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. CONT.810/2018	**OBJETO:** **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION**	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO** **Fecha de suscripción: 1/12/2018** **Valor inicial $ 15.080.000** **Adiciones** **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____** **Valor Total $ 15.080.000** **Registro Presupuestal SIIF 465818 del 1/12/2018** **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: RIVERA CASTAÑEDA JOHANNA MARCELA		**NIT: 1022978922-4** **Dirección DIAGONAL 82 B SUR 7 C 02 ESTE** **Teléfono 3143395718** **Cuenta Bancaria No.485900007967Banco: 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		OCTUBRE DE 2019		$ 1.260.000
Saldo del Contrato				**$1.260.000**

NOTA 1: Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha_SEPTIEMBRE 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: