INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: SEPTIEMBRE -2021

TIPO DE CONTRATACION	CONTRATACION DIRECTA	CONTRATO No.	0520/2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0292-2020

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
0520/2020	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 58821 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: LOPEZ BOHORQUEZ CAROLINA		NIT/C.C.: 1022944432
		Dirección: CALLE 88 SUR N° 7 06
		Teléfono: 3058166580
		Cuenta Bancaria No. 058750329 Banco: Av Villas 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 $
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL No. 0520/2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES.	10	SEPTIEMBRE-2021		$2.801.602,00
Saldo del contrato				$3.502.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($2.801.602,00)

N° CONTRATO	DESCRIPCION-OBJETO	CANTIDAD CONTRATADA	CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA	VALOR DEL MES	VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	VALOR LIBERACION
0520/2020	PROFESIONAL DE ENFERMERIA	$38.420.000,00	$29.781.738,00	$2.801.602,00	$3.502.000,00	$2.334.660,00

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

No. PLANILLA	VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO
9423695946	$433.500,00	14/09/2021

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 sin soporte faltante	17/09/2021

N° CUENTA	MES	CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION	VALOR DEL MES A RECONOCER	VALOR TOTAL MES	JUSTIFICACION (Liberación)
10	SEPTIEMBRE DE 2021	$700.398,00	$2.801.602,00	$3.502.000,00	incapacidad sin soporte faltante

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: