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. _____ 8

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

Asunto: Informe de supervision contrato No. _____ 161-7-20096-20 Mes reportado OCTUBRE PROCESO: PN UPRES DESAN CD 096

1. PRORROGA 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 IMAGENES 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	
			sept-20			1 MES	$ 1.670.997,00	25 DIAS Y 1 MES	$ 3.063.494,50	
			oct-20			1 MES	$ 1.670.997,00	25 DIAS	$ 1.392.497,50	
		Adición								
		Inicio:								
		termino:								
		VALOR TOTAL	**$ 13.367.976,00**				**$ 11.975.478,50**		**$ 1.392.497,50**	

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 comunicacion oficial No_____ de: _____, 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 de 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 a Responsable de Servicios de Saluc	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 prestacion 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

Firma

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

Teléfonos 3002097981

Anexos. (FORMATO FINAL EVALUACION DE CUMPLIMIENTO, PLANILLAS, SOPORTES, INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO)