HOSPITAL MILITAR CENTRAL	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	**CODIGO:** GJ-CNTO-PR-14-FT-01
	DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA JURIDICA – AREA CONTRATOS PROCESO: GESTION JURIDICA Y DISCIPLINARIA	**FECHA DE EMISIÓN:**01-10-2014
		VERSIÓN: 02
GSED	**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.1096/2018	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS**	**Fecha de suscripción: 3/12/2018** **Valor inicial $ 19.031.800** **Adiciones** **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____** **Valor Total $ 19.031.800** **Registro Presupuestal SIIF 491118 del 3/12/2018** **Garantía No.** **Aseguradora:** **Fecha de aprobación de la Garantía** **Fecha de la notificación del Supervisor** **Fecha del Acta de Inicio 3/12/2018** **Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019** **Vigencia del Contrato 31/03/2020**
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: PEDRAZA CONTRERAS ANDRES LEONARDO		**NIT: 1014197951-7** **Dirección CRA 8 #189 A 24** **Teléfono 4662004** **Cuenta Bancaria No.007380687645Banco: 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 forma 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: