INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: Mayo 2021

TIPO DE CONTRATACION	DIRECTA	CONTRATO No.	0009-2021	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0003-2021-HOMIL

CONTRATO No. No.0009/2021	**OBJETO:** TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
		Fecha de suscripción: 07 de Enero de 2021
		Valor inicial $ 33.310.200
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **Reducciones** **1- $_____** **2- $_____**
		Valor Total $ 33.310.200
		Registro Presupuestal SIIF No. 108321 **Fecha:** 07-01-2021 **CDP No.** 2421
		Garantía No.: N/A
		Aseguradora: N/A
		Fecha de aprobación de la Garantía: N/A
		Fecha de la notificación del Supervisor: 07-01-2021
		Fecha del Acta de Inicio: 20-01-2021
		Plazo de ejecución del Contrato 31-OCTUBRE-2021
		Vigencia del contrato: 07-01-2021– 31/10/2021
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **DIANA MARCELA MORENO QUINAYAS**		**NIT:** 1030620019
		Dirección: Carrera 90 B # 54 Sur
		Teléfono: 3192192810
		Cuenta Bancaria No. 020984030 **Banco:** AV VILLAS **Clase de Cuenta Ahorros x Corriente**

Forma de pago:

- 30 días calendario.

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
EL CONTRATISTA CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN LA CLAUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE CONTRATO.	N° 05	Mayo de 2021	N/A	$ 3.399.000
Saldo del contrato				$ 16.995.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($3.399.000.00) Tres Millones Trescientos Noventa y Nueve Mil Pesos M/lcte.

En mi calidad de supervisora del Contrato arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo, por parte del contratista y el pleno desarrollo de sus actividades durante este período, razón por la cual autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula del valor y forma de pago del contrato.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; así mismo certifico que el/la) contratista presentó el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.

DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

Observaciones:
Fecha de pago Seguridad Social: 11 de mayo de 2021

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: SMSM. MARTHA LUCIA PINZON ALDANA

NUMERO DE CÉDULA: 20.423.092 de Cajicá

FIRMA:

