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

San Andres, Providencia y Santa Catalina 5 de marzo de 2021

No. 9 /UPRES DESAP 17.5

Señora Coronel
MARIA ELENA GOMEZ MENDEZ
Comandante Departamento
San Andres, Providencia y Santa Catalina

Asunto: Informe de Supervision contrato **38-7-20017-20** Mes reportado: **Febrero**

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INICIO:		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	
PRESTACION DEL SERVICIO DE TERAPIA INTEGRAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	**REHABILITAR CENTRO DE TERAPIAS INTEGRALES EN SALUD SAS**	**FECHA DE INICIO**	**PRESTACION DEL SERVICIO DE TERAPIA INTEGRAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**		**$ 49.803.275,00**	junio	$ 0,00	11 meses	$ 49.803.275,00	-
		29/05/2020			julio	$ 0,00	10 meses	$ 49.803.275,00	-
		FECHA DE TERMINO			agosto	$ 3.126.000,00	9 meses	$ 46.677.275,00	-
		31/05/2021			septiembre	$ 3.898.500,00	8 meses	$ 42.778.775,00	-
					octubre	$ 5.818.000,00	7 meses	$ 36.960.775,00	-
					noviembre	$ 4.290.000,00	6 meses	$ 32.670.775,00	-
				12						
		VALOR TOTAL	**$ 49.803.275,00**							

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 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 S-2015 XXXX del XXXX, 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.
	Se compromete con la POLICIA NACIONAL-DEPARTAMENTO DE POLICIA SAN ANDRES Y PROVIDENCIA con ARRIENDO DE INSTALACIONES para trabajar por los usuarios del subsistema de salud de la Policia Nacional con oportunidad, eficiencia y eficacia en el AREA DE SANIDAD DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, en las condiciones aerea y/o servicio que determine el contratante, de acuerdo con sus necesidades y programacion establecida.	CONTRATISTA PRESTO LOS SERVICIOS CUYO OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ARRIENDO DE INSTALACIONES PARA EL AREA DE SANIDAD SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: Le fue suministrada la inducción establecida mediante acta S/N de fecha 01/05/2019 Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI _X__ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor: Intendente HENRY BECKENBAUER ROJAS ALVARADO

Firma _____

Cargo: Supervisor de Contrato

Teléfonos: 4828655