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

Ciudad y fecha [redacted] 31-01-2020

No. [redacted] 4 SECSA DEUIL

Señora Teniente Coronel
JENNY MARCELA CALVO BERNAL
JEFE DE SANIDAD SECCIONAL HUILA

Asunto: Informe de supervision contrato No. 85-7-20242-2019, Mes reportado ENERO 2020

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS: ADICION
INCIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA: DIC 2019	
			sustitucion $ 5.540.000 vig 2020	

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 MEDICOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA SECCIONAL SANIDAD HUILA.	**DR. JAIRO ANTONIO RODRIGUEZ**	**Vigencia 2019** **incio 30-09-2019** **termino 31-07-2020** **Adición:** **Inicio:** **termino** **VALOR TOTAL**	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA SECCIONAL SANIDAD HUILA	**10 MESES** **32,000,000.00**	**32,000,000.00**	**1**		**6**	**15,540,000.00**	**DURANTE EL MES DE ENERO NO PRESENTARON FACTURACION**

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?		
	SI. ____	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, descptos 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

Firma
C.C. [redacted]
04/03/2020

CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, 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.

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.	4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.	**DURANTE EL MES DE ENERO NO PRESENTARON FACTURACION**
	22. Informar por escrito y debidamente justificado a la SUPERVISIÓN cualquier cambio en las condiciones que surjan durante el término de ejecución del contrato, que implique una modificación y la adición del mismo para ser puesta a consideración del CONTRATANTE.	
	30. Informar al supervisor del contrato una vez se haya ejecutado el 80% del valor del mismo.	
	31. El CONTRATISTA se comprometerá a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente en la Seccional de Sanidad Huila acompañada de los documentos requeridos para tramitar el pago de acuerdo al artículo 617 y subsiguientes en el estatuto tributario y demás definidos por la PONAL	

PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA SECCIONAL SANIDAD 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 N/A Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI ___ NO ___

Firma Diana M Mendez

Grado y Nombre del Supervisor **PT. DIANA MARCELA MENDEZ PARRA**

Cargo **SECRETARIA SECCIONAL SANIDAD HUILA (E)**

Teléfonos: 8630065 EXT 6405

Anexos: (PARAFISCALES - FACTURAS - RAS)

POLICIA NACIONAL
SECCIONAL SANIDAD HUILA

INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

ANEXO No. 1 PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS DE SALUD EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE INMUNOLOGIA Y ALERGOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA SECCIONAL SANIDAD HUILA.

No. Contrato_85-7-20242-2019 _ Fecha de suscripción _30-09-2019

1.1. AVANCE EN LA EJECUCION DEL CONTRATO: SE HA EJECUTADO UN 51.44%

1.2. CONTROLES EJERCIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO:

1. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. ar por escrito y debidamente justificado a la SUPERVISIÓN cualquier cambio en las condiciones que surjan durante el término de ejecución del contrato, que implique una modificación y la adición del mismo para ser puesta a consideración del CONTRATANTE. 5. Informar al supervisor del contrato una vez se haya ejecutado el 80% del valor del mismo. 6 El CONTRATISTA se comprometerá a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente en la Seccional de Sanidad Huila acompañada de los documentos requeridos para tramitar el pago de acuerdo al artículo 617 y subsiguientes en el estatuto tributario y demás definidos por la PONAL.

1.3. NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO: NINGUNA

NOTA: CORRESPONDE AL INFORME FINAL DE EJECUCION: SI____ NO__X____
Si su respuesta es positiva, tener en cuenta de relacionar lo siguiente:

Grado y Nombre del Supervisor: Patrullera PT. PT. DIANA MARCELA MENDEZ PARRA
Cargo: SECRETARIA SECCIONAL SANIDAD HUILA (E)
Teléfonos: 8630065 EXT 6405
Anexos: (PARAFISCALES - FACTURAS - RAS)

Firma