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

Bogotá D.C. ENERO 10 de 2021

No.10 _____HOCEN/CEST

Señor Coronel
**DOMINGO ALFREDO LOPEZ DALES**
**Director Hospital Central Policia Nacional**
Bogota

Asunto: Informe de Supervision contrato No. 96-8-20220-20 Mes reportado **dic-20**

| **1. PRÓRROGA No.** | | **2. ACLARATORIO No.** | **3. MODIFICATORIO No.001 DEL 8 SEPTIEMBRE 2020** | **4. OTROS: MODIFICACION 002 DEL 2020** |
|---|---|---|---|---|
| INCIO: | TERMINO: | FECHA: | FECHA TERMINACION 30 DE DICIEMBRE 2020 | FECHA TERMINACION 28 DE FEBRERO 2021 |
| | | | ADICION DE TIEMPO | ADICION EN TIEMPO |

| **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** | |
| **SUMINISTRO DE INJERTOS DE HUESOS Y OTROS TEJIDOS DEL BANCO DE HUESO DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA, NEUROCIRUGIA, CIRUGIA MAXILOFACIAL Y CIRUGIA DE MANO Y PLASTICA DEL HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL ORTOPEDIA HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL** | **FUNDACION COSME Y DAMIAN** | **Vigencia 2020-2021**<br>**incio: 21/12/2018**<br>**termino: 2021**<br>**Adición:**<br>**Inicio:**<br>**termino:**<br>**VALOR TOTAL** | **SUMINISTRO DE INJERTOS DE HUESOS Y OTROS TEJIDOS DEL BANCO DE HUESO DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA, NEUROCIRUGIA, CIRUGIA MAXILOFACIAL Y CIRUGIA DE MANO Y PLASTICA DEL HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL ORTOPEDIA HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL** | **12 MESES** | **87.000.000,00** | 1-mar-20<br>1-abr-20<br>1-may-20<br>1-jun-20<br>1-jul-20<br>1-ago-20<br>1-sep-20<br>1-oct-20<br>1-nov-20<br>1-dic-20<br>**81.882.000,00** | 0,00<br>0,00<br>30.427.000,00<br>2.488.000,00<br>0,00<br>0,00<br>478.000,00<br>20.538.000,00<br>9.642.000,00<br>18.309.000,00<br>**5.118.000,00** | 12 meses<br>11 meses<br>10 meses<br>9 meses<br>8 meses<br>7 meses<br>6 meses<br>5 meses<br>4 meses<br>3 meses | 87.000.000,00<br>87.000.000,00<br>56.573.000,00<br>54.085.000,00<br>54.085.000,00<br>54.085.000,00<br>53.607.000,00<br>33.069.000,00<br>23.427.000,00<br>5.118.000,00<br>**5.118.000,00** | A la fecha se ha ejecutado el 94% de la vigencia 2020-2021 |

| | | |
|---|---|---|
| 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. |

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

| **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.** |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**CONTRATO DE PRESTACION 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: TE. NAYUDY GONZALEZ SIERRA**

**Firma**

**Cargo: Instrumentadora Quirúrgica Jefe Servicio Esterilización**
**Teléfonos: 2202321- 2202151**
**Anexos:** Ninguno no se hizo ninguna entrega