HOSPITAL MILITAR CENTRAL	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	**CODIGO:** GJ-CNTO-PR-14-FT-01
GSED	**DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA JURIDICA – AREA CONTRATOS** **PROCESO: GESTION JURIDICA Y DISCIPLINARIA**	**FECHA DE EMISIÓN:**01-10-2014
		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:___ MARZO DE 2019_____

CONTRATO No.	**OBJETO:**	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
CONT.1093/2018	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS**	**Fecha de suscripción: 6/12/2018**
		Valor inicial $ 19.031.800
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____**
		Valor Total $ 19.031.800
		Registro Presupuestal SIIF 537118 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: NAVARRETE TORRES KELLY JOHANA		**NIT: 52877390-0**
		Dirección CLL 67 A #27-19 SUR
		Teléfono 3203169909
		Cuenta Bancaria No.451500036491Banco: 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		MARZO DE 2019		$ 1.590.000
Saldo del Contrato				**$12.720.000**

NOTA 1: Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha_FEBRERO 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 CÉDULA: 63.433.451
FIRMA: