## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha:** AGOSTO /2021

| TIPO DE CONTRATACION | DIRECTA | CONTRATO No. | 1322-2020 | No. PROCESO EN EL SECOP II | CPSUNTH-0414-2020 |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| 1322-2020 | | Fecha de suscripción: 17/12/2020 |
| | | Valor inicial $ 18.246.600 |
| | | Adiciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Reducciones<br>1- $_____<br>2- $_____ |
| | | Valor Total $ 18.246.600 |
| | | Registro Presupuestal SIIF No. 47421<br>Fecha: 17/12/2020<br>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 |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:<br>DANIEL FELIPE RODRIGUEZ VALENZUELA | | NIT/C.C.: 1007627471 |
| | | Dirección: CRA 111#22j-72 |
| | | Teléfono: 3148438668 |
| | | Cuenta Bancaria No. 0550488416384946<br>Banco: DAVIVIENDA<br>Clase de Cuenta Ahorros __x__ Corriente _____ |

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| a. VER ANEXO | N°9 | AGOSTO-2021 | N/A | $ 1.751.000 |
| **Saldo del contrato** | | | | $ 3.502.000 |

**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 2021/08/06 correspondiente al mes de JULIO con el número de planilla 52482190**

**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:**

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dra. Carmen Teresa Esquivia
Médico Especialista
C C 32 681