POLICIA NACIONAL

(APLICA PARA CONTRATOS DE COMPRAVENTA, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTRO E INTERADMINISTRATIVOS)

Santiago de Cali, 5 de septiembre de 2020

No. ARGES - RASES

Coronel
HECTOR ALEJANDRO SANCHEZ TORRRES
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud #4
Cali

Asunto: Informe de supervision contrato No. 66-7-20008-2020 **Mes reportado agosto** del 2020

1. PRÓRROGA No.		**2. ACLARATORIO No.**		**3. MODIFICATORIO No.**		**4. OTROS**	
INICIO:	TERMINO:	FECHA:		FECHA:		FECHA:	

5. OBJETO	**6. CONTRATISTA**	**7. PLAZO DE EJECUCION**	**BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS**			**RECIBIDO**		**P**
			8. DESCRIPCION	**9. CANTIDAD**	**10. VALOR**	**11. CANTIDAD**	**12. VALOR**	**13**
PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD VISUAL Y AUDITIVA ACORDE A LO ESTABLECIDO EN EL ACUERDO 002 DE 2001 DEL CSSFMP, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA JURISDICCION DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4. GRUPO 1	**OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICOS S.A (SIGMA)**	**Vigencia** **Inicio 06-06-20** **termino 31-12-20**	SERVICIOS		$520.000.000		$148.663.226	
		VALOR TOTAL	**$520.000.000**			**agosto**	**54.108.828**	

PENDIENTE POR RECEPCION		**16. OBSERVACIONES**
13. CANTIDAD	**14. VALOR**	
	$371.336.774	**SE DIO CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, A LA FECHA SE PRESENTA LA FACTURACIÓN DEL PERIODO**

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

SI_____ 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

POLICIA NACIONAL

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.

Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual

Firma

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 establecido SI ___ NO ___

Firma

Subteniente. BRIAN F ESCOBEDO A
líder Grupo Regional Redes Integrales de Servicios de Salud
Teléfonos: 2809192-3216480139
Anexos: (N/A)