## INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: OCTUBRE -2021

| TIPO DE CONTRATACION | CONTRATACION DIRECTA | CONTRATO No. | UNTH0669-2020 | No. PROCESO EN EL SECOP II | CPSUNTH-0295-2020 |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| | | Fecha de suscripción: 01/12/2020 |
| | AUXILIAR DE ENFERMERIA | Valor inicial $19.210.000,00 |
| UNTH0669-2020 | | Adiciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Reducciones<br>1- $_____<br>2- $_____ |
| | | Valor Total $19.210.000,00 |
| | | Registro Presupuestal SIIF No 12121<br>Fecha: 01/12/2020<br>CDP No. 109120 |
| | | 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:<br>GARZON MURCIA YOLANDA | | NIT/C.C.: 51708812 |
| | | Dirección: CALLE 44 N. 31 01 SUR |
| | | Teléfono: 3194181191 |
| | | Cuenta Bancaria No. CT 000500060801<br>Banco: DAVIVIENDA<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 $ |
|---|---|---|---|---|
| LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL No. UNTH0669-2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES. | 10 | SEPTIEMBRE-2021 | MAÑANA | $1.751.000,00 |
| **Saldo del contrato** | | | | $1.751.000,00 |

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($1.751.000,00)**

| Nº CONTRATO | DESCRIPCION-OBJETO | CANTIDAD CONTRATADA | CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA | VALOR DEL MES | VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR | VALOR LIBERACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| UNTH0669-2020 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | $19.210.000,00 | $14.774.080,00 | $1.751.000,00 | $1.751.000,00 | $933.920,00 |

**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 |
|---|---|---|
| 9423554498 | $281.200,00 | 09/02/2021 |

**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 |
|---|---|
| | |

| Nº CUENTA | MES | CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION | VALOR DEL MES A RECON0CER | VALOR TOTAL MES | JUSTIFICACION (Liberación) |
|---|---|---|---|---|---|
| 10 | SEPTIEMBRE DE 2021 | $ ,00 | $1.751.000,00 | $1.751.000,00 | |

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:**