HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-02-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS , LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 05-02-2021
		VERSIÓN: 06
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	PÁGINA: 1 de 3
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	

INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: Diciembre 10/ / 2021

TIPO DE CONTRATACION	MINIMA CUANTIA	CONTRATO No.	042-2021	No. PROCESO EN EL SECOP II	MC-014-2021-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
		Fecha de suscripción: 17/03/2021
	CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL PARA LA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACION INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL",	Valor inicial $59.000.000
		Adiciones _____ Reducciones$_____
		Valor Total $ 59.000.000
042-2021		Registro Presupuestal SIIF No. 164221 DINÁMICA N°1662 Fecha: 17/03/2021 CDP No. 20621
		Garantía No.: 14-44-101126612
		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A
		Fecha de aprobación de la Garantía: 17/03/2021
		Fecha de la notificación del Supervisor 17/03/2021
		Fecha del Acta de Inicio 17/03/2021
		Plazo de ejecución del Contrato 31/12/2021
		Vigencia del contrato: 06//2022
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: LUIS HERNANDO LEYVA NEIRA		NIT/C.C. 19352271
		Dirección: Calle 87 No 22-16 Barrio Polo Club
		Teléfono: 5335516/5339826
		Cuenta Bancaria No. 006100588406 Banco: : DAVIVIENDA Clase de Cuenta Ahorros X Corriente

Forma de pago: 30 DIAS CALENDARIO

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL PARA LA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACION INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL",	3350 3358 3365	Noviembre 3/2021 Noviembre 11/2021 Noviembre 26/2021		20.000 1.050.000 20.000
Saldo del contrato				**$ 53.940.000**

Diana P
10 DIC 2021
2:31 pm

Escaneado con CamScanner

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($1.090.000) LETRAS son UN MILLON NOVENTA MIL 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.

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: MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ
NUMERO DE CÉDULA: 52814783
FIRMA: My Martha Salazar

Escaneado con CamScanner