INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: NOVIEMBRE DE 2021

TIPO DE CONTRATACION	DIRECTA	CONTRATO No.	UNTH-0529-2021	No. PROCESO EN EL SECOPII	CPSUNTH-0339-2021

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
UNTH-0529-2021	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: 5/10/2021
		Valor inicial $ 17.499.000
		Adiciones 1- $_____ 2- $_____ Reducciones 1- $_____ 2- $_____
		Valor Total $ 17.499.000
		Registro Presupuestal SIIF 310421 NET 3152 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: LAURA CAMILA CASTIBLANCO		NIT/C.C.: 1030574096
		Dirección: CLL 42 F SUR 78 H 30
		Teléfono: 3193929244
		Cuenta Bancaria No. 004870400316 Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A. 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 $
fff. (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: 