# Forma de pago:

- En el caso de personas jurídicas dentro de los sesenta (60) días calendario.

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | Comp. de entrada No. | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| **CODIGO HOMIC** / **NOMBRE DEL ELEMENTO** / **CANTIDAD**<br>1134010229 — BOLSA PLASTICA BIODEGRADABLE BLANCA Dimensiones (**55 *75 cm**) Capacidad de Resistencia 25 Kilos — 72.000<br>1134010029 — BOLSA PLASTICA BIODEGRADABLE BLANCA Dimensiones (**50 cm *53cm**)Capacidad de Resistencia 10 Kilos — 36.000<br>1134010103 — BOLSA PLASTICA BIODEGRADABLE BLANCA Dimensiones( **35cm *30cm** ), Capacidad de Resistencia 5 Kilos — 18.000 | MCMG 212 | 2021/06/29 | 2031 | $27,720,000.00 |
| **NOTA CREDITO No. 1** | | 2021/07/02 | | 23,940.00 |
| **Valor de este informe:** | | | | $27,696,060.00 |
| **Ejecución acumulada del contrato** | | | | $ 27,696,060.00 |
| **Saldo del contrato** | | | | $ 23,940.00 |

*VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE (27.696.060) Veintisiete millones seis cientos noventa y seis mil sesenta pesos M/Cte.* ***NOTA 4: Se anexa al presente informe la relación de entrada al área de Almacén de Insumos Hospitalarios, (Almacén N°1). Información que debe trascribir para el informe de supervisión de Bienes y/o Servicios a recibir****En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.* ***Observaciones: -***

**NOMBRES Y APELLIDOS APOYO A LA SUPERVISION: Alexander Ramirez Sanchez**

**NUMERO DE CÉDULA: 79.384.568**

Alexander Ramirez Sanchez
C.C. 79.384.568
Unidad de Farmacia
Hospital Militar Central

## INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: 30 Junio de 2021

| TIPO DE CONTRATACION | | CONTRATO No. | 115-2021 | No. PROCESO EN EL SECOP II | MC-064-2021-HOMIL |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| 115-2021 | ADQUISICION DE BOLSAS PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS PARA LAS DIFERENTES FARMACIAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | **Fecha de suscripción:** 28/05/2021 |
| | | **Valor inicial $** 27.720.000 COP |
| | | **Adiciones**<br>**1- $**_____<br>**2- $**_____<br>**Reducciones**<br>**1- $**_____<br>**2- $**_____ |
| | | **Valor Total** $ 27.720.000 COP |
| | | **Registro Presupuestal SIIF No. 215621**<br>**Fecha 28/05/2021**<br>**CDP No. 45921** |
| | | **Garantía No.:** 17-44-101190881 |
| | | **Aseguradora:** SEGUROS DEL ESTADO SA |
| | | **Fecha de aprobación de la Garantía:** 27/05/2021 |
| | | **Fecha de la notificación del Supervisor:** |
| | | **Fecha del Acta de Inicio** 28-05-2021 |
| | | **Plazo de ejecución del Contrato 30-06-2021** |
| | | **Vigencia del contrato: 31-12-2021** |
| **RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:**<br>COMERCIAL Y ASESORIAS MARIA CMG | | **NIT/C.C.:** 528.187.48-1 |
| | | **Dirección: CR 72 L # 35 06 SUR** |
| | | **Teléfono: 3016370245** |
| | | **Cuenta Bancaria No. 470100099345** Davivienda<br>**Clase de Cuenta Ahorros __X__ Corriente _____** |