Página 1 de 3	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
CODIGO: 2BS-FR-0019		
FECHA: 19-08-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

Neiva - Huila, 05 de diciembre de 2020

No. 02 UPRES - GUPAS

Capitán
YAIDY MARTINEZ MUÑOZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Huila
Neiva - Huila

Asunto: Informe de supervisión contrato No. 98-5-20216-2020 Mes reportado noviembre de 2020

1. PRÓRROGA No.		**2. ACLARATORIO No.**	**3. MODIFICATORIO No.**	**4. OTROS**
INCIO:	TERMINO:	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 DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE COLOMBIA - HUILA.	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ DE COLOMBIA - HUILA**	**Vigencia** **Inicio** **19/10/2020** **Termino:** **30-06-2021** **Adición** **Inicio** **Termino**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE COLOMBIA - HUILA.**	**08 MESES Y 12 DÍAS**	**$4.000.000,00**	**1 MES**	**$343.613,00**	**7 MESES**	**$3.656.387,00**	**Durante el mes de noviembre de 2020, se ejecutó parte del presupuesto asignado, se da tramite a la relación de facturas No. 0015, por valor de $343.613,00, porcentaje ejecutado a la fecha 8,59%.**
		VALOR TOTAL	**$4.000.000,00**							

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 las 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.
No aplica	No aplica	No aplica

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.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**13,** Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado.	De manera mensual se esta supervisando el contrato con la E.S.E Hospital Ana Silvia Maldonado Jimenez de Colombia - Huila, para que una vez llegue al 80% se comienze a llevar a cabo el nuevo procedimiento admnistrativo, evitando que el servicio no sea intermitente.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**37,** Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato.	El contratista cumplió con el numeral relacionado, es preciso indicar que durante el mes de noviembre de 2020, los servicios de salud, se prestaron de manera satisfactoria.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**44,** Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas.	Durante el mes de noviembre de 2020, no se presentaron accidentes de tránsito.
OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS	**48,** Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.	El contratista cumplió con el numeral relacionado, durante el mes de noviembre de 2020, suministro los respectivos RIPS.

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 _18 de octubre de 2020_ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI _X_ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor _Evert Antonio Romero Cardenas_ Firma _____

Cargo _Responsable Validación de Derechos_

Teléfonos: _8 63 00 65 Ext. 64 66_

Anexos: (si aplica)

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA

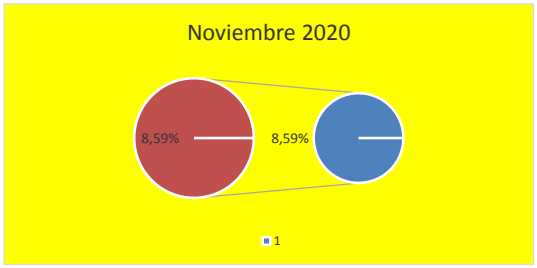
ANEXO No. 1 "DATOS DEL CONTRATO"

(PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE COLOMBIA - HUILA)

No. Contrato 98-5-20216-2020 Fecha de suscripción 18-10-2020

1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO:

EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2020, SE EJECUTÓ PARTE DEL PRESUPUESTO ASIGNADO, PORCENTAJE EJECUTADO 8,59%.



1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:

DE ACUERDO A LO DESCRITO EN LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

1.3. NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:
NINGUNA NOVEDAD

NOTA: CORRESPONDE AL INFORME FINAL DE EJECUCION: SI _____ NO _X_
Si su respuesta es positiva, tener en cuenta de relacionar lo siguiente:

*** En este informe se debe llevar los acumulados finales del contrato en cuanto a su avance y ejecución presupuestal dando cumplimiento a ítems anteriores).**
*** Relacionar Desempeño del proveedor de acuerdo con lo contratado.**
*** Recomendaciones que permitan mejorar el desempeño de este tipo de contrato outsoursing y tener en cuenta en el próximo estudio previo que respalde la contratación de un nuevo proceso.**

Grado y Nombre del Supervisor _Evert Antonio Romero Cardenas_ **Firma** _____
Cargo _Responsable Validación de Derechos_
Teléfonos: _8 63 00 65 Ext. 64 66_
Anexos: (si aplica)