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 2019

No. S-2019 053838/ARSAN-JEFAT/29.25

Coronel
JOSE LUIS RAMIREZ HINESTROZA
Comandante Departamento Policia Casanare
yopal Casanare

Asunto: Informe de contrato N° 21-7-20016-19 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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE.	DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S	Vigencia		12 MESES	VALOR TOTAL DEL CONTRATO $36.600.000.00	JUNIO	$5,232,320.00	11 MESES	$31,367,680.00	PENDIENTE AUDITAR
		Inicio: 01/06/2019				JULIO	$6,362,080.00	10 MESES	$25,005,600.00	GLOSA DEL MES DE JUNIO POR $ 1.716.720.00.PENDIENTE AUDITAR JULIO
		Terminación: 31/05/2020	PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE.							
					VIGENCIA 2020 $18.600.000.00					
		Adición:			VIGENCIA 2019 $18.000.000.00					
		Inicio:								
		termino:								
		VALOR TOTAL	$36.600.000.00		TREINTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS					

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.

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. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Grado y Nombre del Supervisor Subteniente LEIDY MARCELA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Cargo JEFE AREA DE SANIDAD CASANARE (E)
Teléfonos:

Firma

Anexos: