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

Neiva, 26 de diciembre de 2018

Informe No. 001 SECSA OEUIL

Señor Teniente coronel
**JENNY MARCELA CALVO BERNAL**
Jefe Seccional Sanidad Huila
Neiva

Asunto: Informe de Supervision contrato No.85-5-20231-2018 del 2017 Mes reportado DICIEMBRE de 2018

| 1. PRÓRROGA No. | 2. ACLARATORIO No. | 3. MODIFICATORIO No. | 4. OTROS: |
|---|---|---|---|
| INCIO: | 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 SERVICIO DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE HOBO. | HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DE HOBO | Vigencia<br>Incio : 04-12-2018<br>termino:30/06/2019<br><br><br><br>Adición:<br>Inicio:<br>termino:<br><br><br><br>VALOR TOTAL | PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE HOBO. | 7 MESES<br><br>3.800.000 | $ 3.800.000,00 | 1 | $ 800.000,00 | 6 | 3.000.000 | Se da tramite a la factura No. 1297, del 26-12-2018 del servicio del mes de diciembre |

| 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: 208-FR-0918 | PROCEDIMIENTO: EJECUCION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS | POLICIA NACIONAL |
| FECHA: 19-08-2015 | INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL | |
| VERSION: 4 | | |

**19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS**

| 20. ÍTEM Y/O NUMERAL | 21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| N.A | N.A | N.A |
| | | |

**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. |
|---|---|---|
| 14 | Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de Julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmado por el Representante Legal y revisor fiscal, si contiene a las normas pertinentes estuviere obligado a tenerlo | CERTIFICACION DEL 20-12-2018 |
| | | |

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES**

**Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afectan 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 PT. DAIRON ORLEY QUINAYAS CALDERON

Firma Dairon Quinayas

Cargo SUPERVISOR CONTRATO

Teléfonos: 3204632447

Anexos: ( Relacionar )

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

POLICIA NACIONAL
Seccional Sanidad Huila

**INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL**
**ANEXO No. 1 PARA CONTRATOS DE OUTSOURSING**
**(PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE HOBO.)**
**No. Contrato 85-6-20188-2017 del 2017**

**1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO:**

**Se realiza el cuarto Informe del contrato No. 85-6-20231-2018 del 2017 (PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE HOBO). Seccional de Sanidad Huila, quien ha venido cumpliendo su objeto contractual a cabalidad y bajo los siguientes parámetros, así: , □ No Factura**
**1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:**

**(Para el mes de mayo del 2018 se presto el servicio acabalidad con lo estipulado en el contrato en la atencion del servicio a nuestros usuarios en el municipio de HOBO se anexa copia del pago de parafiscales del mes actual.**

**1.3. NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:**

**(No se presento ninguna novedad durante el mes de ejecucion, en la prestacion del servicio de salud en el hospital municipal de Hobo)**




**NOTA: CORRESPONDE AL INFORME FINAL DE EJECUCION: SI x NO_____**
**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.**

**Se recomienda una mayor cobertura en el servicio de odontologia, el contratista ejecuto el contrato sin novedad o inconformismos.**

**Grado y Nombre del Supervisor PT. DAIRON ORLEY QUINAYAS CALDERON**
**Cargo SUPERVISOR CONTRATO**
**Teléfonos: 3144102873**
**Anexos: (Relacionar)**

**Firma** Dairon Quinayas

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 1<br>Código: 2BS-FR-0045<br>Fecha: 22-05-2015<br>Versión: 2 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS<br>CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN | POLICIA NACIONAL |

| | |
|---|---|
| CIUDAD Y FECHA: | NEIVA 31/12/2018 |
| CONTRATO N°: | 85-5-20231-2018 |
| CONTRATISTA: | E.S.E HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL DE HOBO |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE HOBO – HUILA. |
| VALOR DEL CONTRATO: $ | 3.800.000 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | 30-06-2019 |
| FECHA DE ENTREGA: | 26-12-2018 |
| DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA: | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA: | PT. DAIRON ORLEY QUINAYAS CALDERON<br>Supervisor del Contrato |
| VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA | 800,000 |
| RECEPCION DE LOS BIENES: | Mediante acta de recepción de bienes #_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos. |

**INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA**
**(Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)**

| | |
|---|---|
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | N/A |
| PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE: | N/A |
| EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA: | NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____ |
| EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ITEMS NO PREVISTOS: | NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____ |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: LA ENTIDAD CUMPLIO CON LAS CLAUSULAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO, DURANTE LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD, AL IGUAL PRESENTO PAGO DE PARAFISCALES DEL MES FACTURADO, Y DE ESTA FORMA CONTINUAR CON LOS TRAMITES DE PAGO

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 1297 | 800.000 | 800.000,00 | N/A | 800.000,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | 800.000,00 | N/A | 800.000,00 |

Dairon Quinayas

**PT. DAIRON ORLEY QUINAYAS CALDERON**
Supervisor del Contrato