INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: DICIEMBRE 29 / 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**	RC 234032	Diciembre 13/2021		604.568
Saldo del contrato				**$ 2.983.349**

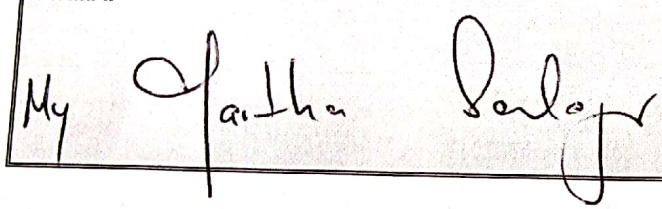
Escaneado con CamScanner

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($604.568) LETRAS son SEIS CIENTOS CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO 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: 

Escaneado con CamScanner