| Pagina 1 de 2 | PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| CODIGO: 2BS-FR-00[illegible]9 | | |
| FECHA: 19-08-2015 | INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL | |
| VERSION: 4 | | |

Bucaramanga,

No. ___01_____ REFER GASIS

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

17 DIC 2018

Asunto: Informe de supervision contrato No. 68-7-20355-18 Mes reportado AGOSTO

| 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 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 062 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 - 2018<br>Incio :<br>28/08/2018<br>termino:<br>31/12/2018 | AGOSTO | 04 MESES | SERVICIOS MEDICOS<br>$ 4.500.000,00 | 02 DIAS | $ - | 04 MESES | $ 4.500.000,00 | Se solicito facturación mediante correo electronico. |
| | | Adición:<br>Inicio :<br>termino :30/06/2018 | AGOSTO | | MEDICAMENTOS<br>$ 500.000,00 | | $ - | | $500.000,00 | |
| | | VALOR TOTAL | $ | | | | | | 5.000.000,00 | |

| | | |
|---|---|---|
| 16. El contratista cumplió con lo establecido en 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. |

| 16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales? | | 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. |
|---|---|---|
| | NO. ____ | |

**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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES, CONTRATO N°. 68-7-20365-18 De Fecha 29 de Agosto de 2018.**

**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 Enfermeria Coordinador Distritos SECSA.
Teléfonos:_____
Anexos:()

Firma _____