INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: NOVIEMBRE -2021

TIPO DE CONTRATACION	CONTRATACION DIRECTA	CONTRATO No.	UNTH0784-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0297-2020

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
		Fecha de suscripción: 01/12/2020
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Valor inicial $19.210.000,00
UNTH0784-2020		Adiciones 1- $_____ 2- $_____ Reducciones 1- $_____ 2- $_____
		Valor Total $19.210.000,00
		Registro Presupuestal SIIF No 27021 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: JIMENEZ CHAVEZ ROSA ANGELICA		NIT/C.C.: 1006031830
		Dirección: CALLE 42 G N° 98 A 22
		Teléfono: 0
		Cuenta Bancaria No. 68377331391 Banco: bancolombia 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. UNTH0784-2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES.	11	OCTUBRE -2021	TARDE	$1.634.260,00
Saldo del contrato				$,00

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

N° CONTRATO	DESCRIPCION-OBJETO	CANTIDAD CONTRATADA	CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA	VALOR DEL MES	VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	VALOR LIBERACION
UNTH0784-2020	AUXILIAR DE ENFERMERIA	$19.210.000,00	$17.050.410,00	$1.634.260,00	$,00	$525.330,00

OBSERVACION: EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA AL DIA CON LOS APORTES HASTA EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2021

No. PLANILLA	VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO
53543916	$281.200,00	10/11/2021

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	21/09/2021

N° CUENTA	MES	CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION	VALOR DEL MES A RECON0CER	VALOR TOTAL MES	JUSTIFICACION (Liberación)
10	OCTUBRE DE 2021	$116.740,00	$1.634.260,00	$1.751.000,00	INCAPACIDAD

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: