

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 2

INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: **JULIO /2021**

<u>TIPO DE CONTRATACION</u>	<u>DIRECTA</u>	<u>CONTRATO No.</u>	<u>1322-2020</u>	<u>No. PROCESO EN EL SECOP II</u>	<u>CPSUNTH-0414-2020</u>
------------------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------------	--	---------------------------------

CONTRATO No.	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
		Fecha de suscripción: 17/12/2020 Valor inicial \$ 18.246.600 Adiciones 1- \$ _____ 2- \$ _____ Reducciones 1- \$ _____ 2- \$ _____ Valor Total \$ 18.246.600 Registro Presupuestal SIIF No. 47421 Fecha: 17/12/2020 CDP No. 109120 Garantía No.: NA Aseguradora: NA Fecha de aprobación de la Garantía: NA Fecha de la notificación del Supervisor: 16/02/2020 Fecha del Acta de Inicio 17/12/2020 Plazo de ejecución del Contrato 17/11/2020 Vigencia del contrato: 18/12/2020-31/10/2021 NIT/C.C.: 1007627471 Dirección: CRA 111#22j-72 Teléfono: 3148438668 Cuenta Bancaria No. 0550488416384946 Banco: DAVIVIENDA Clase de Cuenta Ahorros <u> x </u> Corriente
1322-2020		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DANIEL FELIPE RODRIGUEZ VALENZUELA		

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

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
a. VER ANEXO	Nº8	JULIO-2021	N/A	\$ 1.751.000
Saldo del contrato				\$ 5.253.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE (\$1.751.000) UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS

NOTA 1: se verifica pago de parafiscales con la fecha 07/07/2021 correspondiente al mes de JUNIO con el número de planilla 51812705

Observaciones: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista **DANIEL FELIPE RODRIGUEZ VALENZUELA** con **CC.1007627471**, efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; así mismo certifico que el 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 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: CARMEN TERESA ESQUIVIA PAJARO
NUMERO DE CÉDULA: 32.681.966
FIRMA:

Handwritten signature of Carmen Teresa Esquivia Pajaro. The stamp is circular and contains the text: "HOSPITAL MILITAR CENTRAL", "Dra. Carmen Teresa Esquivia Pajaro", "C.C. 32.681.966", and "Médico Fisiatra".