| Pagina 1 de 2 | PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| CODIGO: 2BS-FR-0019 | | |
| FECHA: 19-08-2015 | | |
| VERSION: 4 | INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL | |

Popayán, 02 de marzo de 2021

**No. S - 2021 -** 019404 **/ UPRES GUPAS-29.**

Coronel
**BORIS ALBERTO ALBOR GONZALEZ**
Comandante Policia Metropolitana de Popayan

Asunto: Informe de Supervision contrato No. 90-7-20054-20 Mes reportado febrero de 2021

| 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 CAUCA. | OSTEOSALUD CAUCA | **Vigencia**<br>**Inicio:** 01/07/2020<br>**Terminación** 30/03/2021<br>**Prorroga:** 1<br>**Inicio** 31/03/2021<br>**Terminación** 30/04/2021<br>**Adición**<br>**Inicio**<br>**Terminación** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICO DOMICILIARIOS , PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CAUCA. | **10 MESES** | **$ 945.000.000** | **8 MES** | **$ 664.437.725** | **2 MESES** | **$ 280.562.275** | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN 70,31%.<br><br>LA ENTIDAD NO HA PRESENTADO FATURACION CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO, SE LLAMO A LA SEÑORA ADRIANA BOLAÑOS ROSERO GERENTE DE LA ENTIDAD AL CELULAR 3003654638 Y SE SOLICITO ALLEGAR LA FACTURACION DURANTE LOS PRIMEROS 5 DIAS DE MARZO. |
| | | **VALOR TOTAL** | | **$ 945.000.000,00** | | | | | | |

| 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.**

| 24. ÍTEM Y/O NUMERAL | 25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| | INSUMOS | |
| | SERVICIO ASISTENCIA POR SERVICIO DE ENFERMERIA | |
| | PROCEDIMIENTOS DOMICILIARIOS TERAPÉUTICOS | |
| | ALQUILER DE EQUIPOS BIOMEDICOS | |

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Para el caso de presentación de servicios profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual 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: IT. John Jairo Sarria Rivera

Cargo: Supervisor Contrato

Teléfonos: 3104468026

Firma 