

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 204

INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: FEBRERO DE 2021

TIPO DE CONTRATACIÓN	DIRECT A	CONTRATO No.	UNTH1059-2020	No. PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-0328-2020
-----------------------------	-----------------	---------------------	----------------------	-----------------------------------	--------------------------

CONTRATO No. UNTH1059-2020	OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN	DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
		Fecha de suscripción: 27/11/2020	
		Valor inicial \$	20.637.700
		Adiciones	
		1- \$	
		2- \$	
		Reducciones	
		1- \$	
		2- \$	
		Valor Total \$ 20.637.700	
		Registro Presupuestal SIIF 88221 DG.NET 349	
		Fecha: 27/11/2020	
		CDP No. 87320	
		Garantía No.: NA	
		Aseguradora: NA	
		Fecha de aprobación de la Garantía: NA	
		Fecha de la notificación del Supervisor: 24/11/2020	
		Fecha del Acta de Inicio 1/12/2020	
		Plazo de ejecución del Contrato 11 MESES	
Vigencia del contrato: 1/12/2020 - 31/10/2021			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1033784415	
CLAUDIA PAOLA RODRIGUEZ ACEVEDO		Dirección: DIAGONAL 64 A SUR BIS 18 V21	
		Teléfono: 3223901994	
		Cuenta Bancaria No. 488403645390	
		Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.	
		Clase de Cuenta Ahorros X Corriente	

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 204		

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factur a	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
a. (Vease Anexo)	003	FEBRERO DE 2021	NO aplica	\$ 1.900.000
Saldo del contrato				\$ 15.200.000

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 ENERO 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: 