## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha: Junio 2022**

| **TIPO DE CONTRATACION** | **Directa** | **CONTRATO No.** | 1916-2022 | **No. PROCESO EN EL SECOP II** | CPSUNTH-0827-2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **CONTRATO No.**<br><br>**1916-2022** | **OBJETO :**<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ADMINISTRATIVO PARA EL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | **DATOS GENERALES DEL CONTRATO** |
| | | **Fecha de suscripción: 23-04-2022** |
| | | **Valor inicial: $ 8.580.800** |
| | | **Adiciones**<br>**1- $_____**<br>**2- $_____**<br>**Reducciones**<br>**1- $_____**<br>**2- $_____** |
| | | **Valor Total: 8.580.800** |
| | | **Registro Presupuestal SIIF No. 237022**<br>**Fecha: 25-04-2022**<br>**CDP No. 22122** |
| | | **Garantía No.: NA** |
| | | **Aseguradora: NA** |
| | | **Fecha de aprobación de la Garantía: NA** |
| | | **Fecha de la notificación del Supervisor:** 25/04/2022 |
| | | **Fecha del Acta de Inicio:** 25/04/2022 |
| | | **Plazo de ejecución del Contrato:** 31 de Octubre de 2022 |
| | | **Vigencia del contrato:** IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS. |
| **RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:**<br><br>NATALY AVELLANEDA FRAILE | | **NIT/C.C.: 1015472952** |
| | | **Dirección: KRA 108, 74-16** |
| | | **Teléfono: 3002594378** |
| | | **Cuenta Bancaria No. 0550485900009260**<br>**Banco: Davivienda**<br>**Clase de Cuenta Ahorros X Corriente _____** |

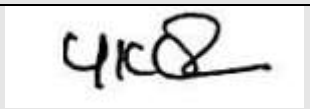
**Forma de pago:**
En caso de personas naturales dentro de los 30 días calendario.

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| Las obligaciones contenidas en el contrato N° 1916/2022. Cláusula segunda (Actividades) | N/A | Junio 2022 | No aplica | $ 1.384.000 |
| **Saldo del contrato** | | | | $ 5.536.000 |

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:** UN MILLÓN TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS ($1.384.000) M/CTE.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de mayo de 2022 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 EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

| |
|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: Capitán Yuli Katerine Castro Riaño C.C 43.972.185 Coordinadora ATENCIÓN AL USUARIO Y CALL CENTER.** |
| **NUMERO DE CÉDULA: 43.972.185 de Medellín** |
| **FIRMA:**  |