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

Bogotá D.C. , 09 de Noviembre 2.018

No. 006 DEMED/ HOCEN

Señor Coronel
ALBEIRO RUIZ REYEZ
Director Hospital Central
Ciudad.-

Asunto: Informe de Supervisión contrato No. 96-7-20241-18 Mes reportado Octubre 2.018

1. PRÓRROGA No.	2. MODIFICATORIO No	3. ADICION No	4. OTRO SI No
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	
Prestación del servicio de estudios especializados de patología, inmunohistoquímica, biología molecular y genética, de las especialidades de hematología y oncología del Hospital Central e con destino a los usuarios del subsistema de salud de la Policial Nacional	Diagnóstico especializado por Citometria de Flujo Ltda.	**Vigencia inicio** 25 de mayo 2.018 **termino** 17 de diciembre 2.018	Número de atenciones prestadas de acuerdo a demanda hasta agotar el presupuesto	veintiún (21) meses y veinte (20) días	$128.795.400	Número de atenciones prestadas, facturadas y radicadas del 01/10/2.018 al 31/10/2.018	$17.401.000	Número de atenciones a prestar, número de atenciones prestadas y/o no facturadas del 25/05/2.018 al 17/12/2.018	$74.419.400	Valor ejecutado $54.376.000 Porcentaje de ejecución (42.2%). Promedio de ejecución mensual $10.456.923. En tramite sustitución de recursos por $62.000.000 vigencia 2,018 a 2,019, y prorroga hasta el mes de junio 2019.
		VALOR TOTAL	**$ 128.795.400**							

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.
	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. 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.**
25	El **CONTRATISTA** deberá cumplir con la obligacion de pagar los Aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones,Riesgor Profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicara lo contenido en losArticulos 1 y 7 del Decreto 1828 de 2013	El contratista certifica el pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales, como requisito para la emisión del recibo a satisfacción y el pago de la factura.

CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 : Doctor.**OSCAR EDUARDO GONZALEZ FIGUEREDO**

Cargo: Jefe Encargado Servicio de Hemato-oncología Hospital Central

Teléfonos: 2202144-2202145

Anexos: Copia RAS y facturas

Firma _____