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

(APLICA PARA CONTRATOS DE COMPRAVENTA, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTRO E INTERADMINISTRATIVOS)

Envigado,

GASIS-CIRUG

Mayor
LEONARDO ESPINAL GRANADA
Jefe Unidad Prestadora de Salud Antioquia
Envigado.-

Asunto: Informe de supervision contrato No. **102-8-20237-20** Mes reportado: **MARZO** 2021

1. PRÓRROGA No. 01		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO:		FECHA:	FECHA:	FECHA:
TERMINO:				

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 MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	PROMED QUIRURGICOS	VIGENCIA	MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	CONTRATO PRINCIPAL	120.000.000,00	DEL 06/11/2020 AL 30/11/2020	7.943.813,00	7 MESES	112.056.187,00	SIN NOVEDAD
						DEL 01/12/2020 AL 31/12/2020	25.723.929,00	6 MESES	86.332.258,00	SIN NOVEDAD
		INICIO				DEL 01/01/2021 AL 31/01/2021	29.685.793,00	5 MESES	56.646.465,00	SIN NOVEDAD
		06/11/2020				DEL 01/02/2021 AL 28/02/2021	34.217.784,00	4 MESES	22.428.681,00	MEDIANTE INFORME DEL 09/02/2021 LA JEFE DEL SERVICIO MANIFIESTA INCONFORMISMO POR PARTE DEL NEUROCIRUJANO HACIA LA EMPRESA, LO CUAL RETRASO LA CIRUGIA

		TERMINO				DEL 01/03/2021 AL 31/03/2021	22.087.340,00	3 MESES	341.341,00	
		30/06/2021								
		TERMINO								
		VALOR TOTAL	**120.000.000,00**				**119.658.659,00**			

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 clausulas 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
	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

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.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Grado y Nombre del Supervisor **Subintendente HERLINSON ALBERTO CASTRILLON SERNA** Firma _____

Cargo **Coordinador Servicio de Cirugia**

Teléfonos: **3396712 - 3396713**

Anexos: