INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: JULIO -2021

TIPO DE CONTRATACION	CONTRATACION DIRECTA	CONTRATO No.	0857-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0298-2020

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
0857-2020	PROFESIONAL DE ENFERMERIA	Fecha de suscripción: 01/12/2020
		Valor inicial $38.420.000,00
		Adiciones 1- $_____ 2- $_____ Reducciones 1- $_____ 2- $_____
		Valor Total $38.420.000,00
		Registro Presupuestal SIIF No 61321 Fecha: 01/12/2020 CDP No. 109220
		Garantía No.: NA
		Aseguradora: NA
		Fecha de aprobación de la Garantía: NA
		Fecha de la notificación del Supervisor 01/12/2020
		Fecha del Acta de Inicio 01/12/2020
		Plazo de ejecución del Contrato 31/10/2021
		Vigencia del contrato: 31/10/2021
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DE LA ROSA CAYCEDO FANNELY SULAY		NIT/C.C.: 1088254909
		Dirección: CARRERA 34 N 5-04
		Teléfono: 3138032980
		Cuenta Bancaria No. 99651459644 Banco: Bancolombia Clase de Cuenta Ahorros _X_ Corriente _____

Forma de pago:

- Dentro de los 30 dias calendario

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL No. 0857-2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES.	X	JULIO -2021	TARDE	$3.151.801,00
Saldo del contrato				$10.506.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE (3151801)

N° CONTRATO	DESCRIPCION-OBJETO	CANTIDAD CONTRATADA	CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA	VALOR DEL MES	VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	VALOR LIBERACION
0857-2020	PROFESIONAL DE ENFERMERIA	$38.420.000,00	$24.178.534,00	$3.151.801,00	$10.506.000,00	$583.665,00

OBSERVACION: EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA AL DIA CON LOS APORTES HASTA EL MES DE JUNIO DE 2021

No. PLANILLA	VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO
9419978524	$433.500,00	08/07/2021

Información que debe trascribir para el informe de supervisión de Bienes y/o Servicios a recibir:
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.

Observaciones:

NOVEDAD	FECHA NOVEDAD
incapacidad	07/04/2021

N° CUENTA	MES	CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION	VALOR DEL MES A RECON0CER	VALOR TOTAL MES	JUSTIFICACION (Liberación)
8	JULIO DE 2021	$350.199,00	$3.151.801,00	$3.502.000,00	incapacidad

Mayor **Carolina Silva Henao**
Oficial Superior en Comisión Administrativa
Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

NUMERO DE CÉDULA: 55.304.157

FIRMA: