

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

Santiago de Cali, 30 de diciembre de 2020

No. _____ UPRES - POMED

Coronel
MAGALY BEATRIZ VERGEL PASTOR
 Jefe Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca
 Cali

Asunto: Informe de supervision contrato No. 100-7-20239/2020 Mes reportado **DICIEMBRE**

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INICIO: _____	TERMINO: _____	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	
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA COMO URGENCIA MANIFIESTA EN ATENCION A LA RESOLUCION 521 DEL 28 DE MARZO DE 2020,"	O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA S.A.S	Vigencia	2020			9/07/2020-31/08/2020	\$ 10.677.000	04 MESES	\$ 589.323.000	SIN OBSERVACIONES
		incio	2020/07/09	05 MESES-21 DIAS	\$ 600.000.000	01/09/2020-30/09/2020	\$ 143.183.000	03 MESES	\$ 446.140.000	
		termino	2020/12/31			01/10/2020-31/10/2020	\$ 72.537.000	02 MESES	\$ 373.603.000	
						01/11/2020-30/11/2020	\$ 140.194.000	01 MES	\$ 233.409.000	
		Prorroga		04 MESES		01/12/2020-30/12/2020	\$ 34.984.000	04 MESES	\$ 198.425.000	
		Inicio	01/01/2021							
		termino	30/04/2021							
		Inicio								
		termino								
		Inicio								
		termino								
		VALOR TOTAL	\$ 600.000.000							

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.
--	--	---

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.
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 ____ NO ____		
Patrullera. LEYDI JOHANNA SANCHEZ MERCADO Coordinador(a) Programa Médico Domiciliario UPRES DEVAL Cel. 3505596830 Anexos: Facturas de venta, parafiscales, formato RAS.		Firma 