



| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CÓDIGO  | GA-GECO-MN-02-FT-05 | VERSION | 06 |
|---------|---------------------------------------------|---------|---------------------|---------|----|
|         |                                             | Página: | 2 de 2              |         |    |

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir                                                   | No. Factura | Fecha      | No. Relación de Soportes | Valor \$        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|--------------------------|-----------------|
| LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL No. 0499/2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES. |             | MARZO-2021 | NOCHE 1                  | \$3.268.534,00  |
| Saldo del contrato                                                                              |             |            |                          | \$24.514.000,00 |

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE (\$\$3.268.534,00)

| Nº CONTRATO | DESCRIPCION- OBJETO       | CANTIDAD CONTRATADA | CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA | VALOR DEL MES  | VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR | VALOR LIBERACION |
|-------------|---------------------------|---------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|------------------|
| 0499/2020   | PROFESIONAL DE ENFERMERIA | \$38.420.000,00     | \$10.304.747,00               | \$3.268.534,00 | \$24.514.000,00              | \$332.719,00     |

OBSERVACION: EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA AL DIA CON LOS APORTES HASTA EL MES DE FEBRERO DE 2021

| No. PLANILLA | VALOR PAGADO | FECHA DE PAGO |
|--------------|--------------|---------------|
| 9416992808   | \$461.200,00 | 08/03/2021    |

**Información que debe transcribir para el informe de supervisión de Bienes y/o Servicios a recibir:**

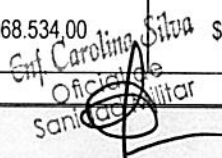
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual 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.

**Observaciones:**

| NOVEDAD  | FECHA NOVEDAD |
|----------|---------------|
| faltante | 13/02/2021    |

| Nº CUENTA | MES           | CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION | VALOR DEL MES A RECONOCER | VALOR TOTAL MES | JUSTIFICACION (Liberación) |
|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------------|
|           | MARZO DE 2021 | \$233.466,00                    | \$3.268.534,00            | \$3.502.000,00  | faltante                   |

  
 Mayor Carolina Silva Henao  
 Oficial Superior en Comisión Administrativa  
 Permanente en la Administración Pública  
 Servicio de Enfermería  
 Supervisora Contrato

NUMERO DE CÉDULA: 55.304.157

FIRMA: