| Pagina 1 de 5 | | |
|---|---|---|
| CODIGO: 2BS-FR-0019 | INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL | POLICIA |
| FECHA: 19-08-2015 | | |
| VERSION: 4 | | |

YOPAL CASANARE 05 DE AGOSTO DEL 2018

No. S-2018 047749 /ARSAN-JEFAT/29.25

Señor Coronel
**JOSE LUIS RAMIREZ HINESTROZA**
**Comandante Departamento Policia Casanare**
yopal Casanare

Asunto: Informe de contrato N° 21-7-20047-17 MES REPORTADO : JULIO

| 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 | |
| PRESTACION DEL SERVICIO INTEGRAL DE ASEO HOSPITALARIO PARA LAS INSTALACIONES DEL AREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE | ASESORIA E INGENIERIA, SERVICIOS Y SUMINISTROS S.A.S | Vigencia<br>Inicio: 01/08/2017<br>Terminación: 27/07/2018<br>Adición: 9.926.720.00<br>Inicio:<br>termino:30/11/2018 | PRESTACION DEL SERVICIO INTEGRAL DE ASEO HOSPITALARIO PARA LAS INSTALACIONES DEL AREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE | 16 MESES | VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 39.706.888,00 | AGOSTO | $2,596,636.00 | 11 MESES | $27,183,532.00 | |
| | | | | | | SEPTIEMBRE | NO HAN FACTURADO | 10 MESES | $27,183,532.00 | |
| | | | | | | OCTUBRE | $2,596,636.00 | 9 MESES | $24,586,896.00 | |
| | | | | | | NOVIEMBRE | $5,193,272.00 | 8 MESES | $19,393,624.00 | |
| | | | | | VIGENCIA 2018 26.723.707,00 | DICIEMBRE | $2,596,637.00 | 7 MESES | $16,796,987.00 | EL CONTRATISTA CUMPLE CON LA FACTURACION DE LA VIGENCIA 2017 |
| | | | | | | ENERO | $2,086,583.00 | 6 MESES | $14,710,404.00 | |
| | | | | | | FEBRERO | $2,434,346.00 | 5 MESES | $12,276,058.00 | |
| | | | | | | MARZO | $2,434,346.00 | 4 MESES | $9,841,712.00 | |
| | | | | | | ABRIL | $2,434,346.00 | 3 MESES | 7,407,366.00 | |
| | | | | | | MAYO | $2,434,346.00 | 2 MESES | 4,973,020.00 | |
| | | | | | | JUNIO | $2,434,346.00 | 1 MES | 2,538,674.00 | |
| | | | | | VIGENCIA 2017 $12.983.181,00 | JULIO | $9,926,720.00 | 5 MESES | 12,465,394.00 | SE HACE ADICION Y PRORROGA AL CONTRATO HASTA EL 30/11/2018 |
| | | | | | | JULIO | $2,434,346.00 | 4 MESES | 10,031,048.00 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | VALOR TOTAL | $39.706.888.00 | | TREINTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS | | | | | |

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.

| 16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales? | 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. |
|---|---|---|

**19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS**

| 20. ÍTEM Y/O NUMERAL | 21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | 22. OBSERVACION 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. OBSERVACION Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES**

Grado y Nombre del Supervisor Intendente JOSE GREGORIO MONTERREY MONOGA
Cargo JEFE (E ) AREA DE SANIDAD CASANARE
Teléfonos:

Anexos:

Firma _____