	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	29/06/2017	
		Código:	15-02-FO-0014	

CERTIFICACION: X				INFORME PARCIAL:			Marque con una (X) según corresponda	
CONTRATO No. 4308-2018						FECHA DEL INFORME :	28/06/2018	
1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN							Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	AMAREY NOVA MEDICAL SA	NIT O C.C	800250382-2	Valor Inicial:	$101.547.944		31/05/2018	30/08/2018
Representante Legal:	JOSE RAUL DURAN ECHANDIA	Cedula Representante	19.425.741	Adición 1:		Prórroga 1:		
Objeto del Contrato u orden:	Contratar el suministro de Medicamentos hospitalarios, liquidos, alimentos nutricionales y medicamentos ambulatorios necesarios para la prestación de los servicios de los servicios a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE			Adición 2:		Prórroga 2:		
Duración Inicial	3 (TRES) MESES			Adición 3:		Prórroga 3:		
Disponibilidades Números	567 DEL 27 DE FEBRERO DE 2018	Registros Presupuestales	23534 DEL 23 DE MAYO DE 2018	Adición 4:		Prórroga 4:		
				Adición 5:		Prórroga 5:		
				Adición 6:		Prórroga 6:		
				Adición 7:		Prórroga 7:		
				Adición 8:		Prórroga 8:		
				Adición 9:		Prórroga 9:		
Rubro presupuestal	Medicamentos	CODIGO	321020101	Adición 10:		Prórroga 10:		
				Valor Total:	$101.547.944	Fecha Terminación actual:		30/08/2018

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	CUMPLIO		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
INFORME #1	Suministro de Medicamentos hospitalarios, liquidos, alimentos nutricionales y medicamentos ambulatorios necesarios para la prestación de los servicios de los servicios a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE		SI: X	NO	Oportunidad de entrega	SI: X N/A NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A NO:			

Observaciones: el proveedor debe enviar copia de las facturas (via correo electronico) oportunamente con copia de recibido de la unidad donde se despacho el pedido para garantizar el pago oportuno en tesoreria

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA o CUENTA DE COBRO	FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO	PERIODO FACTURADO	FECHA RADICACION	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	236874	01-06-2018	JUNIO		2.088.400	2.088.400	99.459.544	2%	
2	236919	01-06-2018	JUNIO		3.967.000	6.055.400	95.492.544	6%	
3	238284	22-06-2018	JUNIO		28.430.000	34.485.400	67.062.544	34%	
TOTAL					34.485.400	34.485.400	67.062.544	34%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS 00/100 PESOS	$ 34.485.400
Saldo por ejecutar	SESENTA Y SIETE MILLONES SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO 00/100 PESOS	$ 67.062.544
VALOR TOTAL CERTIFICADO		$ 34.485.400,00
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	
236919, 236874, 238284.	FACTURAS JUNIO 2018	
VALOR A PAGAR	$ 34.485.400,00	
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Durante la ejecución del contrato no se ha presentado ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato	
ANEXOS: COPIA FACTURAS		

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	Rodrigo Gonzalez Fonseca
C.C. No.	19.470.154
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Area de la Salud
AREA DE UBICACIÓN	Dirección de Servicios Complementarios / Servicio Farmacéutico

CONTRATO 4308-2018 AMAREY NOVA MEDICAL

Factura No.	Fecha de Factura	Valor neto	Nº [illegible]ido	ALMACEN O FARMACIA DE DESTINO
236919	01/06/2018	$ 3.967.000,00	CTTO 43[illegible]018	KENNEDY
236874	01/06/2018	$ 2.088.400,00	CTTO 4308/2018	BOSA
238284	22/06/2018	$ 28.430.000,00	CTTO 4308/2018	KENNEDY
TOTAL EJECUTADO		$ 34.485.400,00		

