## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha: 30-12-2021**

| TIPO DE CONTRATACION | CONTRATACION DIRECTA | CONTRATO No. | 340-2021 | No. PROCESO EN EL SECOP II | CD. No. 085 de 2021 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **CONTRATO No.** 340/2021 | **OBJETO:** ADQUISICIÓN DE SONDAS ELECTRODO VAGINAL – PELVIFIT PARA EL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | **DATOS GENERALES DEL CONTRATO** |
| | | **Fecha de suscripción: 03-12-2021** |
| | | **Valor inicial $ 4500000** |
| | | **Adiciones**<br>**1- $_____0_____**<br>**2- $_____0_____**<br>**Reducciones**<br>**1- $_____0_____**<br>**2- $_____0_____** |
| | | **Valor Total $ 4500000** |
| | | **Registro Presupuestal SIIF No.** 424121 DINAMICA 4303<br>**Fecha: 03-DIC-21**<br>**CDP No. 115121** |
| | | **Garantía No.: NA** |
| | | **Aseguradora: NA** |
| | | **Fecha de aprobación de la Garantía: NA** |
| | | **Fecha de la notificación del Supervisor: 09-12-2021** |
| | | **Fecha del Acta de Inicio: 06-12-2021** |
| | | **Plazo de ejecución del Contrato: 31-12-2021** |
| | | **Vigencia del contrato: 31-12-2021** |
| **RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:** BRASMEDICA COLOMBIA SA. | | **NIT/C.C.: 900103910-5** |
| | | **Dirección: CALLE 83 No. 21 A- 19 BOGOTA** |
| | | **Teléfono: 6103123-3103007612** |
| | | **Cuenta Bancaria No.** No. 18837273388<br>**Banco: BANCOLOMBIA**<br>**Clase de Cuenta Ahorros ____Corriente ___X___** |

| Descripción de obras e interventoría | No. Factura | Fecha | No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN | Valor $ |
|---|---|---|---|---|

| Descripción de obras e interventoría | No. Factura | Fecha | No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| a. N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Saldo del contrato** | | | | |

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| a. **SONDA ELECTRODO VAGINAL/ANAL PELVIFIT DESECHABLE PARA ELECTROESTIMULACIÓN PARA EQUIPO NEURODYN EVOLUTION.** | N° FE 1236 | 20-12-2021 | | $ 4.499.985.oo |
| **Saldo del contrato** | | | | $ $4.499.985.oo |

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($4.500.000.oo) LETRAS CUATRO MILLONES QUINIENTOS**

**NOTA 1: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.**

| INFORMACIÓN GENERAL | | | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° planilla | Fecha de Pago | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

| |
|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: CARMEN TERESA ESQUVIA PAJARO** |
| **NUMERO DE CÉDULA: 32681966** |
| **FIRMA:** |

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dra. Carmen Teresa Esquivia Pajaro
Médico Fisiatra
C.C. 32 681 966