HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO

Fecha:___ ABRIL DE 2019_____

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
		Fecha de suscripción: 6/12/2018
		Valor inicial $ 29.319.000
		Adiciones 1- $_____ 2- $_____ 3- $_____
CONT.960/2018	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO REVISOR DE CUENTAS MEDICAS	Valor Total $ 29.319.000
		Registro Presupuestal SIIF 530318 del 6/12/2018
		Garantía No.
		Aseguradora:
		Fecha de aprobación de la Garantía
		Fecha de la notificación del Supervisor
		Fecha del Acta de Inicio 6/12/2018
		Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019
		Vigencia del Contrato 31/03/2020
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 20740247
CHACON BENAVIDES LUZ HELENA		Dirección CARRERA 1 C SUR No 2 20
		Teléfono 3125213813
		Cuenta Bancaria No.009770198985Banco: 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		ABRIL DE 2019		$ 1.225.000
Saldo del Contrato				**$17.150.000**

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