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

PITALITO, 31 DE ENERO DEL 2021

No. 05 JEFAT/UPRES

Señor Capitan
YAIDY MARTINEZ MUÑOZ
Jefe Unidad Prestadora en Salud Huila
Neiva.

Asunto: Informe de supervision contrato No. 85-5-20194-2020 Mes reportado ENERO 2021

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO: 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	
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUSBISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE ELIAS -HUILA	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	Vigencia incio 03/09/2020 termino 30/04/2021 Adición: Inicio: termino VALOR TOTAL	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUSBISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE ELIAS -HUILA	08 MESES 5.000.000,00	5.000.000,00 -	5 MES	-	03 MESES	3.101.847,00	LA ENTIDAD DURANTE EL MES DE ENERO NO REALIZO RADICACION DE CUENTAS MEDICAS

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 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.

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUSBISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE ELIAS-HUILA 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 _03/09/2020_ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI __X_ NO ___

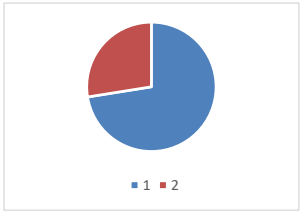
Grado y Nombre del Supervisor **PATRULLERO GERARDIN GONZALEZ PALACIO**
Cargo SECRETARIO ESPRI PITALITO
Teléfonos: 3505561144
Anexos: (Relacionar)

Firma _____

UNIDAD PRESTADORA EN SALUD HUILA
ANEXO No. 1 PARA CONTRATOS DE:
(PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DEBAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUSBISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE ELIAS-HUILA)
No. Contrato_98-5-20194-2020_ Fecha de suscripción ___03/109/2020_____

1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO:

EL % DE EJECUCION ES DE 37%



1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:

SE TIENE COMUNICACION CONSTANTE CON EL ENCARGADO DE CARTERA Y FACTURACION VIA TELEFONICA DE LA ESE .

1.3. NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:

NO SE PRESENTARON NOVEDADES DURANTE EL PERIODO.

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 PATRULLERO GERARDIN GONZALEZ PALACIO **Firma**_____
Cargo FACILITADOR DE ESPAB PITALITO
Teléfonos: 3505561144
Anexos: (Relacionar)

UNIDAD PRESTADORA EN SALUD HUILA
ANEXO No.2 INFORME DE RE-EVALUACIÓN PROVEEDORES
No. Contrato 98-5-20194-2020 Fecha suscripción_03/09/2020_____

El objetivo de esta re-evaluación, es verificar el desempeño que tuvo el proveedor durante la ejecución del contrato, dejando evidencia mediante registro que permita la toma de decisiones, teniendo como base los informes de seguimiento que realizó el supervisor y a través de los cuales se realizó su evaluación.

Ciudad y Fecha de la Reevaluación: _____

Fecha en que terminó la ejecución del contrato:_____

1. ¿El proveedor cumplió en forma oportuna de acuerdo con lo establecido en las clausulas del Contrato ?	SI__	NO____	EL PROVEEDOR FUE SANCIONADO: SI _____ NO _____ No. RESOLUCION_____ FECHA_____
2. Los bienes suministrados por el proveedores cumplimieron con los requisitos de calidad establecidos en las especificacioens técnicas?	SI__	NO____	EL PROVEEDOR FUE SANCIONADO: SI_____ NO_____ No. RESOLUCION_____ FECHA_____

3. Que fortaleza resalta del proveedor y que le generó valor agregado en la ejecución del contrato.

Grado y Nombre del Supervisor PATRULLERO GERARDIN GONZALEZ PALACIO Firma _____
Cargo_____SECRETARIO ESPRI_PITALITO_____
Teléfonos:_____3505561144_____
Anexos: (Relacionar)