INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: AGOSTO DE 2021

TIPO DE CONTRATACION	DIRECTA	CONTRATO No.	UNTH1053-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0328-2020

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
		Fecha de suscripción: 27/11/2020
		Valor inicial $ 20.637.700
		Adiciones 1- $_____ 2- $_____ Reducciones 1- $_____ 2- $_____
UNTH1053-2020	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN	Valor Total $ 20.637.700
		Registro Presupuestal SIIF 80321 DG.NET 314 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:		NIT/C.C.: 52877390
NAVARRETE TORRES KELLY JOHANA		Dirección: CLL 67 A #27-19 SUR
		Teléfono: 3203169909
		Cuenta Bancaria No. 451500036491 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)	008	AGOSTO DE 2021	· NO aplica	$ 1.900.000
Saldo del contrato				**$ 3.800.000**

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 JULIO 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:

INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: AGOSTO DE 2021

TIPO DE CONTRATACION	DIRECTA	CONTRATO No.	UNTH1054-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0328-2020

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
UNTH1054-2020	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 85821 DG.NET 339 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:		NIT/C.C.: 1070920082
ORTEGA CANO LAURA LIZETH		Dirección: VEREDA CETIME - COTA CUNDINAMARCA
		Teléfono: 8641022
		Cuenta Bancaria No. 474170012568 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)	008	AGOSTO DE 2021	· NO aplica	$ 1.900.000
Saldo del contrato				**$ 3.800.000**

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 JULIO 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: