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

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

Ciudad y fecha : 02 de Marzo de 2021

No. REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.1

Señor
**MAURICIO ALEXANDER PIÑEROS CORTES**
**Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N.1**
Bogotà

Asunto: Informe de supervision contrato N° 81-7-20162-20 Mes reportado FEBRERO

| 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 SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, PARA EL USUARIO HAROL ANDRES CHAVEZ SANCHEZ CON CEDULA NÚMERO 1007554778 BENEFICIARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTE A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, EN CUMPLIMIENTO A FALLO DE TUTELA No. 11001-33-35-012-2020 - 00243-01" | FUNDACION APRENDER A VIVIR | Vigencia | Objeto del Contrato | Hasta Agotar Presupuesto | $28.500.000 | 1 usuario atendido en Diciembre de 2020 | $ 1.000.000 | | $ 27.500.000 | porcentaje ejecutado 24% |
| | | Inicio. 21/12/2020 | | | $ 27.500.000 | 1 usuario atendido en Enero de 2021 | $ 3.000.000 | | $ 24.500.000 | |
| | | termino: 30/12/2021 | | | $ 24.500.000 | 1 usuario atendido en Febrero de 2021 | $ 3.000.000 | | $ 21.500.000 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | Adición: | | | | | | | | |
| | | termino: | | | | | | | | |
| | | valor: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | VALOR TOTAL | | | 28.500.000,00 | | | | | |

| 16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales? | | |
|---|---|---|
| | SI. ____ | 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. |
| | | factura No 450 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**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 ___

Grado y Nombre del Supervisor ____CPS04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA_____

Cargo_____ Líder Salud Mental _____

Teléfonos: ____ 3104742095

Anexos: ( Relacionar )

Firma _____

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 2<br>Código: 2BS-FR-0045 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
| Fecha: 22-05-2015<br>Versión: 2 | CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN | |

| | |
|---|---|
| CIUDAD Y FECHA: | BOGOTÁ,02 de Marzo de 2021 |
| CONTRATO N°: | **PN RASES No. 1 N° 81-7-20162-20** |
| CONTRATISTA | **FUNDACION APRENDER A VIVIR** |
| OBJETO DEL CONTRATO: | "PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD PARA TRATAMIENTO INTEGRAL DE DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA, PARA EL USUARIO HAROL ANDRES CHAVEZ SANCHEZ CON CEDULA NÚMERO 1007554778 BENEFICIARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTE A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ, EN CUMPLIMIENTO A FALLO DE TUTELA No. 11001-33-35-012-2020 - 00243-01" |
| VALOR DEL CONTRATO: $ | VALOR TOTAL DEL CONTRATO **$28.500.00.00** |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | Fecha de Inicio: 21/12/2020 Fecha Final: 30/12/2021 |
| FECHA DE ENTREGA: | Periodo: Mes de Febrero de 2021 |
| DÍAS DE ATRASO EN LA ENTREGA: | 0 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA: | CPS-04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA<br>Jefe Salud Mental UPRES BOGOTA |
| VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA | **$3.000.000.00** |
| RECEPCIÓN DE LOS BIENES: | Mediante acta de recepción de bienes #____ de fecha _____ el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos. |

| | |
|---|---|
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | |
| PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE: | |
| EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA: | NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____ |
| EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ÍTEMS NO PREVISTOS: | NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____ |

**INFORMACIÓN ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORÍA O CONSULTORÍA**
**(Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)**

**CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO:** La FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR, prestó los servicios contratados y establecidos según objeto contractual de acuerdo con las condiciones técnicas descritas en el contrato en sus anexos, servicios prestados durante el mes de Febrero de 2021

| NOMBRE | DOCUMENTO | CUPS | NOVEDAD |
|---|---|---|---|
| HAROLD ANDRES CHAVEZ SANCHEZ | CC 1007554778 | TRATAMIENTO DE REHABILITACION | EN TRATAMIENTO |

**CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO**:

SE CERTIFICA QUE CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS ESPECIFICADAS TECNICAS Y CONDICIONES ESTIPULADAS DEL CONTRATO. SE AVALA EL PAGO DE LA FACTURA ENUNCIADA EN LA SIGUIENTE PLANILLA PARA EL PERIODO DE:
MES DE FEBRERO DE 2021

| ACTURA | FECHA FACTURA | VALOR FACTURA | NOTA CREDITO O DEBITO | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|
| **FF-450** | **02/03/2021** | **$3.000.000.00** | | **$3.000.000.00** |
| **Valor total bienes y/o servicios recibidos** | | | | **$3.000.000.00** |

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**CPS-04 LILIANA MARIA GOMEZ NOREÑA**
**JEFE SALUD MENTAL UPRES BOGOTA**

Factura elaboreda con Siigo Software empresarial. Quieres enviar facturas por Internet? Contáctanos dando Click aqui

Contacto de facturación : MARIA CAMILA MENESES DIAZ (disan.secsa-pag@policia.gov.co)
Ver historial factura

Tarea seguimiento cartera : 00.0

Enviar comentario | Reservar | Imprimir o Descargar | Rechazar | Aceptar

| 3,000,000.00 COP | 3,000,000.00 COP | 3,000,000.00 COP | 0.00 COP |
|---|---|---|---|
| Valor factura | Saldo | Vencido | Por vencer |

Ver cartera total Detalle deuda Pagos

**FUNDACION APRENDER A VIVIR**
NIT 830.507.712-4
CL 53 67 15 25
Tel: 4660000
Bogotá - Colombia
nangiraldo@fundacionaprenderavivir.com

FACTURA ELECTRONICA
**No. FFE-450**

| | | | | Fecha y hora Factura | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Señores** | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1SECCIONAL SANIDAD BOGOTA - CUNDINAMARCA- | | | **Generación** | 02/03/2021, 11:10 |
| **NIT** | 900.336.524-5 | **Teléfono** | 3505560928 | **Expedición** | 02/03/2021, 11:37 |
| **Dirección** | CR 68B BIS 44 58 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia | **Vencimiento** | 02/03/2021 |

| Item | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Mensualidad internado Febrero Harol Andres Chavez Sanchez. Autorización FAV-211220-001 | 1.00 | 3,000,000 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**
Tres millones de pesos m/cte

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 3,000,000 |
| **Total a Pagar** | **3,000,000** |

**Condiciones de Pago:**
Transferencia - Cuota No. 001 vence el 2021-03-02 por $ 3,000,000.00

**Observaciones:**