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: 11/12/2018
		Valor inicial $ 19.031.800
		Adiciones **1- $_____** **2- $_____** **3- $_____**
CONT.1248/2018	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS**	**Valor Total $ 19.031.800**
		Registro Presupuestal SIIF 549418 del 11/12/2018
		Garantía No.
		Aseguradora:
		Fecha de aprobación de la Garantía
		Fecha de la notificación del Supervisor
		Fecha del Acta de Inicio 11/12/2018
		Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019
		Vigencia del Contrato 31/03/2020
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT: 1018439819-7**
IBAÑEZ MOLANO SANDRA MARCELA		**Dirección CLL 46 B 1A 30**
		Teléfono 3208767219
		Cuenta Bancaria No.474170008566Banco: DAVIVIENDA 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: