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

Bucaramanga,

No. 8 UPRES - DESAN

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

Asunto: Informe de supervision contrato No **101-7-20179-20 (SFI 179)** Mes reportado ENERO **PN UPRES DESAN SA MC 001 2020**

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	
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL–UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO No. 002 DE 2001 DEL CSSMP.	PALLANA – CENTRO TERAPEUTICO DE ESTIMULACION DE LA INTELIGENCIA S.A.S	Inicio: 01/06/2020	JUNIO	11 M	VIGENCIA 2020: $590.400.000	1M	$70.144.000,00	10M	$635.456.000,00	SERVICIOS REALIZADOS SIN NOVEDAD.
		Termino: 30/04/2021	JULIO			1M	$86.774.900,00	9M	$548.681.100,00	
			AGOSTO			1M	$84.486.900,00	8M	$464.194.200,00	
			SEPTIEMBRE			1M	$95.235.300,00	7M	$368.958.900,00	
			OCTUBRE			1M	$96.979.000,00	6M	$271.979.900,00	
			NOVIEMBRE			1M	$91.659.500,00	5M	$180.320.400,00	
			DICIEMBRE		VIGENCIA 2021: $115.200.000	1M	$65.120.400,00	4M	$115.200.000,00	
			ENERO			1M	$58.553.400,00	3M	$56.646.600,00	
		VALOR TOTAL	$706.600.000,00							

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, 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.**
	El Contratista para efectos de facturación entenderá como plan de beneficios (POS) de la Policía Nacional, el conjunto de actividades, y procedimientos, relacionados y definidos en el	CUMPLE
	Verificar la información del usuario que permita establecer que pertenece al subsistema de salud de la POLICIA NACIONAL	CUMPLE
	Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento informado.	CUMPLE
	Realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos acordes con las guías de manejo establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional	CUMPLE
	Permitir el acceso del médico auditor concurrente a los servicios que se estén prestando a los usuarios, así como a las historias clínicas, estadísticas, soportes y documentos relacionados con la atención del paciente y facilitar de ser necesarios, la verificación y revisión de los servicios prestados	CUMPLE

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 PT.MAYRA VIVIANA TELLO PLATA

Cargo. RESPONSABLE DE REHABILITACION Y APOYO TERAPEUTICO

Teléfonos: 644 7295 EXT 7223

Anexos:

Firma _____