FACTURAS JUNIO $34.485.400,00

		F. DE INICIO	F. DE TERMINACION
VALOR CONTRATO	101.547.944	21/05/2018	20/08/2018
TOTAL CONTRATO	$ 101.547.944,00		
TOTAL EJECUTADO	$ 34.485.400,00		
SALDO DISPONIBLE	$ 67.062.544,00		

Salob disponible 67 062.544

Amarey VIC 4/06/18

FACTURA DE VENTA No. AM236874

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762002557463 del 14 de Marzo de 2017

Vigencia 18 meses de 14 de Marzo de 2017 a 13 de septiembre de 2018

Autorizada del # AM210001 al # AM240000

Fecha de Expedición: 01/06/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 30/08/2018

Documento interno: 9000236874 Remisión: Buenos dias Zona(s): A0605

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

IMPORTANTE: Para sus pagos en cheques o giro electrónico, por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razon social de su Empresa/Institución.

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484
Cod. Cliente: 3384
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co
Orden de Compra: Ctt04308-2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 40.787.000,00
Destinatario: USS HOSPITAL DE BOSA
Dirección destinatario: CL 65 D SUR 79 C 90
Doctor(a)
No Caso CRM : 107827
Paciente
Documento de entrega: 80225520
HISTORIA
No. Contrato: CTTO No. 4308 DE 201

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
10145167	KONAKION MM PED 2MG0.2ML CJ X 5 AMP REG SAN:INVIMA 2006M-005453 R1 CUM:00002720601 ATC:B02BA01	F2271F04	31/01/2021	40	52.210	0 %	2.088.400

Observaciones:

SUBTOTAL	2.088.400
IVA	0
TOTAL:	2.088.400

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de Cambio, según los Art 774 y 779 del código de Comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

VALOR EN LETRAS: DOS MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: BOSA II
NOMBRE QUIEN RECIBE: Hilma londoño
CARGO: AUX ENFERMERIA
C.C. #: 51624363 BTA
FECHA: 7-06-18 HORA: 10:20
FIRMA:
AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT. 800.250.382 - 2
Firma Autorizada

ISO 9001
icontec
Certificado N° SC 4586-1

Nombre de quién Recibe: _____

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañía acepta cambios y devolución de los productos que les suministramos, siempre y cuando se cumplan las siguientes Politicas y condiciones:
1.Se recibirán devoluciones de producto hasta 30 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas por medio escrito o E-mail en donde se señale la cantidad de producto a devolver, referencia, No. de Lote, o serial, fecha de vencimiento, No. de factura, precio al cual fue facturado y causa de devolución o cambio.
3.El cliente no podrá hacer descuentos por devoluciones vía nota crédito o descuentos directos a facturas, sin que EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL haya aprobado la devolución.
4.No se aceptan devoluciones de productos controlados bajo ninguna circunstancia.
5.No se aceptan devoluciones de productos de nuestro proveedor Roche.
6. EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL. Aceptará en devolución productos que lleguen al cliente averiados durante el transporte, siempre y cuando sean reportados durante los siguientes 2 días hábiles a la entrega de los mismos en la institución.
7.Los productos deben mantenerse en las condiciones de almacenamiento estipuladas en el empaque o envase, unidad de venta, de lo contrario no se aceptará ninguna devolución.
8.La Institución y/o distribuidor o Caja de Compensación es la responsable de mantener los productos en buen estado.
9 El producto debe ser previamente inspeccionado por nuestro Representante de Ventas o el responsable del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envío a nuestra compañía. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir dentro de las observaciones las condiciones físicas en las cuales recibe el producto.
10.Si el producto presenta las siguientes condiciones no será recibido: Sello roto, envase y/o empaque en mal estado, etiquetas destruidas y/o deterioradas por el mal almacenamiento, fuego, humo, agua, manchas, adhesivos o sellos ajenos al producto original y otros factores que escapen de nuestro control.
11.Una vez recibido el producto en la compañía, será inspeccionado por Dirección Técnica, quien dará su visto de aceptación o rechazo. En caso de rechazo el producto se devolverá al cliente o se procederá a su destrucción.

FACTURA DE VENTA No. AM236919

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762002557463 del 14 de Marzo de 2017

Vigencia 18 meses de 14 de Marzo de 2017 a 13 de septiembre de 2018

Autorizada del # AM210001 al # AM240000

Fecha de Expedición: 01/06/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 30/08/2018

Documento interno: 9000236919 Remisión: Muy buenas Zona(s): A8888

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

IMPORTANTE: Para sus pagos en cheques o giro electrónico, por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razon social de su Empresa/Institución.

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484
Cod. Cliente: 3384
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co
Orden de Compra: Ctt04308-2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 40.787.000,00
Destinatario: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTEESE DE SERVICIOS
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 107829
Paciente
Documento de entrega: 80225554
HISTORIA
No. Contrato: CTTO No. 4308 DE 201

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
1501825A	FLOSEAL HEMOSTATICO TROMBINA 5 ML REGISTRO INVIMA 2007M-0007302	HA170972	17/03/2019	2	971.000	0 %	1.942.000
934073A	COSEALSELLANTEQUIRURGICO2.0ML REGISTRO INVIMA 2007DM-0000528	HA170227	31/01/2019	3	675.000	0 %	2.025.000

Observaciones:

SUBTOTAL	3.967.000
IVA	0
TOTAL:	**3.967.000**

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de Cambio, según los Art 774 y 779 del código de Comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL PESOS MCTE

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

NOMBRE BODEGA: VSS Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Alexander Arroyo
CARGO: Auxiliar Farmacia
C.C. #: 1.144.194.260
FECHA: 2 Junio 2018 HORA: 10:30 am
FIRMA:

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT. 800.250.382 - 2
Firma Autorizada

ISO 9001
icontec
Certificado N° SC 4586-1

Nombre de quién Recibe: _____

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañía acepta cambios y devolución de los productos que les suministramos, siempre y cuando se cumplan las siguientes Politicas y condiciones:
1.Se recibiran devoluciones de producto hasta 30 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas por medio escrito o E-mail en donde se señale la cantidad de producto a devolver, referencia, No. de Lote, o serial, fecha de vencimiento, No. de factura, precio al cual fue facturado y causa de devolución o cambio.
3.El cliente no podrá hacer descuentos por devoluciones vía nota crédito o descuentos directos a facturas, sin que EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL haya aprobado la devolución.
4.No se aceptan devoluciones de productos controlados bajo ninguna circunstancia.
5.No se aceptan devoluciones de productos de nuestro proveedor Roche.
6. EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL. Aceptará en devolución productos que lleguen al cliente averiados durante el transporte, siempre y cuando sean reportados durante los siguientes 2 días hábiles a la entrega de los mismos en la institución.
7.Los productos deben mantenerse en las condiciones de almacenamiento estipuladas en el empaque o envase, unidad de venta, de lo contrario no se aceptará ninguna devolución.
8.La Institución y/o distribuidor o Caja de Compensación es la responsable de mantener los productos en buen estado.
9.El producto debe ser previamente inspeccionado por nuestro Representante de Ventas o el responsable del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envío a nuestra compañía. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir dentro de las observaciones las condiciones físicas en las cuales recibe el producto.
10.Si el producto presenta las siguientes condiciones no será recibido: Sello roto, envase y/o empaque en mal estado, etiquetas destruidas y/o deterioradas por el mal almacenamiento, fuego, humo, agua, manchas, adhesivos o sellos ajenos al producto original y otros factores que escapen de nuestro control.
11.Una vez recibido el producto en la compañía, será inspeccionado por Dirección Técnica, quien dará su visto de aceptación o rechazo. En caso de rechazo el producto se devolverá al cliente o se procederá a su destrucción.

FACTURA DE VENTA No. AM238284

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762002557463 del 14 de Marzo de 2017

Vigencia 18 meses de 14 de Marzo de 2017 a 13 de septiembre de 2018

Autorizado del # AM210001 al # AM240000

Fecha de Expedición 22/06/2018 Moneda COP

Fecha de Vencimiento en 90 días Fecha de Vencimiento 20/09/2018

Documento interno 9000238284 Remisión Buenas tard Zona(s) A0105

T. 57+1+7447300
C 3102284658
Fax 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

IMPORTANTE: Para sus pagos en cheques o giro electrónico, por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razon social de su Empresa/Institución

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente 9009590484
Dirección y Ciudad TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C
Orden de Compra Ctto 4308 DE 2018
Destinatario HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Doctor(a)
Paciente
HISTORIA

Cod. Cliente 3384
Teléfono 5714546800 Fax 5717560505 E-mail gerencia@nokennedy.gov.co
Informativo Cartera Vencida a la fecha $ 345.456.386,00
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
No. Caso CRM : 109643
Documento de entrega 80227013
No. Contrato: CTTO No. 4308 DE 201

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
624050072	INTRATECT 50 MGML SOLUCION INYECTABLE IV INVIMA 2007M-0007015-Codigo ATC J06BA02-Codigo Cum GMDN 019972381 01	B792247	31/03/2019	80	355.375	0 %	28.430.000

Observaciones:

SUBTOTAL	28.430.000
IVA	0
TOTAL:	28.430.000

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de Cambio, según los Art 774 y 779 del código de Comercio modificado por la ley 1231 de 2008

VALOR EN LETRAS: VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOSTREINTA MIL PESOS MCTE

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA
NOMBRE QUIEN RECIBE
CARGO
C.C. #
FECHA HORA
FIRMA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA Alicia Ortal
NOMBRE QUIEN RECIBE
CARGO CONTADORA
C.C. #
FECHA 25-06-18 HORA 12:27
FIRMA

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT. 800 253 382 - 2
Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: Fernanda Campos B.

CC 80251920 Fecha: 22/6/18 Hora 20:30 Firma de Recibido ACEPTADA

ISO 9001
Icontec
Certificado N° SC 4584-1

POLITICAS DE DEVOLUCION Nuestra compañía acepta cambios y devolución de los productos que les suministramos, siempre y cuando se cumplan las siguientes Políticas y condiciones
1 Se recibirán devoluciones de producto hasta 30 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o prestamo) el Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
2 El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas por medio escrito o E-mail en donde se señale la cantidad de producto a devolver, referencia, No. de Lote, o serial, fecha de vencimiento, No. de factura, precio al cual fue facturado y causa de devolución o cambio
3 El cliente no podrá hacer descuentos por devoluciones vía nota crédito o descuentos directos a facturas, sin que EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL haya aprobado la devolución
4 No se aceptan devoluciones de productos controlados bajo ninguna circunstancia
5 No se aceptan devoluciones de productos de nuestro proveedor Roche
6 EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL Aceptará en devolución productos que lleguen al cliente avariados durante el transporte, siempre y cuando sean reportados durante los siguientes 2 días hábiles a la entrega de los mismos en la institución
7 Los productos deben mantenerse en las condiciones de almacenamiento estipuladas en el empaque o envase, unidad de venta, de lo contrario no se aceptará ninguna devolución
8 La institución y/o distribuidor o Caja de Compensación es la responsable de mantener los productos en buen estado
9 El producto debe ser previamente inspeccionado por nuestro Representante de Ventas o el responsable del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envío a nuestra compañía. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir dentro de las observaciones las condiciones físicas en las cuales recibe el producto
10 Si el producto presenta las siguientes condiciones no será recibido: Sello roto, envase y/o empaque en mal estado, etiquetas destruidas y/o deterioradas por el mal almacenamiento, fuego, humo, agua, manchas, adhesivos o sellos ajenos al producto original y otros factores que escapen de nuestro control
11 Una vez recibido el producto en la compañía será inspeccionado por Dirección Técnica, quien dará su visto de aceptación o rechazo. En caso de rechazo el producto se devolverá al cliente o se procederá a su destrucción

Scanned by CamScanner