INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: NOVIEMBRE DE 2021

TIPO DE CONTRATACION	DIRECTA	CONTRATO No.	UNTH-0519-2021	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0339-2021

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
UNTH-0519-2021	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	**Fecha de suscripción: 4/10/2021**
		Valor inicial $ 17.499.000
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **Reducciones** **1- $_____** **2- $_____**
		Valor Total $ 17.499.000
		Registro Presupuestal SIIF 309221 NET 3142 **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
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: BOBADILLA FORERO MARIA ALEJANDRA		**NIT/C.C.: 1012397346**
		Dirección: CLL 70 D SUR 80 I 68
		Teléfono: 3196380822
		Cuenta Bancaria No. 24095964728 **Banco: BANCO CAJA SOCIAL** **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 $
vv. (Vease Anexo)	001	NOVIEMBRE DE 2021	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 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: