

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-02-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 05-02-2021
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 06
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	PÁGINA: 1 de 216

INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: NOVIEMBRE DE 2021

TIPO DE CONTRATACIÓN	DIRECT A	CONTRATO No.	UNTH-0516-2021	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0339-2021
-----------------------------	-----------------	---------------------	-----------------------	-----------------------------------	--------------------------

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
		Fecha de suscripción: 5/10/2021	
		Valor inicial \$	17.499.000
		Adiciones	
		1- \$	
		2- \$	
		Reducciones	
		1- \$	
		2- \$	
		Valor Total \$ 17.499.000	
		Registro Presupuestal SIIF 308921 NET 3139	
		Fecha: 8/10/2021	
		CDP No. 82921	
		Garantía No.: NA	
		Aseguradora: NA	
		Fecha de aprobación de la Garantía: NA	
		Fecha de la notificación del Supervisor: 7/10/2021	
		Fecha del Acta de Inicio 1/11/2021	
		Plazo de ejecución del Contrato 9 MESES	
Vigencia del contrato: 1/11/2021 - 31/07/2022			
NIT/C.C.: 1020748902			
Dirección: CLL 164 B 3 72			
Teléfono: 3014441526			
Cuenta Bancaria No. 450700089391			
Banco: DAVIVIENDA			
Clase de Cuenta Ahorros X Corriente			

UNTH-0516-2021	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL
----------------	--

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	ACOSTA HERRERA CAROL JULIET
-------------------------------	-----------------------------

Forma de pago:

- Dentro de los 30 días calendario.

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO	GA-GECO-MN-02-FT-05	VERSION	06
		Página:	2 de 216		

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
ss. (Vease Anexo)	001	<u>NOVIEMBRE DE 2021</u>	NO aplica	\$ 1.900.000
Saldo del contrato				\$ 15.599.000

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 OCTUBRE 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 SATISFACCIÓN 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: 