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:___ OCTUBRE DE 2019_____

CONTRATO No.	**OBJETO:**	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
		Fecha de suscripción: 1/12/2018
		Valor inicial $ 13.753.600
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____**
	PRESTACION DE SERVICIOS COMO ORGANIZADOR DE CUENTAS MEDICAS	**Valor Total $ 13.753.600**
		Registro Presupuestal SIIF 469718 del 1/12/2018
CONT.927/2018		**Garantía No.**
		Aseguradora:
		Fecha de aprobación de la Garantía
		Fecha de la notificación del Supervisor
		Fecha del Acta de Inicio 1/12/2018
		Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019
		Vigencia del Contrato 31/03/2020
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT: 1015472952**
		Dirección CARRERA 108 No 74 16
AVELLANEDA FRAILE NATALY		**Teléfono 3058151244**
		Cuenta Bancaria No.03836031341Banco: BANCOLOMBIA 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		SEPTIEMBRE DE 2019		$ 1.150.000
Saldo del Contrato				**$2.300.000**

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: