## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha: SEPTIEMBRE DE 2021**

| TIPO DE CONTRATACION | DIRECTA | CONTRATO No. | UNTH1025-2020 | No. PROCESO EN EL SECOP II | CPSUNTH-0328-2020 |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| | | Fecha de suscripción: 27/11/2020 |
| | | Valor inicial $ 20.637.700 |
| | | Adiciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Reducciones<br>1- $_____<br>2- $_____ |
| UNTH1025-2020 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN | Valor Total $ 20.637.700 |
| | | Registro Presupuestal SIIF 79921 DG.NET 312<br>Fecha: 27/11/2020<br>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:<br>CALDERON CRUZ JOSE WILSON | | NIT/C.C.: 1069174981 |
| | | Dirección: CLL 73 SUR 80 I 70 |
| | | Teléfono: 3013068955 |
| | | Cuenta Bancaria No. 458070018700<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 $ |
|---|---|---|---|---|
| **a.** (Vease Anexo) | 009 | SEPTIEMBRE DE 2021 | NO aplica | $ 1.900.000 |
| **Saldo del contrato** | | | | **$ 1.900.000** |

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($ 1.900.000), UN MILLÓN NOVECIENTOS 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 CÉDULA: 63.433.451** |
| **FIRMA:** |