INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: Mayo/ 2021

TIPO DE CONTRATACION		CONTRATO No.	022-2021	No. PROCESO EN EL SECOP II	SMC- 010 DE 2021

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
022-2021	CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS CON LA RESPECTIVA LECTURA Y TOMOGRAFICA AXIAL COMPUTARIZADA EN 3D (VOLUMETRICA) DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR Y BIMAXILAR Y ATM, PARA IMPLANTOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL".	**Fecha de suscripción: 05/03/2021**
		Valor inicial $5.000.000
		Adiciones _____ **Reducciones$_____**
		Valor Total $ 5.000.000
		Registro Presupuestal SIIF No. 142021 DINÁMICA N°1433 **Fecha: 22/02/2021** **CDP No.15921**
		Garantía No.: 2907792-6
		Aseguradora: SURAMERICANA
		Fecha de aprobación de la Garantía: 03/03/2021
		Fecha de la notificación del Supervisor 05/03/2021
		Fecha del Acta de Inicio 05/03/2021
		Plazo de ejecución del Contrato 31/12/2021
		Vigencia del contrato: 06//2021
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ORAL COUNTRY LTDA**		**NIT/C.C. 800121035-9**
		Dirección: Calle 85 No 12-10 CONSULTORIO 408
		Teléfono: 2362772/3107710722
		Cuenta Bancaria No. 014359210 **Banco: : ITAU** **Clase de Cuenta Ahorros ___Corriente X**

Forma de pago: **30 DIAS CALENDARIO**

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS CON LA RESPECTIVA LECTURA Y TOMOGRAFICA AXIAL COMPUTARIZADA EN 3D (VOLUMETRICA) DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR Y BIMAXILAR Y ATM, PARA IMPLANTOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE REQUIERAN DEL				

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIALA LA FECHA NO PRESENTA FACTURAS PARA TRAMITE				
Saldo del contrato				**$ 5.000.000**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($0) LETRAS son

Informe de supervisión de Bienes y/o Servicios a recibir:
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 presento 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 PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

Observaciones:

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: CAMILO ALBERTO ESLAVA JACOME
NUMERO DE CÉDULA: 19358745
FIRMA: 