INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: 30 de Octubre de 2021

TIPO DE CONTRATACION	MINIMA CUANTIA	CONTRATO No.	221/2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	MC-131-2020-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
221 DE 2020	Suministro y adaptación de prótesis oculares para la rehabilitación de los pacientes que tengan diagnóstico de cavidad anoftálmica o ptisis bulbi del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar Central.	**Fecha de suscripción: 27 de Octubre de 2020** **Valor inicial $ 20.000.000,00** **Adiciones** **1- $ 10.000.000,00** **2- $** **Reducciones** **1- $** **2- $** **Valor Total $ 30.000.000.00** **Registro Presupuestal SIIF 320420** **Fecha: 27 de Octubre de 2020.** **CDP No. 37520** **Garantía de la póliza No. 2767821-1.** **Aseguradora: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA** **Fecha de aprobación de la Garantía: NA** **Fecha de la notificación del Supervisor: 03 de Noviembre de 2020** **Fecha del Acta de Inicio: 30 de Octubre de 2020** **Plazo de ejecución del Contrato: Diciembre 20/2020. Prórroga 01 hasta el 30 de Junio de 2021. Prórroga No. 02 hasta el 30 de noviembre de 2021.** **Vigencia del Contrato: 30/10/2020 – 30/06/2021**
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: RINCON MARQUEZ ELIZABETH		**NIT: 52056976-3** **Dirección: Carrera 8 Bis # 155-48 – Bogotá D.C.** **Teléfono: 6793498** **Cuenta Bancaria No. 384006201** **Banco: Bogotá** **Clase de Cuenta Ahorros X Corriente**

Forma de pago:

- En el caso de personas jurídicas dentro de los sesenta (60) días calendario.
- En el caso de las personas naturales dentro de los 30 días calendario.

Descripción del bien, obra o servicio a recibir	Factura No.	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor $
Suministro y adaptación de prótesis oculares para la rehabilitación de los pacientes que tengan diagnóstico de cavidad anoftálmica o ptisis bulbi del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar Central. Se encuentra en el área de facturación la factura FE-121 por valor de $ 1.800.000.oo para proceso de facturación y aval de pago.				
Saldo del Contrato				**$ 17.400.000.00**

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

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; así mismo certifico que el 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: SMSM. LUIS ALBERTO RUIZ ROBLES

NUMERO DE CEDULA: 79.354.821

FIRMA:

