| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | **CODIGO:** GJ-CNTO-PR-14-FT-01 |
|---|---|---|
| GSED | **DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA JURIDICA – AREA CONTRATOS**<br>**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:___ SEPTIEMBRE DE 2019_____**

| **CONTRATO No.** | **OBJETO:** | **DATOS GENERALES DEL CONTRATO** |
|---|---|---|
| | | **Fecha de suscripción: 11/12/2018** |
| | | **Valor inicial $ 19.031.800** |
| | | **Adiciones**<br>**1- $_____**<br>**2- $_____**<br>**3- $_____** |
| CONT.1248/2018 | **PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS** | **Valor Total $ 19.031.800** |
| | | **Registro Presupuestal SIIF 549418 del 11/12/2018** |
| | | **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** |
| IBAÑEZ MOLANO SANDRA MARCELA | | **Dirección CLL 46 B 1A 30** |
| | | **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 | | SEPTIEMBRE DE 2019 | | $ 1.590.000 |
| **Saldo del Contrato** | | | | **$3.180.000** |

**NOTA 1:** Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha_AGOSTO 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:** |