| 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. 9 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 FEBRERO **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: $690.400.000 | 1M | $70.144.000,00 | 10M | $635.456.000,00 | CONTRATO QUE FINALIZA 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: $116.200.000 | 1M | $65.120.400,00 | 4M | $115.200.000,00 | |
| | | | ENERO | | | 1M | $58.553.400,00 | 3M | $56.646.600,00 | |
| | | | FEBRERO | | | 1M | $56.646.600,00 | 2M | $0,00 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | VALOR TOTAL | $705.600.000,00 | | | | | | | |

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

SI. X

NO. ____

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.

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 _____