

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: AB-GECO-MN-02-FT-05
 	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 23-11-2016 VERSIÓN: 04
	PROCESO: ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	PÁGINA: 1 de 2
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO

Fecha: **FEBRERO 2020**

CONTRATO No. 242-2019	"Prestación de servicios de salud para realizar procedimientos de radioterapia: telerapia y braquiterapia, radiocirugía fraccionada o dosis única (Intra y extracraneal) como tratamiento radial o como parte del manejo multidisciplinario en las diferentes patologías oncológicas y no oncológicas". Grupo No. 2: radiocirugía."	DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
		Fecha de suscripción: 17 DE SEPTIEMBRE DE 2019	
		Valor inicial \$350.000.000	
		Adiciones	
		1- \$ _____	
		2- \$ _____	
		3- \$ _____	
		Valor Total \$350.000.000	
		Registro Presupuestal SIIF 295119 Fecha: <u>11-09-2019</u>	
		Registro Dinámica Net No. 2975 Fecha: 11-09-2019	
		Garantía No. Póliza cumplimiento 11-44-101142771	
		Responsabilidad civil extracontractual 11-40-101033839	
		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.	
		Prorroga N° 1 Hasta junio 30 de 2020	
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: RADIOTERAPIA ONCOLOGIA MARLY S.A	Fecha de aprobación de la Garantía 16 enero 2020		
	Fecha de la notificación del Supervisor 17-09-2019		
	Fecha del Acta de Inicio Septiembre 17 de 2019		
	Plazo de ejecución del Contrato: 30 de junio de 2020		
	Vigencia del Contrato: 30 de junio de 2020		
	NIT: 800067908		
	Dirección Cra 9 No.49-22		
Teléfono 2878154			
Cuenta Bancaria No. 278022470			
Banco: Banco de Occidente			
Clase de Cuenta Ahorros Corriente X			

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO	AB-GECO-MN-02-FT-05	VERSION	04
		Página:	2 de 2		

Descripción del bien, obra o servicio a recibir	Factura No.	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor \$
Radiocirugía				
Valor Factura Valor del Contrato				\$350.000.000

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

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: NO HUBO FACTURAS PARA CANCELAR

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: Coronel Médico Erik E. Muñoz Rodríguez
NUMERO DE CÉDULA: 79.686.571
FIRMA: 