INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: SEPTIEMBRE -2021

TIPO DE CONTRATACION	CONTRATACION DIRECTA	CONTRATO No.	UNTH0819-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0297-2020

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
UNTH0819-2020	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Fecha de suscripción: 01/12/2020
		Valor inicial $19.210.000,00
		Adiciones 1- $_____ 2- $_____ Reducciones 1- $_____ 2- $_____
		Valor Total $19.210.000,00
		Registro Presupuestal SIIF No 24721 Fecha: 01/12/2020 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: SERRANO CUFIÑO LUISA FERNANDA		NIT/C.C.: 1023031112
		Dirección: CALLE 87 G SUR N° 9 39
		Teléfono: 3204680977
		Cuenta Bancaria No. 488406456779 Banco: DAVIVIENDA 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. UNTH0819-2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES.	10	SEPTIEMBRE-2021	MAÑANA	$1.634.260,00
Saldo del contrato				$1.751.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($1.634.260,00)

Nº CONTRATO	DESCRIPCION-OBJETO	CANTIDAD CONTRATADA	CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA	VALOR DEL MES	VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	VALOR LIBERACION
UNTH0819-2020	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$19.210.000,00	$15.532.890,00	$1.634.260,00	$1.751.000,00	$291.850,00

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
1039595078	$281.200,00	09/06/2021

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 medica	09/02/2021

Nº CUENTA	MES	CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION	VALOR DEL MES A RECONOCER	VALOR TOTAL MES	JUSTIFICACION (Liberación)
10	SEPTIEMBRE DE 2021	$116.740,00	$1.634.260,00	$1.751.000,00	incapacidad medica

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: