FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN

UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: **COMANDO AÈREO DE COMBATE No 1**

FECHA INFORME: Día 18 de diciembre del Año 2019.

CONTRATO N°: No. 001-DISAN-FAC-CACOM-1- ESM255728511782-2019

CONTRATISTA: **LABORATORIO CLÍNICO MARCELA HOYOS S.A.S – NIT. 900.435.146-9**

VALOR DEL CONTRATO: CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000,00) M/CTE

FORMA DE PAGO:

El Ministerio de Defensa Nacional, Dirección General de Sanidad Militar, pagará el valor total del contrato adjudicado de acuerdo al corte de facturación; Vigencia 2019: hasta la suma de CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000,00) M/CTE previa presentación de Factura y/o cuenta de Cobro, Acta parcial de Recibo a Satisfacción de los servicios objeto del contrato suscrita con el SUPERVISOR, Certificación de pago de Aportes Parafiscales y demás trámites administrativos a que haya lugar.

MES	PAC PROGRAMADO	**VALOR A PAGAR HASTA**	**FECHA DE FACTURACIÓN**
28-Feb-2019	Abril 2019	De acuerdo a facturación	04-Mar-2019
31-Mar-2019	Mayo 2019		04-Abr-2019
30-Abr-2019	Junio 2019		03-May-2019
31-May-2019	Julio 2019		04-Jun-2019
30-Jun-2019	Agosto 2019		04-Jul-2019
31-Jul-2019	Septiembre 2019		05-Ago-2019
31-Ago-2019	Octubre 2019		04-sep-2019
30-sep-2019	Noviembre 2019		04-Oct-2019
31-Oct-2019	Diciembre 2019		04-Nov-2019
30-Nov-2019	Diciembre-2019 y/o Cuentas por pagar de la vigencia fiscal 2019, pagaderos en el primer trimestre del año 2020		04-Dic-2019

FECHA FIRMA: 13 de febrero de 2019

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 255728511782 DEL CACOM-1 PARA LA VIGENCIA 2019 SEGÚN FICHA TECNICA."

FECHA CUMPLIMIENTO ÚLTIMO REQUISITO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (Registro Presupuestal, Aprobación Garantía Única y/o Acta de Inicio):

Día 01 Mes Marzo Año 2019

CONTRATO MODIFICATORIO N° 1:

LABORATORIO MARCELA HOYOS S.A.S. es 900.561.068-1 y no como se encuentra inicialmente

FECHA DE FIRMA: 19-02-2019

CONTRATO MODIFICATORIO N° 2:

Adición presupuestal por valor de quince millones de pesos ($15.000.000,00), modificación forma de pago quedando así:

VALOR DEL CONTRATO INCLUIDA LA ADICIÓN:

SESENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($65.000.000,00) M/CTE.

FORMA DE PAGO INCLUIDA LA ADICIÓN:

EL MINISTERIO pagará AL CONTRATISTA de la El valor del presente proceso contractual se cancelará una vez recibidos los servicios y habiendo tramitado toda la documentación requerida para los pagos, de acuerdo al siguiente cuadro:

	FECHA CORTE	PAC PROGRAMADO	VALOR	FECHA
SANIDAD	28-Feb-2019	Abril-2019	De Acuerdo a facturación.	04-Mar-2019
	31-Mar-2019	Mayo-2019		04-Abr-2019
	30-Abr-2019	Junio-2019		03-May-2019
	31-May-2019	Julio-2019		04-Jun-2019
	30-Jun-2019	Agosto-2019		04-Jul-2019
	31-Jul-2019	Septiembre-2019		05-Ago-2019
	31Ago-2019	Octubre-2019		04-Sep-2019
	30-Sep-2019	Noviembre-2019		04-Oct-2019
	31-Oct-2019	Diciembre-2019		04-Nov-2019
	30-Nov-2019	Diciembre-2019 y/o Cuentas por pagar de la vigencia fiscal 2019, pagaderos en el primer trimestre del año 2020.		04-Dic-2019

FECHA DE FIRMA: 22 de Agosto de 2019

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

El Contratista entregará a entera satisfacción la totalidad de los Servicios contratados a más tardar el día 30 de Noviembre de 2019.

Porcentaje Avance en tiempo: 100%

Porcentaje de Ejecución (en relación a los servicios recibidos): 100%

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Recursos Girados: Primer Pago Parcial $9,251,000.00 - Segundo Pago Parcial $4,632,000.00 – Tercer Pago Parcial $9,472,000.00 – Cuarto Pago Parcial $5,128,000.00 – Quinto Pago Parcial $5,616,000.00 – Sexto Pago Parcial $8,522,000.00 – Séptimo Pago Parcial $7,847,000.00 – Octavo pago parcial $7,785,000.00 – Noveno pago total $6,742,000.00

Porcentaje de pagos realizados: 100 %

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: 0 %

Nota: Queda saldo por valor de cinco mil pesos moneda corriente ($5.000,00) el cual será reducido del registro presupuestal.

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, ADENDAS, PROPUESTA, 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 y objetivos alcanzados)

No aplica

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)

Liquidar el 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:_____ 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	TE. JAIMES MÉNDEZ SANDRA MILENA
FIRMA:	
C.C. No.	1.090.374.773 de Cúcuta
DEPENDENCIA:	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 255728511782 CACOM-1

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