INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: diciembre 29 2021

TIPO DE CONTRATACION	**Selección Abreviada Menor Cuantía**	**CONTRATO No.**	UNTH N°307-2021	**No. PROCESO EN EL SECOP II**	MC-195-2021-HOMIL

CONTRATO No.	**OBJETO:**	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
N°307-2021	"CONTRATACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE ALERGIA MEDIANTE EL EMPLEO DE PRUEBAS CUTÁNEAS DE PUNCIÓN PRICK TEST, PRUEBAS DE PARCHE O EPICUTÁNEA Y REALIZACIÓN DE INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA CON ALÉRGENOS REQUERIDOS CON EL OBJETO DE MEJORAR LOS PROCESOS DE DIAGNÒSTICO, TRATAMIENTO, DE PATOLOGÍAS ALÉRGICAS E INMUNOLÓGICAS EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS; CONSULTA AMBULATORIA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA PARA PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".	**Fecha de suscripción: 04-10- 2021** **Valor inicial $59.000.000** **Prórroga No. 1** **Adiciones** **1- $_____** **2- $_____** **Reducciones** **1- $_____** **2- $_____** **Valor Total $59.000.000** **Registro Presupuestal SIIF 307621 DINAMICA 3191 FECHA: 8/10/2021** **Garantía No.: Garantía de Cumplimiento, Calidad del servicio y pago de salarios Nº NB-100180529, Póliza de Responsabilidad No. NB-100038858** **Aseguradora:** Compañía Mundial de Seguros S.A. **Fecha de aprobación de la Garantía: 13-10-2021** **Fecha de la notificación del Supervisor: 13-10-2021** **Fecha del Acta de Inicio 13-10-2021** **Plazo de ejecución del Contrato** 31/12/2021 **Vigencia del contrato:** Igual al plazo de ejecución y seis meses más.
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT: 830.027158-3**

RIESGO DE FRACTURA S.A.	**Dirección:** Carrera 20B Nº 74-46 Bogotá D.C. **Teléfono:** 2368554 **Cuenta Bancaria No.** 193.454.553.91 **Banco: Bancolombia** **Clase de Cuenta Ahorros _____Corriente ___X___**

Forma de pago:

- En el caso de las personas naturales dentro de los 60 días calendario.

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor $
CONSULTA ESPECIALIZADA	44180	15/12/2021	NA	$ 57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44367	16/12/2021	NA	$ 57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44331	16/12/2021	NA	$ 57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44375	16/12/2021	NA	$ 57.000
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	42252	01/12/2021	NA	$181.500
CONSULTA ESPECIALIZADA	42505	02/122021	NA	$ 57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44098	14/12/2021	NA	$57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	41366	24/11/2021	NA	$ 57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	43907	13/12/2021	NA	$ 57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44384	16/12/2021	NA	$ 57.000
INMUNOTERAPIA	43895	13/12/2021	NA	$ 188.000
INMUNOTERAPIA	44112	14/12/2021	NA	$ 188.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44132	14/12/2021	NA	$ 57.000
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	44058	14/12/2021	NA	$ 181.500
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	42089	30/11/2021	NA	$ 181.500
INMUNOTERAPIA	44383	16/12/2021	NA	$ 188.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	43969	14/12/2021	NA	$ 57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44059	14/12/2021	NA	$ 57.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44364	16/12/2021	NA	$ 57.000
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	44387	16/12/2021	NA	$ 181.500
CONSULTA ESPECIALIZADA	44410	16/12/2021	NA	$ 57.000
INMUNOTERAPIA	43808	13/13/2021	NA	$376.000
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	44310	15/12/2021	NA	$ 181.500
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	44359	16/12/2021	NA	$ 363.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	44143	14/12/2021	NA	$ 57.000
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	42071	30/11/2021	NA	$ 181.500
INMUNOTERAPIA	43402	09/12/2021	NA	$ 188.000
CONSULTA ESPECIALIZADA	43349	09/12/2021	NA	$ 57.000
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	43053	07/12/2021	NA	$ 181.500
INMUNOTERAPIA	43655	11/12/2021	NA	$ 188.000

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor $
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	43108	07/12/2021	NA	$ 181.500
INMUNOTERAPIA	43199	07/12/2021	NA	$ 188.000
PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA	43063	07/12/2021	NA	$ 181.500
TOTAL				**$ 4.412.500**
SALDO DEL CONTRATO				**$27.694.000**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE (**$ 4.412.500**) CUATRO MIILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE.

Observaciones:

NOTA 1: 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.

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: JEFE DE UNIDAD DE SEGURIDAD Y DEFENSA UNIDAD DE SERVICIOS AMBULATORIOS MIRIAM LUCÍA ÁVILA GUZMÁN
NUMERO DE CÉDULA : 39.556.424 de Girardot
FIRMA: 