## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha: OCTUBRE -2021**

| TIPO DE CONTRATACION | CONTRATACION DIRECTA | CONTRATO No. | UNTH0714-2020 | No. PROCESO EN EL SECOP II | CPSUNTH-0296-2020 |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| | | Fecha de suscripción: 01/12/2020 |
| | AUXILIAR DE ENFERMERIA | Valor inicial $19.210.000,00 |
| UNTH0714-2020 | | Adiciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Reducciones<br>1- $_____<br>2- $_____ |
| | | Valor Total $19.210.000,00 |
| | | Registro Presupuestal SIIF No 74421<br>Fecha: 01/12/2020<br>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:<br>MENDEZ HIDALGO SANDRA | | NIT/C.C.: 52848128 |
| | | Dirección: CALLE 136 BIS N° 126 A 52 |
| | | Teléfono: 3016207708 |
| | | Cuenta Bancaria No. 009170447040<br>Banco: 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 $ |
|---|---|---|---|---|
| LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL No. UNTH0714-2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES. | 11 | OCTUBRE -2021 | MAÑANA | $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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| UNTH0714-2020 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | $19.210.000,00 | $16.758.560,00 | $1.634.260,00 | $ ,00 | $817.180,00 |

**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 |
|---|---|---|
| 9425768151 | $281.200,00 | 10/12/2021 |

**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 |
|---|---|
| FALTANTE | 20/09/2021 |

| 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 | FALTANTE |

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:**