HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Dirección: TRANSVERSAL 3A No. 49-00
Telefono: 3486868
BOGOTA D.C.
Usuario: 35492595

Fecha Actual : jueves, 24 enero 2019
Comprobantre Entrada I9000000014165
N° Contrato
N° Orden de Compra

PROVEEDOR:	ABBVIE S.A.S.	**NIT:** 900514524	**FECHA:**	23/01/2019 11:28 a. m.	
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C.)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CL 100 9 A 45 P 14		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	6285704		**TASA CAM:**		0,00
N° FACTURA:	FE3327	**% ICA:** 4,14 **PLAZO:** 90	**FECHA FAC:**	14/01/2019 12:00 a. m.	
ALMACEN:	ALM.INSUMOS HOSPITALARIOS		**FAX:**	5227580	

Codigo	Nombre del Producto	Concent.	Unidad	Cant.	Vl. Unitario	%Dto	Total	%IVA
Registro Sanitario	**Lote**	**Fecha Vencimiento**						
1032910028-ABT	ADALIMUMAB	40 mg	AMP/VIAL/JP	200	$1.039.930,00	0	207986000	0,00
2003M-0002933	1103184	30/04/2020 12:00:00 a. m.						
1031440016-ABT	PALIVIZUMAB	50mg	AMP/VIAL/JP	20	$1.106.219,00	0	22124380	0,00
M-014943	383021	30/09/2020 12:00:00 a. m.						

TOTAL COMPROBANTE: DOSCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTITRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ALLE

cont. 1103/18. OC-3063

SUBTOTAL:	$230.110.380,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$952.657,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$229.157.723,00

JEFE ALMACEN SUPERVISOR. RESPONSABLE AGRUPACION

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

LICENCIADO A: HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIT 899999256-01

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO

Fecha: 08 de febrero de 2019.

CONTRATO No. 1403-2018	**OBJETO: "SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO OMBISTAVIR+PARITAPREVIR +RITONAVIR+ DASABIVIR; ADALIMUMAB Y PALIVIZUMAB PARA PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL VIGENCIA 2018, 2019, 2020"**	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**
		Fecha de suscripción: 28-12-2018
		Valor inicial $2.295.657.142
		Adiciones **1- $** **2- $_____**
		Valor Total:$2.247.657.142
		Registro Presupuestal No. 585718 Fecha: 28-12-2018
		Garantía No. 3002185
		Aseguradora: LIBERTY SEGUROS S.A.
		Fecha de aprobación de la Garantía: 28-12-2018
		Fecha de la notificación del Supervisor:
		Fecha del Acta de Inicio:
		Plazo de ejecución del Contrato: 31-12-2020
		Vigencia del Contrato:
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: ABBVIE SAS.		**NIT: 900.514.524-9**
		Dirección: Calle 100 No. 9ª-45 Piso 14 Bogotá D.C.
		Teléfono : 6502900
		Cuenta Bancaria No. 5074035029 **Banco: Citibank Colombia** **Clase de Cuenta Ahorros X Corriente _____**

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

Descripción del bien, obra o servicio a recibir	Factura No.	Fecha	No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN	Valor $
Ver objeto contrato y Orden de Entrada al Almacén:	FE3327	14-01-2019	14165	$230.110.380
Acumulado ejecución del Contrato				**$230.110.380**
Saldo del Contrato				**$2.065.546.762**

NOTA: Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha 13 de diciembre de 2018.
Observaciones:

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: MARIO MENA BEJARANO
NUMERO DE CÉDULA: 19.467.543
FIRMA:

Building a better working world

Señores
Abbvie S.A.S.
Bogotá D.C.

He auditado, de acuerdo con las normas de auditoría aplicables según el Decreto 2420 de 2015 y modificatorios, los estados financieros terminados al 31 de diciembre de 2017, no incluidos aquí, de Abbvie S.A.S., identificada con NIT. 900.514.524-9. Así mismo, he desarrollado los procedimientos necesarios para cumplir con mis funciones como Revisor Fiscal.

Los registros contables no auditados por el período de un mes comprendido entre el 1 de noviembre de 2018 y el 30 de noviembre de 2018 de las Subcuentas 23708002 "CO-Impuestos acumulados de seguridad social" y 24820101 "Impuestos acumulados de empleados", incluyen la causación de los aportes a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Las planillas integradas de liquidación evidencian el pago de dichos aportes por el período antes mencionado.

La información financiera y contable es responsabilidad de la Gerencia de la Compañía.

Con base en los procedimientos ejecutados a la fecha, no estoy enterada de situaciones que impliquen cambios significativos a la información anteriormente indicada.

Esta certificación se expide por solicitud de la Compañía en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y no debe ser utilizada para ningún otro propósito.

Angélica María Palomino González
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional 115718-T
Designada por Ernst & Young Audit S.A.S. TR-530

Bogotá D.C.
13 de diciembre de 2018

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS	CÓDIGO: FR-UNFA-PR-15-FT-01
	UNIDAD: FARMACIA	FECHA DE EMISIÓN: 24-04-2018
	PROCESO: FARMACIA	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 1 DE 1

FORMATO RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS

PROVEEDOR ABBVIE

CONTRATO ESTATAL No 1403/2018

FECHA FEB 27

FACTURA N° 14-1/2019

CÓDIGO	NOMBRE GENERICO/ CONCENTRACION/ PRESENTACION	NOMBRE COMERCIAL	REGISTRO SANITARIO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD	LEYENDA DE RESTRICCION (SI/NO)	DEFECTOS C	DEFECTOS M	DEFECTOS m	T° DE RECEPCION °C	NIVEL DEL RIESGO (Disp. Med)	APROBADO (SI/NO)	TAMAÑO MUESTRA
	HUMIRA X 40MG	ADALIMUMAB	2018M0013982	1103184	30/04/2020	200	SI	-	-	-	24.8		SI	5
	SYNAGIS X 50	PALIVIZUMAB	20160026996	38302I	30/04/2020	20	SI				4.1		SI	5
						20								

OBSERVACIONES: Todos los medicamentos deben ser entregados con sus respectivos certificados de Control de Calidad por lote entregado.
Se debe verficar la marcacion en el empaque y/o envase de medicamentos (Uso oficial prohibida su venta)
En la casilla defectos la letra C corresponde a defectos criticos, M: Mayor y m: menor (verifique listado de defectos acorde a la forma farmaceutica
El numero de unidades a verificar debe ser significativo con relacion al total de unidades recibidas
La columna Nivel del riesgo solo debe diligenciarse para dispositivos medicos

REALIZA RECEPCIÓN TÉCNICA NOMBRE CLARO /FIRMA

REPRESENTANTE DEL CONTRATISTA NOMBRE CLARO /FIRMA

Tamaño del lote	Tamaño de muestra
Nivel de Inspección Mil.-STD-105E	II
2 – 8	2
9 – 15	3
16 – 25	5
26 – 50	8
51 – 90	13
91 – 150	20
151 – 280	32
281 – 500	50
501 – 1200	80
1201 – 3200	125
3201 – 10000	200
10001 – 35000	500
35001 – 150000	800