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

UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: **ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 56158602982**

FECHA INFORME: Día: 02 Mes: DICIEMBRE. Año: 2020

CONTRATO N°. No.014-00-CACOM-5- ESM6029-2020

CONTRATISTA: SERVICIOS KVAL S.A.S.

VALOR DEL CONTRATO: CATORCE MILLONES DOSCIENTOS MIL CIENTO DIEZ PESOS M/CTE (**$14.200.110,00**)

FORMA DE PAGO:

PAC	VALOR	FECHA DE RADICACIÓN DOCUMENTOS PARA PAGO
PRESUPUESTO 2020		
CUENTAS POR PAGAR 2020, LAS CUALES SERÁN CANCELADAS DENTRO DEL PRIMER TRIMESTRE DEL 2021 Y/O PAC DICIEMBRE DEL AÑO 2020 DE ACUERDO A DISPONIILIDAD DE PAC	De acuerdo a facturación	El día 30 de noviembre de 2020
CUENTAS POR PAGAR 2020, LAS CUALES SERÁN CANCELADAS DENTRO DEL PRIMER TRIMESTRE DEL 2021	De acuerdo a facturación.	A más tardar el día 31 de diciembre de 2020
PRESUPUESTO 2021		
CONTRA FACTURACIÓN MENSUAL	De acuerdo a facturación	A más tardar el último día de cada mes.

FECHA FIRMA: Día 29. Mes OCTUBRE. Año 2020.

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACION DEL SERVICIO DE ASEO INTEGRAL DE ASIO Y LIMPIEZA HOSPITALARIA PARA LAS INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 6029 DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 5

CONTRATO MODIFICATORIO No.: N/A

FECHA DE FIRMA: N/A

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: N/A

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual, desde el 12 de noviembre de 2020 hasta el 30 de junio de 2021

Porcentaje Avance en tiempo: 12,5%

Porcentaje de Ejecución (con relación a los bienes y/o servicios recibidos): 12,5%

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)
OLGA LUCIA HENAO GARCIA	SERVICIOS GENERALES	CC 39.445.380

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 ____ Sí __X__

(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)

_____
_____
_____
_____
_____

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): N/A

_____

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

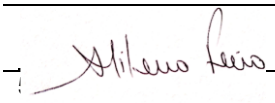
_____
_____
_____
_____
_____

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: ___X_____ NO: _____

En el presente lapso no se evidenció la materialización de algún riesgo.

NOMBRE SUPERVISOR: SM10 ANA MILENA PEÑA MEDINA

FIRMA: 

C.C. No.

DEPENDENCIA: ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 56158602982