	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	Versión N°:	01
		Vigencia:	17-11-2020

UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: ____GACAR-ESM5382_____

FECHA INFORME: Día: __02_ Mes: ___07_____. Año: ____2021____

CONTRATO N°. _____102-MDN-COGFM-DIGSA-JEFSA-FAC-2021_____

CONTRATISTA: ___ INVERSIONES Y SERVICIOS FAMAN S.A.S._____

VALOR DEL CONTRATO: ____$ 7.500.000_____

FORMA DE PAGO: EL MINISTERIO tendrá en cuenta para efectos de facturación y proceso de auditoría lo contemplado en el Decreto 4747 de 2007 "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones", de conformidad con lo anterior el Ministerio pagará al contratista el valor del contrato de acuerdo al proceso de facturación, pagos y glosas determinado en la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Protección Social hoy Ministerio de Salud y de la Protección Social, modificada por el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. No obstante, por tratarse de una Entidad Pública, los pagos quedan sujetos a los desembolsos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Así mismo la factura debe cumplir con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN y con el valor dentro de las tarifas pactadas en el acuerdo de voluntades, las cuales deberán ser entregadas al mes inmediatamente anterior dentro de los quince (15) días del mes siguiente a la prestación de los servicios, en la Jefatura de Salud ubicada en la Avenida Caracas No. 66-24 ó donde funcione, acompañada de los siguientes documentos: 1. Certificación de pago al Sistema General de Seguridad Social Integral (Pago de aportes en Salud, Pensión y Sistema de Riesgos Laborales) y de Aportes Parafiscales (ICBF, SENA, Caja de Compensación Familiar). 2. La publicación en el SECOP II de la factura y el certificado de aportes parafiscales por el contratista una vez sea aprobada y radicada por la entidad. 3. Acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato. Proyección PAC mensual según recibido a satisfacción de los servicios con cortes de facturación realizados mensualmente, factura del mes inmediatamente anterior con sus respectivos soportes. La facturación de diciembre se pagará en el PAC de diciembre y/o se constituirá en Cuentas por pagar, pagaderas en el primer trimestre del año 2022. La forma de pago establecida podrá variar en el caso en que en algún lapso no se realicen intervenciones, consultas y/o procedimientos, sin necesidad de modificar el contrato y mediante decisión unilateral del MINISTERIO. En todo caso, el pago del valor del contrato se subordina a las apropiaciones y disponibilidades presupuestales de las vigencias fiscales 2021.

FECHA FIRMA: Día __08__. Mes ___06__. Año __2021__.

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TOMA Y LECTURA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM DEL ESM 5382 DEL GRUPO AÉREO DEL CARIBE

CONTRATO MODIFICATORIO No. N/A: (repetir esta información por cada modificatorio efectuado)

FECHA DE FIRMA: N/A

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: N/A

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual, desde el _10-06-2021__ hasta el ___10-12-2021_____

Porcentaje Avance en tiempo: _12,02__%

Porcentaje de Ejecución (con relación a los bienes y/o servicios recibidos): ____4,83____%

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Recursos Girados: (relacionar los pagos realizados a la fecha del informe)

Porcentaje de pagos realizados: _____0_____%

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: ___100_____%

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
N/A	N/A	N/A

INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES AL CONTRATISTA:

No __X____ Sí _____

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA FAC O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES A LA FAC:

No _X__. Sí ____.

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ESTA ESTRUCTURADO SOBRE UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

No _X___ Sí ____

(En caso afirmativo deberá anexarse el cronograma con el porcentaje de avance de cada tarea o actividad).

DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA AJUSTADO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS DOCUMENTOS DEL CONTRATO (PLIEGO DE CONDICIONES, INVITACION PUBLICA, SOLICITUD DE OFERTA, OFERTA, CONTRATO Y OTROS DOCUMENTOS)

No ____ Sí __X___

En caso negativo explicar detalladamente las razones por las cuales no se ha dado cumplimiento a los términos y condiciones por parte del contratista:

DESCRIPCION DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INFORME DE TRABAJOS REALIZADOS POR EL CONTRATISTA DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN
(Listar actividades específicas realizadas)

DURANTE ESTE PERIODO SE REALIZARON 3 CONSULTAS DE TOMA Y LECTURA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS POR LA SUMA DE $ 361.900

ANEXOS SOPORTES DEL PAGO O PAGOS REALIZADOS DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISION (SOPORTES DE LA FACTURACION).
(Cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)

NO APLICA

DESCRIPCION DETALLADA DE TRABAJOS PENDIENTES Y OBSERVACIONES:
(Listar actividades específicas pendientes y demás aspectos a tener en cuenta sobre la ejecución del contrato)

CONTINUAR CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE TOMA Y LECTURA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM DEL ESM 5382 DEL GRUPO AÉREO DEL CARIBE

SEGUIMIENTO A RIESGOS:
"¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI: _____ NO: ____x____

En el evento que la respuesta sea afirmativa, se requiere se anexe el correspondiente soporte documental para su posterior ajuste y tratamiento, el cual deberá ser verificado por el supervisor del contrato en los siguientes informes de supervisión.

NOMBRE SUPERVISOR:	T2. VELEZ CHRISTIAN ANDRES
FIRMA:	
C.C. No.	14.700.858
DEPENDENCIA:	ESM5382

NOTA: El presente formato deberá ser diligenciado, en su totalidad de forma obligatoria.