INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: 26 FEBRERO 2021

TIPO DE CONTRATACION	SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTÍA	CONTRATO No.	104-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	SA-022-2020-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
104-2020	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA LA REALIZACIÓN DE MANOMETRIA ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACION ADULTA Y PEDIATRICA), MANOMETRIA ESOFAGICA DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACION ADULTA Y PEDIATRICA), FIBROSCAN PHMETRIA DE 24 HORAS (POBLACION PEDIATRICA) CON IMPEDANCIOMETRIA, PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES REMITIDOS POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción: 23 de JULIO 2020 Valor inicial $ 118.500.000.00 Adiciones 1- $ -0- Reducciones 1- $ -0- Liberación (40%) $ 47.400.000.00 Valor Total $ 71.100.000.00 Registro Presupuestal SIIF No. 252420 Fecha: 23 JULIO 2020 CDP No. 36420 Garantía No.: 62-44-101011209 Responsabilidad Civil Extracontractual No. 62-401010006768: Seguros del Estado Aseguradora: Equidad de seguros Fecha de aprobación de la Garantía: 23 JULIO 2020 Fecha de la notificación del Supervisor: 24 JULIO 2020 Fecha del Acta de Inicio: 23 JULIO 2020 Plazo de ejecución del Contrato: 31 NOVIEMBRE 2020 (Prorroga hasta 31 MAYO 2021) Vigencia del contrato: 23 JULIO 2020 – 31 NOVIEMBRE 2020 (6 MESES MÁS)
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: PATRICIA E. ALVAREZ IPS LCM SAS.	NIT/C.C.: 901.039.135-3 Dirección: Carrera 14 No. 127 – 11 Cons. 502-503-504 Teléfono: 390 7147 – 350 3189966 Cuenta Bancaria No. 035023639 Banco: ITAU Clase de Cuenta Ahorros ___ Corriente X

Forma de pago a 60 días

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
MANOMETRIA ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACION ADULTA Y PEDIATRICA), MANOMETRIA ESOFAGICA DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACION ADULTA Y PEDIATRICA), PHMETRIA ESOFÁGICA CON IMPEDANCIOMETRIA 24 HORAS (POBLACION PEDIATRICA), FIBROSCAN	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo del contrato				$ 40.056.000.00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($ -0-) LETRAS CERO PESOS

En mi calidad de supervisor (a) del Contrato/Convenio arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo, por parte del contratista y el pleno desarrollo de sus actividades durante este período, razón por la cual autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de valor y forma de pago del contrato.

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

Observaciones:
No se presentaron facturas para pago en el mes de FEBRERO 2021

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR:	**HAROLDO JULIAO NACITH** Servidor Misional en sanidad Militar Servicio de Gastroenterología
NUMERO DE CÉDULA:	**3.715.103**
FIRMA:	3715103