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

Pereira - Risaralda, Noviembre 30 de 2020

No. 01 /RASES - JEFAT

Mayor
CARLOS ANDRÉS CAMACHO VESGA
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 3
Pereira.-

Asunto: Informe de Supervision contrato No. **86-7-20162-20** Mes reportado **NOVIEMBRE**

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	
LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FISIATRÍA CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS QUE SE DERIVE DE LOS MISMOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3	CONTROL D IPS S.A.S	Vigencia: Incio 29/10/2020 Termino 31/08/2021 Adición: Inicio termino VALOR TOTAL	LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FISIATRÍA CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS QUE SE DERIVE DE LOS MISMOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3 $87.500.000,00	10 MESES Y 03 DÍAS	$87.500.000,00	29/11/2020 AL 30/11/2020	$0,00	09 MESES	$87.500.000,00	PARA EL MES DE NOVIEMBRE LA ENTIDAD CONTROL D IPS S.A.S, NO FACTURA NINGÚN VALOR PARA SU EJECUCIÓN DEL CONTRATO; POR TAL MOTIVO LA ENTIDAD MANIFIESTA QUE PARA EL MES DE DICIEMBRE ENVIARA LA FACTURA CORRESPONDIENTE AL MES DE NOVIEMBRE QUEDANDO UN VALOR POR EJECUTAR DE OCHENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($87.500.000,00)

19-12-20
SI FABIO ANDRES GARCIA SUAREZ
Tecnologo en Atencion Prehospitalaria
C.C. 1.439.037
Reg. 5-6378-12

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.

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

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.
1	LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FISIATRÍA CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS QUE SE DERIVE DE LOS MISMOS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3	CUMPLIÓ CON CABALIDAD LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LA UNIDAD PRESTADORA EN SALUD DE RISARALDA, CON SEDE EN PEREIRA COMO ESTÁ ESTIPULADO EN EL OBJETO DEL CONTRATO

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** X **NO** ___

Grado y Nombre del Supervisor Patrullero JAIRO IVAN HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Cargo Integrante de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3

Teléfonos: 3136095467

Anexos:

Firma _____

POLICÍA NACIONAL	**Procedimiento:** Asegurar la Calidad	Página 1 de 1
		Código: 1LA-FR-0037
	EVALUACIÓN DE PROVEDORES	**Fecha:** 22-05-2010
		Versión: 0

FECHA: 30/11/2020	**1. DATOS DEL PROVEEDOR**				
Nombre o razón social	CONTROL D IPS S.A.S			Nit/cédula de ciudadanía	901.182.731-4
Dirección	Calle 12 18-24 Consultorio 611 Torre 3 Megacentro Pinares Pereira - Risaralda			Teléfono	(6) 3167409 – 3158734760
Producto		Servicio	X	Proveedor de:	La prestación de los servicios de fisiatría consulta y procedimientos que se derive de los mismos para los usuarios del subsistema de salud de la Policia Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No 3.

2. CONCEPTOS OBJETO DE EVALUACIÓN

De acuerdo a los servicios prestados por esta empresa/persona califique de **1** a **10** según el parámetro a evaluar y finalmente haga sus consideraciones al respecto, si la evaluación es inferior a **7** se considera que el produc

CONCEPTOS TECNICOS	**CONCEPTOS ADMINISTRATIVOS**
2.1 Se ha observado durante las diferentes entregas el cumplimiento en los requisitos técnicos exigidos al momento de efectuar la compra en relacion a aquellos que se entregan como insumo, producto y/o servicio. **CALIFICACION** 09	2.6 El tiempo de respuesta para aclaraciones y/o información solicitada por parte del Grupo Control de Calidad ha sido oportuno y su contenido adecuado frente a la solicitud realizada. **CALIFICACION** 09
2.2 Se hace entrega formal del insumo, producto y/o servicio junto con la documentacion que respalda su calidad y demuestra el cumplimiento con los estándares y/o conceptos solicitados por el Grupo al momento de las compras. **CALIFICACION** 09	2.7 El manejo de quejas, reclamos y no conformes es adecuado frente a las necesidades del Grupo Control de Calidad, se brindan soluciones efectivas y valiosas para el proceso sin generar traumas al Grupo. **CALIFICACION** 09
2.3 Se hace devolución del insumo, producto y/o servicio por incumplimiento en los lineamientos técnicos o por presentar un estado no apto para su uso ya sea en el embalaje o el transporte efectuado por el proveedor. **CALIFICACION** 09	2.8 Ante una eventualidad o necesidad complementaria a las estipuladas, se evidencia un alto compromiso y apoyo técnico durante la adquisición de insumos, productos y/o servicios por parte del proveedor. **CALIFICACION** 09
2.4 El servicio y atención post-venta ha sido el apropiado y cumple con las necesidades del Grupo Control de Calidad, se evidencia interés y eficiencia en la prestación del servicio, entrega del bien y en la calidad de su insumo, producto y/o servicio. **CALIFICACION** 09	2.9 Se observa un Sistema de Gestión certificado o implementado el cual brinda manejo en procedimientos acordes, que garantizan el buen servicio y calidad de los insumos, productos y/o servicios. **CALIFICACION** 09
2.5 Los tiempos de entrega de los insumos, productos y/o servicios adquiridos estan dentro de lo acordado y bajo la necesidad que presenta el Grupo Control de Calidad sin generar retrasos o afectar la prestación del servicio del grupo. **CALIFICACION** 09	**Convenciones:** **NA:** No aplica **1:** Malo **10:**Excelente
OBSERVACIONES	**OBSERVACIONES**

PT. JAIRO IVAN HERNÁNDEZ MARTÍNEZ		
Coordinador Técnico	**Coordinador del Sistema de Gestión**	**Jefe Grupo Control de Calidad**