HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO

Fecha DICIEMBRE DE 2020

CONTRATO No. UNTH0747-2020	OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
		Fecha de suscripción: 01/12/2020
		Valor inicial: $19.210.000,00
		Adiciones:
		Valor Total : $19.210.000,00
		Registro Presupuestal SIIF No 2020. 416820 DINÁMICA Net No 4113 Fecha: Registro Presupuestal SIIF No 2021. : DINÁMICA Net No Fecha
		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 : DE: 01/12/2020 HASTA:31/10/2021
		Vigencia del Contrato : 31/10/2021
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: PALOMINO GOMEZ ANGIE NICOLLE		NIT: 1014274693
		Dirección : CALLE 77 N° 84-13
		Teléfono Cel. : 3114646111 Fijo:8120427
		Cuenta Bancaria No. 0570008290393803 Banco: Davivienda Clase de Cuenta: AHORROS

Descripción del bien, obra o servicio a recibir	No.	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor $
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL No. UNTH0747-2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES.	1	DICIEMBRE DE 2020	NOCHE 2	$1.529.900,00
Saldo del Contrato				**$17.510.000,00**

Nº CONTRATO	DESCRIPCION-OBJETO	CANTIDAD CONTRATADA	CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA	VALOR DEL MES	VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	VALOR LIBERACION
UNTH0747-2020	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$19.210.000,00	$,00	$1.529.900,00	$17.510.000,00	$170.100,00

OBSERVACION: EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA AL DIA CON LOS APORTES HASTA EL MES DE NOVIEMBRE DE 2020

No. PLANILLA	VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO
46838141	$271.700,00	09/12/2020

Observaciones: SE PRESENTARON LAS SIGUIENTES NOVEDADES:

NOVEDAD	FECHA NOVEDAD
FALTANTE	14/12/2020

Nº CUENTA	MES	CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION	VALOR DEL MES A RECONOCER	VALOR TOTAL MES	JUSTIFICACION (Liberación)
1	DICIEMBRE DE 2020	$170.100,00	$1.529.900,00	$1.700.000,00	FALTANTE

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: Teniente **Jessei Katherine Fuentes Pinzón**
Oficial Subalterno en Comisión Administrativa Pública
Servicio de Enfermería (e)
Supervisora Contrato

NUMERO DE CÉDULA: **1010191068**

FIRMA:

