

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
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		VERSIÓN: 06
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA: 1 de 200

INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: ABRIL DE 2021

TIPO DE CONTRATACIÓN	DIRECT A	CONTRATO No.	UNTH0999-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0323-2020
-----------------------------	-----------------	---------------------	----------------------	-----------------------------------	--------------------------

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
UNTH0999-2020	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN.	Fecha de suscripción: 26/11/2020
		Valor inicial \$ 44.630.000
		Adiciones
		1- \$ _____
		2- \$ _____
		Reducciones
		1- \$ _____
		2- \$ _____
		Valor Total \$ 44.630.000
		Registro Presupuestal SIIF 8521 DG.NET 790
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: HERRERA PEÑA SANDRA JEANNETTE		Fecha: 26/11/2020
		CDP No. 87320
		Garantía No.: NA
		Aseguradora: NA
		Fecha de aprobación de la Garantía: NA
		Fecha de la notificación del Supervisor: 24/11/2020
		Fecha del Acta de Inicio 1/12/2020
		Plazo de ejecución del Contrato 11 MESES
		Vigencia del contrato: 1/12/2020 - 31/10/2021
		NIT/C.C.: 52335025
		Dirección: CLL 70 B 111 85 CASA 79 AGRUPACION VILLA ALAMOS ETAPA 1
		Teléfono: 3152290615
		Cuenta Bancaria No. 488406718822
		Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
		Clase de Cuenta Ahorros ☒ Corriente ☐

Forma de pago:

- Dentro de los 30 días calendario.

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO	GA-GECO-MN-02-FT-05	VERSION	06
		Página:	2 de 200		

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
a. (Vease Anexo)	005	ABRIL DE 2021	NO aplica	\$ 4.068.000
Saldo del contrato				\$ 24.408.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE (\$ 4.068.000), CUATRO MILLONES SESENTA Y OCHO MIL PESOS

Observaciones:

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 del mes de MARZO DE 2021; 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: Dra. Marta Edy Ariza Mateus
NUMERO DE CÉDULA: 63.433.451
FIRMA: 