HOSPITAL MILITAR CENTRAL	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	**CODIGO:** GJ-CNTO-PR-14-FT-01
GSED	**DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA JURIDICA – AREA CONTRATOS**	**FECHA DE EMISIÓN:**01-10-2014
	PROCESO: GESTION JURIDICA Y DISCIPLINARIA	**VERSIÓN:** 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	**PÁGINA:** 1 de 1

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO

Fecha:___ FEBRERO DE 2019_____

CONTRATO No.	**OBJETO:**	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
		Fecha de suscripción: 1/12/2018
		Valor inicial $ 13.753.600
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____**
CONT.925/2018	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO ORGANIZADOR DE CUENTAS MEDICAS**	**Valor Total $ 13.753.600**
		Registro Presupuestal SIIF 477218 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: LOPEZ CAMACHO YEXICA ALEXANDRA		**NIT: 1014263048**
		Dirección CRR 70 22 75 MANZANA C INT 38
		Teléfono 7223592-3106139280
		Cuenta Bancaria No.15485196533Banco: BANCOLOMBIA 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		FEBRERO DE 2019		$ 1.150.000
Saldo del Contrato				**$10.350.000**

NOTA 1: Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha_ENERO DE 2019
NOTA 2: En el espacio correspondiente a la descripción del bien, obra o servicio a recibir, el supervisor debe indicar en form 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 CEDULA: 63.433.451
FIRMA: