**INFORME DE SUPERVISIÓN**

**Fecha: Octubre / 2021**

| TIPO DE CONTRATACION | MINIMA CUANTIA | CONTRATO No. | 022-2021 | No. PROCESO EN EL SECOP II | MC- 010-2021-HOMIL |
|---|---|---|---|---|---|

| 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: 22/02/2021** |
| | | **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//2022** |
| **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. 757039581** **Banco: : ITAU** **Clase de Cuenta Ahorros ___Corriente X** |

**Forma de pago:** **30 DIAS CALENDARIO**

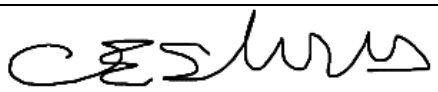
| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS CON LA RESPECTIVA LECTURA Y TOMOGRAFICA AXIAL COMPUTARIZADA EN 3D (VOLUMETRICA) DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR Y BIMAXILAR Y ATM, PARA IMPLANTOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL**A LA FECHA NO PRESENTA FACTURAS PARA TRAMITE** | | | | |
| **Saldo del contrato** | | | | **$ 3.918.380** |

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($228.209) LETRAS son DOCIENTOS VENTIOCHO MIL DOCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE**

**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.

A LA FECHA NO HAY FACTURAS PENDIENTES DE TRAMITE PARA PAGO

**Observaciones:**
_____
_____
_____

| |
|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR : CAMILO ALBERTO ESLAVA JACOME** |
| **NUMERO DE CEDULA: 19358745** |
| **FIRMA :**  |