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 $ 15.080.000
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____**
	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION	**Valor Total $ 15.080.000**
CONT.812/2018		**Registro Presupuestal SIIF 466618 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:		**NIT: 52465174-8**
		Dirección CRR 82 h 73d 16 sur
VALDERRAMA MORERA MARIA ESPERANZA		**Teléfono 3505713450-4895655**
		Cuenta Bancaria No.68647002378Banco: 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		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 form 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 CEDULA: 63.433.451
FIRMA: