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

Valledupar-Cesar, 13 DE DICIEMBRE DE 2018

No._____ ARSAN -DECES

Señor Coronel
**MAURICIO PEDRAZA ROCHA**
**COMANDANTE DEPARTAMENTO DE POLICIA CESAR**
Valledupar

Asunto: Informe de supervision contrato 23-7-20030-2018 mes de NOVIEMBRE DE 2018

| 1. PRÓRROGA No. | 2. ACLARATORIO No. | 3. MODIFICATORIO No. | 4. OTROS |
|---|---|---|---|
| INICIO 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 | |
| Prestacion de servicios de salud en rehabilitación y habilitación física y cognitiva (hidroterapia, terapia miofuncional, terapia comportamental y aba, integración sensorio motriz, terapias basadas en neurodesarrollo física, ocupacional y lenguaje) para el niño y adolescente en condición discapacidad afiliado al subsistema de salud de la policia nacional en el Área de Sanidad DECES que hayan sido ordenados por fallos de tutela, desacatos o acciones judiciales, | CENTRO DE HABILITACION INFANTIL DEL CESAR CENHAIC | Vigencia 2017 | CENTRO DE HABILITACION INFANTIL DEL CESAR | 10 | $ 78.000.000,00 | 1 | $ 5.720.000,00 | 4 | $ 72.280.000,00 | |
| | | incio 14/09/2018 | | | $ 72.280.000,00 | 1 | $ 11.120.000,00 | 3 | $ 61.160.000 | |
| | | termino :31/12/2018 | | | $ 61.160.000,00 | 1 | $ 9.840.000,00 | 2 | $ 51.320.000 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | VALOR TOTAL | $ | 73.000.000,00 | | | $ 26.680.000,00 | | $ 46.320.000,00 | |

| | | |
|---|---|---|
| 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 |

| 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**

Firma _____

Grado y Nombre del Supervisor SI. SANDRA BECERRA ESCORCIA

Cargo: FISIOTERAPEUTA AREA DE SANIDAD CESAR

Teléfono: 3217483570

Anexos: ( Recibo a satisfacciòn de los servicios, copia de parafiscales y facturaciòn )