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

Ciudad y fecha: Bucaramanga

No. _____ 4

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

Asunto: Informe de supervision contrato No. _____ **101-7-20229-20** Mes reportado **AGOSTO** PROCESO: **PN UPRES DESAN CD 225**

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	
PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	**MANUEL FERNANDO PARDO GALVIS**	Vigencia: 2020	may-20	4 MESES	46.039.324	5 DAS	$ 1.918.305,17	25 DIAS Y 3 MESES	44.121.018,83	**EL CONTRATO SE HA EJECUTADO SIN NOVEDAD**
		incio: 26/05/2020	jun-20			1 MES	$ 11.509.831,00	25 DIAS Y 2 MESES	$ 32.611.187,83	
		termino: 25/09/2020	jul-20			1 MES	$ 11.509.831,00	25 DIAS Y 2 MESES	$ 21.101.356,83	
			ago-20			1 MES	$ 11.509.831,00	26 DIAS Y 1 MESES	$ 9.591.525,83	
		Adición:								
		Inicio:								
		termino:								
		VALOR TOTAL	**$ 46.039.324,00**				**36.447.798,17**		**9.591.525,83**	

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 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. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.**
27	Presentar la cuenta de cobro con los respectivos soportes tales como: informe de actividades, liquidación en estado PAGADA de los aportes en salud, pensión 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 inducción del contrato, tales como registro de planillas, entre otros.	CUENTA DE COBRO
48	Realizar los estudios radiológicos solicitados por los diferentes servicios de la Clínica Regional del Oriente y por la Red externa.	INFORME ACTIVIDADES
47	Realizar e interpretar las ecografías que sean requeridos para los usuarios del sistema de subsalud Policial. 25) Realizar estudios radiológicos especializados que ameriten intervención directa del Médico radiólogo pro el alto grado de complejidad.	INFORME ACTIVIDADES
28	Dar cabal cumplimiento a la agenda pactada con el respectivo líder de apoyo diagnóstico. Con el fin de garantizar a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional la prestación del servicio de salud en forma continua y de manera eficiente, la CONTRATISTA deberá solicitar cambio de su agenda con 72 horas de anticipación a excepción de los casos de fuerza mayor.	CUENTA DE COBRO

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 26-05-2020 Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI _x__ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor PRO-06 LYDA MARIA ROJAS FIERRO

Cargo. **Responsable de Servicios en Salud (Ayudas Diagnosticas)**

Teléfonos: 3002097981

Anexos: (FORMATO 7 CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO, PLANILLA APORTES, INFORME DE ACTIVIDADES. CUENTA DE COBRO)

Firma