARA GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS REGTIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3 (CALDAS, QUINDIO Y RISARALDA) Y PARTE DEL NORTE DE VALLE | Respiremos S.A.S | Vigencia<br>incio<br>04/08/2020<br>termino<br>31/07/2021<br><br>Adición:<br><br>Inicio<br><br>Termino<br><br>VALOR TOTAL | "LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS NEUMOLOGIA, INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS, COMTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 CSSMP DE 2001, PARA GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS REGTIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3 (CALDAS, QUINDIO Y RISARALDA) Y PARTE DEL NORTE DE VALLE<br><br>$80.000.000 | 11 MESES Y 27 DÍAS | $80.000.000 | 01/01/2021 AL 31/01/2021 | 0 | 7 MESES | 65.005.460 | NINGUNA |

| 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-00 | 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. ITEM 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. ITEM Y/O NUMERAL | 25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| 1 | CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE PAGAR MENSUALMENTE LOS APORTES DE AFILIACION Y COTIZACION A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES A LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR Y SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CUANDO A ELLO HAYA LUGAR DE ACUERDO CON EL ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002, LEY 828 DE JULIO 10 DE 2003 Y DE LA LEY 100 DE 1993; PARA TAL FIN DEBERA LLEGAR CO LA CORRESPONDIENTE FACTURA, CERTIFICACION DONDE CONSTE DICHO CUMPLIMIENTO FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL Y REVISOR FISCAL SI CONFORME A LAS NORMAS PERTINENTES ESTUVIERA OBLIGADA A TENERLO. | LA ENTIDAD CUMPLIO CON LO QUE ESTA ESTABLECIDO DENTRO DEL CONTRATO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**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** NO APLICA **Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI ___ NO ___**

Grado y Nombre del Supervisor ___Patrullera LUZ ADRIANA BEDOYA CARVAJAL

Cargo Supervisora de Contrato

Teléf 3187166269

Anexos:

Firma _____

| POLICÍA NACIONAL | **Procedimiento:** Asegurar la Calidad | Página 1 de 1 |
|---|---|---|
| | | **Código:** 1LA-FR-0037 |
| | **EVALUACIÓN DE PROVEDORES** | **Fecha:** 22-05-2010 |
| | | **Versión:** 0 |

| **FECHA: 31 Enero de 2021** | **1. DATOS DEL PROVEEDOR** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre o razón social | Respiremos S.A.S | | | Nit/cédula de ciudadanía | 900.150.760-7 |
| Dirección | CALLE 12 N 18-24 TORRE 3 PISO 4 MEGACENTRO | | | Teléfono | 3170710 |
| Producto | | Servicio | X | Proveedor de: | LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS NEUROLOGIA, INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS, COMTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 CSSMP DE 2001, PARA GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADSCRITOS REGTIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3 (CALDAS, QUINDIO Y RISARALDA) Y PARTE DEL NORTE DE VALLE |

**2. CONCEPTOS OBJETO DE EVALUACIÓN**

De acuerdo a los servicios prestados por esta empresa/persona califique de **1 a 10** según el parámetro a evaluar y finalmente haga sus consideraciones al respecto, si la evaluación es inferior a **7** se considera que el produc

| **CONCEPTOS TECNICOS** | **CONCEPTOS ADMINISTRATIVOS** |
|---|---|
| 2.1 Se ha observado durante las diferentes entregas el cumplimiento en los requisitos técnicos exigidos al momento de efectuar la compra en relacion a aquellos que se entregan como insumo, producto y/o servicio.<br>**CALIFICACION** 09 | 2.6 El tiempo de respuesta para aclaraciones y/o información solicitada por parte del Grupo Control de Calidad ha sido oportuno y su contenido adecuado frente a la solicitud realizada.<br>**CALIFICACION** 09 |
| 2.2 Se hace entrega formal del insumo, producto y/o servicio junto con la documentacion que respalda su calidad y demuestra el cumplimiento con los estándares y/o conceptos solicitados por el Grupo al momento de las compras.<br>**CALIFICACION** 09 | 2.7 El manejo de quejas, reclamos y no conformes es adecuado frente a las necesidades del Grupo Control de Calidad, se brindan soluciones efectivas y valiosas para el proceso sin generar traumas al Grupo.<br>**CALIFICACION** 09 |
| 2.3 Se hace devolución del insumo, producto y/o servicio por incumplimiento en los lineamientos técnicos o por presentar un estado no apto para su uso ya sea en el embalaje o el transporte efectuado por el proveedor.<br>**CALIFICACION** 09 | 2.8 Ante una eventualidad o necesidad complementaria a las estipuladas, se evidencia un alto compromiso y apoyo técnico durante la adquisición de insumos, productos y/o servicios por parte del proveedor.<br>**CALIFICACION** 09 |
| 2.4 El servicio y atención post-venta ha sido el apropiado y cumple con las necesidades del Grupo Control de Calidad, se evidencia interés y eficiencia en la prestación del servicio, entrega del bien y en la calidad de su insumo, producto y/o servicio.<br>**CALIFICACION** 09 | 2.9 Se observa un Sistema de Gestión certificado o implementado el cual brinda manejo en procedimientos acordes, que garantizan el buen servicio y calidad de los insumos, productos y/o servicios.<br>**CALIFICACION** 09 |
| 2.5 Los tiempos de entrega de los insumos, productos y/o servicios adquiridos estan dentro de lo acordado y bajo la necesidad que presenta el Grupo Control de Calidad sin generar retrasos o afectar la prestación del servicio del grupo.<br>**CALIFICACION** 09 | **Convenciones:**<br>**NA:** No aplica<br>**1:** Malo<br>**10:**Excelente |
| **OBSERVACIONES** | **OBSERVACIONES** |
| | |

**PT. Luz Adriana Bedoya Caravajal**