CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-06-2015	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	
VERSION: 4		

Ciudad: Bucaramanga

No. 04 GASIS ESPCO

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

Asunto: Informe de supervision contrato No **101-7-20139-20 PN UPRES DESAN CD 138 - 2020** Mes reportado ___JULIO__

1. PRORROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INICIO	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 PROFESIONAL DE ENFERMERIA	JENNY ROCIO MORENO GARCIA	Vigencia	ABRIL	4 M	$ 10.043.440,00	23 D	$ 1.924.992,66	3 M 7 D	$8.118.447,34	CUMPLIO A CABALIDAD CON CLAUSULAS CONTRACTUALES
		incio: 08/04/2020	MAYO			31 D	$ 2.510.860,00	2 M 7 D	$ 5.607.587,34	
		termino: 07/08/2020	JUNIO			30 D	$ 2.510.860,00	1 M 7 D	$ 3.096.727,34	
			JULIO			31 D	$ 2.510.860,00	7 D	$ 585.867,34	
		VALOR TOTAL								

16. El contratista cumplio con lo establecido con las clausulas contractuales?

SI: __X__

NO: ____

17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplio con lo establecido en las clausulas 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

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

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS

20. ITEM 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. OBSERVACION Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.
1	Cumplir con el objeto contractual	cumplimiento a lo pactado
27	presentar la cuenta de cobro con los respectivos soportes tales como: Informe de actividades, liquidacion en estado PAGADA de los aportes en salud, pension 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 induccion del contrato, tales como registro de planillas, entre otros	presento cuenta de cobro
28	Dar cabal cumplimiento a la agenda pactada con el respectivo Supervisor. Con el fin de garantizar a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policia Nacional la prestacion del servicio de salud en forma continua y de manera eficiente, el CONTRATISTA debera solicitar cambio de su agenda con 72 horas de anticipacion a excepcion de los casos de fuerza mayor	cumplimiento a la agenda pactada
34	Hacer la clasificacion rapida de todos pacientes que llegan al servicio de urgencias de acuerdo a los protocolos establecidos	cumplimiento a lo pactado
42	Portar uniforme Institucional o el establecido segun el instructivo 022, que lo identifica como profesional de la Clinica Regional del Oriente Seccional Sanidad Santander	cumplimiento a lo pactado

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES N. 101 7-20139 20

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 08/04/2020 Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI X NO ___

Grado y Nombre del Supervisor: Medico LEYDI ZULAY GONZALEZ CONTRERAS
Cargo: LÍDER TRIAGE
Telefonos: 3016805208
Anexos:

Firma _____