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

Neiva, 31 / 08/2019

No. 07 SECSA DEUIL

Señora TC.
JENNY MARCELA CALVO BERNAL
Jefe Seccional Sanidad Huila
Neiva

Asunto: Informe de supervision contrato No. 85-8-20035-2019 Mes reportado AGOSTO

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No. 001 DE 2019	4. OTROS
INCIO: TERMINO:	FECHA:	FECHA: 21 AGOSTO 2019	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	
SUMINISTRO DE DIETAS HOSPITALARIAS PARA LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA CLINICA REGIONAL LA INMACULADA DE LA SECCIONAL DE SANIDAD HUILA	ASESORIAS E INGENIERIA, SERVICIOS Y SUMINISTROS S.A.S (AIS)	Vigencia incio 22/02/2019 termino 2019/12/31 Adición: $ 22.000.000 Inicio: 21/08/2019 termino: 15/02/2020	SUMINISTRO DE DIETAS HOSPITALARIAS PARA LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA CLINICA REGIONAL LA INMACULADA DE LA SECCIONAL DE SANIDAD HUILA	11 MESES Y 22 DIAS	$ 72,000,000.00	01 MES	$ 8,070,123.00	5 MESES 15 DIAS	$ 22,187,990.00	SE DA TRAMITE A LA FACTURA N° FC-2359 DE FECHA 31-08-2019 POR VALOR DE $8.070.123,00 SERVICIOS PRESTADOS EN EL MES DE AGOSTO Y PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL MES DE AGOSTO N° 8495165355,EL CONTRATO AL MES DE AGOSTO SE HA EJECUTADO EL 69.18 %.
		VALOR TOTAL	72.000.000							

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 cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

Scanned by CamScanner

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

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS

20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

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.
OBLIGACION ESPECIFICA N°1	PRESENTAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUENTA DE COBRO CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES LEGALES	PAGO SALUD Y PENSION PLANILLA N° 8495165355, FACTURA N°2359

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 NO ___

Firma Jeidi Caterine Poloa.

Grado y Nombre del Supervisor : PT. JEIDI CATERINE POLOA APACHE
Cargo : SUPERVISOR DE CONTRATO
Teléfonos:_____
Anexos: (PLANILLA PAGO SALUD PENSION-CUENTA DE COBRO)

Scanned by CamScanner