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

Bucaramanga

No. 03 GASIS ESPCO

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

Asunto: Informe de supervision contrato No. **101-7-20180-20 PN UPRES - DESAN CD 175- 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	NANCY JOHANA LUNA ORDUZ	Vigencia	MAYO	11 M 18 D	$ 31.184.792.00	24 D	$ 2.149.296.00	10 M 24 D	$ 29.035.496.00	CUMPLIMIENTO DE CLAUSULAS CONTRACTUALES CONTRATISTA, NO SE HAN RECIBIDO QUEJAS POR PARTE DE USUARIOS NI FUNCIONARIOS
		incio: 07/05/2020	JUNIO			30 D	$ 2.686.620.00	9 M 24 D	$ 26.348.876.00	
		termino: 24/04/2021	JULIO			31 D	$ 2.686.620.00	8 M 24 D	$ 23.662.256.00	
		VALOR TOTAL								

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

SI __X__

17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplio con lo establecido en las clausulas y especificaciones tecnicas 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 comunicacion oficial No_____ de _____ mediante la cual se informa al ordenador del gasto el incumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato

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

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS

20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TECNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.

24. ITEM Y/O NUMERAL	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TECNICA	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 de 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 agenca 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 deberá 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 lleguen al servicio de urgencias de acuerdo a los protocolos establecidos	cumplimiento a lo pactado
42	Portar uniforme institucional o lo establecido segun el instructivo 022 que lo identifica como profesional de la Clinica Regional de Oriente Seccional Sanidad Santander	cumplimiento a lo pactado

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES N. 101-7-20180-20

Para el caso de prestacion de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida 07/05/2020 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
Teléfonos: 3016805208
Anexos:

Firma