INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: NOVIEMBRE DE 2021

TIPO DE CONTRATACION	DIRECTA	CONTRATO No.	UNTH-0494-2021	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0336-2021

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
UNTH-0494-2021	PRESTACION DE SERVICIOS COMO REVISOR 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 $ 23.930.000
		Adiciones 1- $_____ 2- $_____ Reducciones 1- $_____ 2- $_____
		Valor Total $ 23.930.000
		Registro Presupuestal SIIF 306521 NET 3117 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: ROA MOGOLLON MAURICIO		NIT/C.C.: 80409152
		Dirección: Calle 181 C No 13 - 91 Int 10 Apto 204
		Teléfono: 8003859
		Cuenta Bancaria No. 474170012881 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 $
w. (Vease Anexo)	001	NOVIEMBRE DE 2021	NO aplica	$ 2.599.000
Saldo del contrato				**$ 21.331.000**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($ 2.599.000), DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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: