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

No. S-2020- 00712 ESPRI - JEFAD

Armenia Quindio, 06 ENE 2021

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO
Central de Cuentas
Recibido por:
Fecha: 06/01/21
Sujeto a Verificación por Auditoria Médica

Coronel
**JOSE LUIS RAMIREZ HINESTROZA**
Comandante Departamente de Policia Quindio
ARMENIA

Asunto: Informe de supervision contrato No. 35-7-20078-19 Mes reportado Diciembre 2020

| 1. PRÓRROGA No. 2 | 2. ACLARATORIO No. | 3. MODIFICATORIO No.2 | 4. OTROS |
|---|---|---|---|
| INCIO 01/08/2020 TERMINO 31/03/2021 | FECHA | FECHA 30/07/2020 | FECHA |
| | | | |

| 5. OBJETO | 6. CONTRATISTA | 7. PLAZO DE EJECUCION | BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS | | | RECIBIDO | | PENDIENTE POR RÉCEPCION | | 15. OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 8. DESCRIPCION | 9. CANTIDAD | 10. VALOR | 11. CANTIDAD | 12. VALOR | 13. CANTIDAD | 14. VALOR | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD APOYO TERAPEUTICO Y DIAGNOSTICO EN FONOAUDIOLOGÍA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO Y LOS MUNICIPIOS DE ALCALÁ, SEVILLA, CAICEDONIA Y ULLOA VALLE | NORA STELLA PEREZ VARON | Vigencia: 2019<br>inicio 18/07/2019<br>termino: 31 DE DIC DE 2019 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD APOYO TERAPEUTICO Y DIAGNOSTICO EN FONOAUDIOLOGÍA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO Y LOS MUNICIPIOS DE ALCALÁ, SEVILLA, CAICEDONIA Y ULLOA VALLE | 5 MESES 12 DIAS | $12.000.000 | AGOSTO | $ 260.000 | 4 MESES | $11.740.000 | PRESENTA FACTURA FE-11 DE LAS ATENCIONES QUE REALIZO EN EL MES DE DICIEMBRE 2020 DE FONOAUDIOLOGÍA, ES DE ANOTAR QUE LAS ATENCIONES HAN DISMINUIDO POR EL PROTOCOLO QUE SE DEBE MANEJAR ANTE EL COVID-19, Y LA DECLARATORIA DE ALERTA ROJA HOSPITALARIA CIRCULAR 01052 QUE SACO LA SECRETARIA DE SALUD Y LA GOBERNACION DEL QUINDIO. |
| | | | | | | SEPTIEMBRE | $ 831.000 | 3 MESES | $10.909.000 | |
| | | | | | | OCTUBRE | $ 1.225.000 | 2 MESES | $9.684.000 | |
| | | | | | | NOVIEMBRE | $ 2.750.000 | 1 MES | $6.934.000 | |
| | | | | | | DICIEMBRE | $ 2.354.000 | 0 MESES | $4.580.000 | |
| | | | | | | DICIEMBRE | $ 2.401.000 | 0 MESES | $2.179.000 | |
| | | | | | | DICIEMBRE | $ 2.179.000 | 0 MESES | $0 | |
| | | Vigencia: 2020 | | 3 MESES | $4.000.000 | ENERO | $ 1.193.000 | 2 MESES | $2.807.000 | |
| | | Inicio 01/01/2020 | | | | FEBRERO | $ 1.306.000 | 1 MES | $1.501.000 | |
| | | termino 31/03/2020 | | | | MARZO | $ 0 | 1 MES | $6.832.000 | |
| | | | | 5 MESES | Adicion 001 $5.331.000 | ABRIL | $ 0 | 1 MES | $6.832.000 | |
| | | | | | | MAYO | $ 0 | 1 MES | $6.832.000 | |
| | | Adicion 001 de $5.331.000 fecha:18/03/2020 prorroga: 31/07/2020 | | | | JUNIO | $ 894.000 | 1 MES | $5.938.000 | |
| | | | | 3 MESES | Adicion 002 $2.669.000 | JULIO | $ 0 | 1 MES | $5.938.000 | |
| | | | | | | AGOSTO | $ 472.000 | 1 MES | $5.466.000 | |
| | | | | | | SEPTIEMBRE | $ 514.000 | 1 MES | $4.952.000 | |
| | | | | | | OCTUBRE | $ 548.000 | 1 MES | $4.404.000 | |
| | | | | | | NOVIEMBRE | $ 1.408.000 | 1 MES | $2.996.000 | |
| | | | | | | DICIEMBRE | $ 2.249.000 | 1 MES | $747.000 | |
| | | VALOR TOTAL | | | $24.000.000 | | $ 19.991.000 | | $3.416.000 | |

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?

SI. ___X__

NO. _____

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.

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 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. |
| 1 | EL CONTRATISTA DEBERA CUMPLIR CON TODAS LAS CONDICIONES TECNICAS DEL CONTRACTO | PERMANENTE |
| 2 | CUMPLIR CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD LOS REQUISITOS MINIMOS ESENCIALES Y LAS CONDICIONES SANTIARIAS QUE FIJAN LAS AUTORIDADES COMPETENTES TANTO EN EL ORDEN NACIONAL COMO TERRITORIAL | PERMANENTE |
| | | |

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 _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI _X_ NO ___**

Grado y Nombre del Supervisor CT CRISTIAN ALEXANDER MELO

Cargo: Jefe UPRES DEQUI

Teléfonos: 3123000503

Anexos: ( Relacionar )

Firma _____