HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO

Fecha:____ DICIEMBRE DE 2018_____

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
		Fecha de suscripción: 1/12/2018
		Valor inicial $ 13.753.600
		Adiciones **1-** **2- $_____** **3- $_____**
CONT.923/2018	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO ORGANIZADOR DE CUENTAS MEDICAS**	**Valor Total $ 13.753.600**
		Registro Presupuestal SIIF 472018 del 1/12/2018
		Garantía No.
		Aseguradora:
		Fecha de aprobación de la Garantía
		Fecha de la notificación del Supervisor
		Fecha del Acta de Inicio 1/12/2018
		Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019
		Vigencia del Contrato 31/03/2020
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT: 1018475951**
VARGAS CELIS CAROL IVETTE		**Dirección TRANSV 5 N BIS 48 Q 19 SUR**
		Teléfono 8148247-3118843728
		Cuenta Bancaria No.457400129799Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A. Clase de Cuenta Ahorros__X__Corriente ___

Descripción del bien, obra o servicio a recibir	Factura No.	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor $
VER ANEXO		DICIEMBRE DE 2018		$ 1.103.600
Saldo del Contrato				**$12.650.000**

NOTA 1: Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha_NOVIEMBRE DE 2018
NOTA 2: En el espacio correspondiente a la descripción del bien, obra o servicio a recibir, el supervisor debe indicar en forr amplia y detallada los bienes, obras o servicios que soportan el trámite a pago correspondiente.
Observaciones:

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: Marta Edy Ariza Mateus
NUMERO DE CÉDULA: 63.433.451
FIRMA: