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 ENERO de 2021

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 **ENERO**

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**	
"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	
		Adición:				01/12/2020-30/12/2020	$ 34.984.000	04 MESES	$ 198.425.000	
		Inicio				01/01/2021-30/01/2021	$ 96.224.000	03 MESES	$ 102.201.000	
		termino								
		Inicio								
		termino								
		Inicio								
		termino								
		VALOR TOTAL	**$ 600.000.000**							

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 TÈCNICOS 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 _____