## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha: JULIO DE 2021**

| TIPO DE CONTRATACION | DIRECTA | CONTRATO No. | UNTH0988-2020 | No. PROCESO EN EL SECOP II | CPSUNTH-0322-2020 |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| UNTH0988-2020 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO REVISOR DE CUENTAS MÉDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN. | Fecha de suscripción: 26/11/2020<br>Valor inicial $ 28.513.500<br>Adiciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Reducciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Valor Total $ 28.513.500<br>Registro Presupuestal SIIF 78321 DG.NET 303<br>Fecha: 26/11/2020<br>CDP No. 87320<br>Garantía No.: NA<br>Aseguradora: NA<br>Fecha de aprobación de la Garantía: NA<br>Fecha de la notificación del Supervisor: 24/11/2020<br>Fecha del Acta de Inicio 1/12/2020<br>Plazo de ejecución del Contrato 11 MESES<br>Vigencia del contrato: 1/12/2020 - 31/10/2021 |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:<br>RAMIREZ SANCHEZ DIANA MARIA | | NIT/C.C.: 1032367364<br>Dirección: cll 84 A BIS N 86 16<br>Teléfono: 5660014-3008860537<br>Cuenta Bancaria No. 450700092262<br>Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.<br>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) | 007 | JULIO DE 2021 | NO aplica | $ 2.599.000 |
| **Saldo del contrato** | | | | **$ 7.797.000** |

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($ 2.599.000), DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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 JUNIO 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 CEDULA: 63.433.451** |
| **FIRMA:** |

