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: 6/12/2018
		Valor inicial $ 29.319.000
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____**
CONT.1048/2018	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO REVISOR DE CUENTAS MEDICAS**	**Valor Total $ 29.319.000**
		Registro Presupuestal SIIF 527918 del 6/12/2018
		Garantía No.
		Aseguradora:
		Fecha de aprobación de la Garantía
		Fecha de la notificación del Supervisor
		Fecha del Acta de Inicio 6/12/2018
		Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019
		Vigencia del Contrato 31/03/2020
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT: 80800403**
MARTA VILLALBA ORLANDO ALBERTO		**Dirección CARRERA 103 A No 16 j 05**
		Teléfono 3165126263
		Cuenta Bancaria No.191078583Banco: BANCO DE BOGOTA **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		$ 2.450.000
Saldo del Contrato				**$2.450.000**

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 CÉDULA: 63.433.451
FIRMA: