

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
	PROCESO: ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	VERSIÓN: 04
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	PÁGINA: 1 de 2

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO

Fecha: 29 FEBRERO DE 2020

CONTRATO No. 393/2019	OBJETO: "SUMINISTRO DE REACTIVOS E INSUMOS DESTINADOS PARA EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".	DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
		Fecha de suscripción: 16 DE DICIEMBRE DE 2019	
		Valor inicial \$ 1.046´161.000	
		Adiciones	
		1-	\$ _____
		2-	\$ _____
		3-	\$ _____
		Valor Total \$ 1.046´161.000	
		Compromiso Presupuestal: VIGENCIA 2019 SIIF 459119 (4633) FECHA 13/12/2019	
		Garantía No.:	
		CUMPLIMIENTO No. 15-44-101221865	
		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:	
		12/DICIEMBRE/2019	
Fecha de la notificación del Supervisor			
26/DICIEMBRE/2019			
Fecha del Acta de Inicio: 27/DICIEMBRE/2019			
Plazo de ejecución del Contrato: 31 DE JULIO 2022			
Vigencia del Contrato: 31 de Julio 2022 y seis meses más.			
NIT: 830023844			
Dirección: Carrera 7 # 127 – 48 Of 806			
Teléfono : 6476011			
Cuenta Bancaria No. 833011240			
Banco: BBVA			
Clase de Cuenta Ahorros _____ Corriente ☒			

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: BIOMERIUX COLOMBIA SAS	
--	--

Descripción del bien, obra o servicio a recibir	Factura No.	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor \$
NO HAY MOVIMIENTO	---	---	----	\$ 0
Total				\$ 0
SALDO DEL CONTRATO				\$ 1.046´161.000

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

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: _____

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: DRA. LAURA MILENA GUAVITA GALLO

NUMERO DE CÉDULA: 52' 858.183

FIRMA:

José Guavita