HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-02-FT-05
Grupo Social y Empresarial de la Defensa	UNIDAD: COMPRAS , LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 05-02-2021 VERSIÓN: 06
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	PÁGINA: 1 de 200
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	

INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: ABRIL DE 2021

TIPO DE CONTRATACION	DIRECTA	CONTRATO No.	UNTH1059-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0328-2020

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
UNTH1059-2020	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN	Fecha de suscripción: 27/11/2020 Valor inicial $ 20.637.700 Adiciones 1- $_____ 2- $_____ Reducciones 1- $_____ 2- $_____ Valor Total $ 20.637.700 Registro Presupuestal SIIF 88221 DG.NET 349 Fecha: 27/11/2020 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
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: CLAUDIA PAOLA RODRIGUEZ ACEVEDO		NIT/C.C.: 1033784415 Dirección: DIAGONAL 64 A SUR BIS 18 V21 Teléfono: 3223901994 Cuenta Bancaria No. 488403645390 Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A. Clase de Cuenta Ahorros X Corriente ____

Forma de pago:

- Dentro de los 30 días calendario.

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	$ 1.900.000
Saldo del contrato				**$ 11.400.000**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($ 1.900.000), UN MILLÓN NOVECIENTOS 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: