

|                                                                                                                                                                     |                                                               |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                                                                                                     | <b>INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</b>            | <b>CODIGO:</b> GJ-CNTO-PR-14-FT-01  |
|   | <b>DEPENDENCIA:</b> OFICINA ASESORA JURIDICA – AREA CONTRATOS | <b>FECHA DE EMISIÓN:</b> 01-10-2014 |
|                                                                                                                                                                     | <b>PROCESO:</b> GESTION JURIDICA Y DISCIPLINARIA              | <b>VERSIÓN:</b> 02                  |
|                                                                                                                                                                     | <b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>                       | <b>PÁGINA:</b> 1 de 1               |

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**NIT: 830.040.256-0**

**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**

**Fecha:**     OCTUBRE DE 2019    

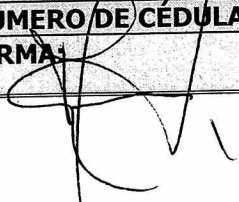
|                                          |                                                                                   |                                                 |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>CONTRATO No.</b><br><br>CONT.925/2018 | <b>OBJETO:</b><br><br>PRESTACION DE SERVICIOS COMO ORGANIZADOR DE CUENTAS MEDICAS | <b>DATOS GENERALES DEL CONTRATO</b>             |
|                                          |                                                                                   | Fecha de suscripción: 1/12/2018                 |
|                                          |                                                                                   | Valor inicial \$ 13.753.600                     |
|                                          |                                                                                   | <b>Adiciones</b>                                |
|                                          |                                                                                   | 1- \$ _____                                     |
|                                          |                                                                                   | 2- \$ _____                                     |
|                                          |                                                                                   | 3- \$ _____                                     |
|                                          |                                                                                   | Valor Total \$ 13.753.600                       |
|                                          |                                                                                   | Registro Presupuestal SIIF 477218 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         |                                                                                   |                                                 |
| <b>RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:</b>     | NIT: 1014263048                                                                   |                                                 |
| LOPEZ CAMACHO YEXICA ALEXANDRA           | Dirección CRR 70 22 75 MANZANA C INT 38                                           |                                                 |
|                                          | Teléfono 7223592-3106139280                                                       |                                                 |
|                                          | Cuenta Bancaria No.15485196533Banco: BANCOLOMBIA S.A.                             |                                                 |
|                                          | Clase de Cuenta Ahorros <u>  X  </u> Corriente <u>    </u>                        |                                                 |

| Descripción del bien, obra o servicio a recibir | Factura No. | Fecha              | No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN | Valor \$           |
|-------------------------------------------------|-------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|
| VER ANEXO                                       |             | SEPTIEMBRE DE 2019 |                                 | \$ 1.150.000       |
| <b>Saldo del Contrato</b>                       |             |                    |                                 | <b>\$2.300.000</b> |

**NOTA 1:** Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha AGOSTO 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:

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR:</b> Marta Edy Ariza Mateus                                     |
| <b>NUMERO DE CÉDULA:</b> 63.433.451                                                               |
| <b>FIRMA:</b>  |