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

CONTRATO No.	**OBJETO:**	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
		Fecha de suscripción: 11/12/2018
		Valor inicial $ 19.031.800
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____**
	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS	**Valor Total $ 19.031.800**
		Registro Presupuestal SIIF 549418 del 11/12/2018
CONT.1248/2018		**Garantía No.**
		Aseguradora:
		Fecha de aprobación de la Garantía
		Fecha de la notificación del Supervisor
		Fecha del Acta de Inicio 11/12/2018
		Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019
		Vigencia del Contrato 31/03/2020
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT: 1018439819-7**
		Dirección CLL 46 B 1A 30
IBAÑEZ MOLANO SANDRA MARCELA		**Teléfono 3208767219**
		Cuenta Bancaria No.474170008566Banco: DAVIVIENDA 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		$ 1.590.000
Saldo del Contrato				**$14.310.000**

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 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: