## INFORME DE SUPERVISIÓN

**Fecha: 28 DE JULIO DE 2021**

| TIPO DE CONTRATACION | SUMINISTRO DE INSUMOS | CONTRATO No. | 1463-2018 | No. PROCESO EN EL SECOP II | LP 032-2018 HOSMIL UCLQ |
|---|---|---|---|---|---|

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| 1463-2018 | SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS PARA LA REALIZACION DEL PROGRAMA QUIRURGICO EN SALAS DE CIRUGIA Y LOS DEMAS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | Fecha de suscripción: 4 DE ENERO DE 2019 |
| | | Valor inicial $4.000.000.000,00 |
| | | Adiciones<br>1- $_____<br>2- $_____<br>Reducciones<br>1- $200.000.000,00<br>2- $ 95.792.504.00<br>3- $400.000.000,00 |
| | | Valor Total $4.000.000.000,00 |
| | | Registro Presupuestal SIIF No. 594318<br>Fecha: 31-DIC-2018<br>CDP No.28418 |
| | | Garantía No.: 100025706 - 100004970 |
| | | Aseguradora: MUNDIAL DE SEGUROS S.A |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía: 4-ENERO-2019 |
| | | Fecha de la notificación del Supervisor: 28-ENERO-2019 |
| | | Fecha del Acta de Inicio: 11-FEBRERO-2019 |
| | | Plazo de ejecución del Contrato: 31-JULIO-2022 |
| | | Vigencia del contrato: 31-JULIO-2022 Y 6 MESES MAS |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:<br>LABORATORIOS BAXTER S.A | | NIT: 890.300.292-0 |
| | | Dirección: Calle 36 N°2C-22 Cali (Valle) |
| | | Teléfono: 553 8080 |
| | | Cuenta Bancaria No. 484-62551-2<br>Banco: DE BOGOTA<br>Clase de Cuenta Ahorros X Corriente _____ |

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| -SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS | 95157479 | 27-07-2021 | 20695 | 36.246.660,oo |
| **Saldo del contrato** | | | | **$1.722.401.167,oo** |

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($36.246.660.00) TREINTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS MCTE.**

**NOTA: Se anexa al presente informe la relación de los servicios prestados verificados por el área de facturación cuando sea prestación de servicios personas jurídicas por productividad, en el caso de personas naturales por monto fijo la certificación de cumplimiento de las actividades firmada por el contratista y el supervisor del contrato, en el caso de Insumos y Activos la relación de entrada al área de Almacén de Insumos Hospitalarios, (Almacén N° 6) Almacén de Bienes de Consumo (Almacén N°1) y/o Bodega de Activos Fijos.**

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 SUPERVISOR: DR. WILLIAM SANCHEZ MALDONADO**
Servidor Misional en Sanidad Militar
Jefe Servicio Cirugía General
Supervisor del Contrato N°1463-2018

**NUMERO DE CÉDULA: 79.341.852 de Bogotá**

**FIRMA:**