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:___ NOVIEMBRE DE 2019_____

CONTRATO No.	**OBJETO:**	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
		Fecha de suscripción: 3/12/2018
		Valor inicial $ 19.031.800
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____**
	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS	**Valor Total $ 19.031.800**
CONT.1092/2018		**Registro Presupuestal SIIF 489418 del 3/12/2018**
		Garantía No.
		Aseguradora:
		Fecha de aprobación de la Garantía
		Fecha de la notificación del Supervisor
		Fecha del Acta de Inicio 3/12/2018
		Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019
		Vigencia del Contrato 31/03/2020
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT: 1012391458-0**
MENDOZA QUIROGA EMMA LIZETH		**Dirección CLL 56T SUR # 92A -29 CASA 238**
		Teléfono 3102468810
		Cuenta Bancaria No.474170010174Banco: 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		NOVIEMBRE DE 2019		$ 1.590.000
Saldo del Contrato				**$0**

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