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. ___2_____ REFER GASIS SECSA

Señor Teniente Coronel
IVAN DARIO CUADROS RAMIREZ
Jefe Seccional Sanidad Santander
Bucaramanga, Santander

Asunto: Informe de supervision contrato No. 68-7-20488-19 Mes reportado DICIEMBRE PN SECSA MIC 035 2019

1. PRÓRROGA 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 IMAGENOLOGIA, 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 CSSSMP, DEBIDAMENTE 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 Incio : 8/11/2019 termino: 31/08/2020	NOVIEMBRE DICIEMBRE	09 MESES Y 23 DIAS	SERVICIOS MEDICOS $ 10.000.000,00	23 DIAS 30 DIAS	$ - $ 2.697.924,00	09 MESES 08 MESES	$ 10.000.000,00 $ 7.302.076,00	SE RERALIZA VISITA AL MUNICIPIO PARA INICIO DE CONTRATO Y VERIFICACION DE CLAUSULAS CONTRACTUALES
			NOVIEMBRE DICIEMBRE		MEDICAMENTOS $ 500.000,00	23 DIAS 30 DIAS	$ - $ 291.125,00	09 MESES 08 MESES	$500.000,00 $208.875,00	
		VALOR TOTAL	$						10.500.000,00	

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.

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.
40	Enviar la facturación los 5 (cinco) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Seccional Sanidad Santander, ubicada en la Avenida 61 No. 10-200 Ciudadela Real de Minas de la Ciudad de Bucaramanga, con los siguientes soportes	ENTREGA LA RESPECTIVA FACTURACION EN EL TERMINO ESTIPULADO. Soporte que reposa en Oficina Cuentas de la Seccioanl
58	Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.	

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES, CONTRATO N°. 68-7-20488-19 De Fecha 08 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_
Cargo_Auxiliar de enfermeria Coordinador Distritos SECSA_
Teléfonos:_6447295 ext 72285__

Firma _____
31 de DICIEMBRE de 2019