## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha: JULIO DE 2021**

| TIPO DE CONTRATACION | DIRECTA | CONTRATO No. | UNTH1041-2020 | No. PROCESO EN EL SECOP II | CPSUNTH-0328-2020 |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| UNTH1041-2020 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN | Fecha de suscripción: 27/11/2020<br>Valor inicial $ 20.637.700<br>Adiciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Reducciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Valor Total $ 20.637.700<br>Registro Presupuestal SIIF 82321 DG.NET 324<br>Fecha: 27/11/2020<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>GARZON AREVALO MARIA CONSUELO | | NIT/C.C.: 52587266<br>Dirección: DG.149 #142-72 etp.3 int.7<br>Teléfono: 6871466<br>Cuenta Bancaria No. 000014587018<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 | $ 1.900.000 |
| **Saldo del contrato** | | | | **$ 5.700.000** |

**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 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 CÉDULA: 63.433.451** |
| **FIRMA:** |