[redacted] DE SUPERVISIÓN

[redacted] DE 2021

[redacted]	[redacted] A	[redacted]	[redacted]911-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0309-2020

[redacted]	[redacted]	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
		Fecha de suscripción: 25/11/2020
		Valor inicial $ 14.657.800
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **Reducciones** **1- $_____** **2- $_____**
UNTH0911-2020	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN.**	**Valor Total $ 14.657.800**
		Registro Presupuestal SIIF 42021 DG.NET 901 **Fecha: 25/11/2020** **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: RIVERA CASTAÑEDA JOHANNA MARCELA		**NIT/C.C.: 1022978922**
		Dirección: DIAGONAL 82 B SUR 7 C 02 ESTE
		Teléfono: 3143395718
		Cuenta Bancaria No. 485900007967 **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)	009	SEPTIEMBRE DE 2021	NO aplica	$ 1.336.000
Saldo del contrato				**$ 1.336.000**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($ 1.336.000), UN MILLÓN TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS 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 AGOSTO 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 CEDULA: 63.433.451
FIRMA: