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: Bucaramanga

No. _____ 7

Mayor
WILLIAM ALFONSO FANDIÑO GARCIA
Jefe Unidad Prestadora de Salud Santander
Bucaramanga

Asunto: Informe de supervision contrato No. _____ **101-7-20098-20** Mes reportado **SEPTIEMBRE** PROCESO: **PN UPRES DESAN CD 096**

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**	
PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	**LUISA MARGARITA SUAREZ QUEZADA**	Vigencia: 2020	mar-20	8 MESES	$ 13.367.976,00	5 DIAS	$ 278.499,50	25 DIAS Y 7 MESES	$ 13.089.476,50	**EL CONTRATO SE HA EJECUTADO SIN NOVEDAD**
		incio: 26/03/2020	abr-20			1 MES	$ 1.670.997,00	25 DIAS Y 6 MESES	$ 11.418.479,50	
		termino: 25/11/2020	may-20			1 MES	$ 1.670.997,00	25 DIAS Y 5 MESES	$ 9.747.482,50	
			jun-20			1 MES	$ 1.670.997,00	25 DIAS Y 4 MESES	$ 8.076.485,50	
			jul-20			1 MES	$ 1.670.997,00	25 DIAS Y 3 MESES	$ 6.405.488,50	
			ago-20			1 MES	$ 1.670.997,00	25 DIAS Y 2 MESES	$ 4.734.491,50	
			sep-20			1 MES	$ 1.670.997,00	25 DIAS Y 1 MES	$ 3.063.494,50	
		Adición:								
		Inicio:								
		termino:								
		VALOR TOTAL	**$ 13.367.976,00**				**$ 10.304.481,50**		**$ 3.063.494,50**	

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.

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.**
27	Presentar la cuenta de cobro con los respectivos soportes tales como: informe de actividades, liquidación en estado PAGADA de los aportes en salud, pensión y riesgos laborales correspondientes al mes del cual se cobran los honorarios, junto con los documentos que se le indiquen por parte del supervisor y/o personal competente durante la inducción del contrato, tales como registro de planillas, entre otros.	CUENTA DE COBRO
46	Cumplir estrictamente con la agenda pactada para la prestación de los servicios y la atención a los usuarios, salvo situaciones de fuerza mayor que deberán avisar con antelación al Resposable de Servicios de Salud.	CUENTA DE COBRO
14	Presentar los informes relacionados con el cumplimiento de sus obligaciones contractuales al supervisor.	INFORME ACTIIDADES QUE SE ANEXA A LA CUENTA DE COBRO
56	Realizar la toma de rayos x y asistencia en salas de cirugía cuando es requerido y que demandan presencia del personal tecnólogo en radiología.	AGENDAMIENTO

CONTRATO DE PRESTACION 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 26-03-2020 Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI _x__ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor PRO-06 LYDA MARIA ROJAS FIERRO

Cargo Responsable **Servicios de Salud (laboratorio clinico)**

Teléfonos: 3002097981

Anexos: (FORMATO 7 CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO, PLANILLA APORTES, INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO)

Firma