



"Salud - Calidad - Humanización"

Acta N° 320 /2015

CTI	ID	חו	V	FF	$\Gamma$ H	Δ.

Bogotá DC., Octubre 26 de 2015

INTERVIENEN

PD Miguel Ángel Obando Castillo

Área de Selección y Planeación

**NICOLAS MORALES** 

Economista

ASUNTO

Que trata del Cierre del Proceso de Mínima Cuantía Nº

189/2015, cuyo objeto es el "ALQUILER DE UN

ASPIRADOR DISECTOR ULTRASONICO SELECTIVO".

Siendo las 09:00 horas del día 26 de Octubre de 2015, los anteriormente nombrados, se procede a efectuar el cierre del proceso de Mínima Cuantía N° 189/2015, cuyo objeto es el "ALQUILER DE UN ASPIRADOR DISECTOR ULTRASONICO SELECTIVO".

Se realiza la contabilización, apertura y revisión del sobre, el cual fue entregado en el Área de Planeación y Selección, dejando constancia que se recibieron los sobres y carpetas selladas que contienen la Oferta Original de los oferentes que se relacional a continuación:

1-	NOMBRE DE LA FIRMA: 44 INVILLA 6.40
	NUMERO DE FOLIOS DE LA PROPUESTA: (95)
	MEDIO MAGNETICO SI (X) NO ( )
	VALOR DE LA OFERTA:
	OBSERVACIONES: MAKKINA.
2-	NOMBRE DE LA FIRMA:
	NUMERO DE FOLIOS DE LA PROPUESTA:
	MEDIO MAGNETICO SI ( ) NO ( )
	VALOR DE LA OFERTA:
	OBSERVACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente firman por los que en ella intervienen:

PD. Miguel Ángel Obando Área de planeación y Selección Nicolas Morales Economista Adv Pub

'Salud - Calidad - Humanización'

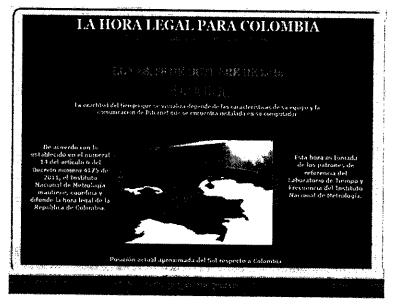
## **CIERRE MINIMA CUANTIA N°189-2015**















## REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL -HOSPITAL MILITAR CENTRAL PROCESO DE MINIMA CUANTIA No 189/2015

OBJETO: "ALQUILER DE UN ASPIRADOR DISECTOR ULTRASONICO SELECTIVO".

## PLANILLA DE REGISTRO PARTICIPANTES AL CIERRE DEL PROCESO DE MINIMA CUANTIA NO 189/2015

No.	HORA	NOMBRE DE LA PERSONA	EMPRESA POR LA QUE ASISTE	TELEFONO	FIRMA
					Annfrage
No.	HORA	NOMBRE DE LA PERSONA	EMPRESA POR LA QUE ASISTE	TELEFONO	FIRMA
2		CEDULA	DIRECCION		
No.	HORA	NOMBRE DE LA PERSONA	EMPRESA POR LA QUE ASISTE	TELEFONO	FIRMA
3	-	CEDULA	DIRECCION		
No.	HORA	NOMBRE DE LA PERSONA	EMPRESA POR LA QUE ASISTE	TELEFONO	FIRMA
4		CEDULA	DIRECCION		
No.	HORA	NOMBRE DE LA PERSONA	EMPRESA POBLA QUE ASISTE	TELEFONO	FIRMA
5		CEDULA	DIRECCION		