

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: Octubre 01 de 2020

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
		Fecha de suscripción: 28 DE DICIEMBRE DE 2018 Valor inicial \$220.000.000 VIGENCIA 2018: \$5.000.000 VIGENCIA 2019: \$60.000.000 VIGENCIA 2020: \$60.000.000 VIGENCIA 2021: \$60.000.000 VIGENCIA 2022: \$35.000.000 Adiciones 1- \$ _____ 2- \$ _____ 3- \$ _____ Valor Total \$220.000.000 Registro Presupuestal SIIF No. 591118 Fecha: 31-12-2018 Registro DINÁMICA Net No. 5801 Fecha: 31-12-2018 VF 101418 Garantía No. Póliza cumplimiento No. 14-44-101105354 Responsabilidad civil extracontractual No. 14-40-101027754 Aseguradora: Seguros del Estado S.A. Fecha de aprobación de la Garantía 04-01-2019 Fecha de la notificación del Supervisor 04-01-2019 Fecha del Acta de Inicio 04-01-2019 Plazo de ejecución del Contrato: 31 de julio de 2022 Vigencia del Contrato: será igual plazo de ejecución y seis meses más
1448/2018	Suministro de insumos medico quirúrgicos para la realización del programa quirúrgico en salas de cirugía y los demás servicios que componen la Unidad Clínico Quirúrgica Del Hospital Militar Central	
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: W. LORENZ S.A.S		NIT: 830007935
		Dirección Calle 127 No.13-96 P6 UNICENTRO
		Teléfono 6498270
		Cuenta Bancaria No. 05454694645
		Banco: Bancolombia
		Clase de Cuenta Ahorros ☒ Corriente ☐

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 \$
Suministro de insumos médico-quirúrgicos para Salas de Cirugía				\$ 0.00
Saldo del Contrato				\$ 136.796.684

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 @ Juan Carlos Luque Suarez
NUMERO DE CÉDULA: 79.358.261
FIRMA: 