DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**265-2023**
	Tipo	SUMINISTROS						
Objeto	ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	**AMAREY NOVA MEDICAL S.A**							
Identificación (CC – Nit)	**800.250.382-2**							
Representante Legal	**MANUEL IGNACIO CAMACHO MONTOYA**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**MAYOR DR. FABIÁN AUGUSTO MONTOYA MOLINA**						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	26/05/2023
Iniciación	08/06/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	6 MESES	08/06/2023	15/08/2023
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 59.696.588
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 59.696.588

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
AMY8800151615	N/A	09/08/2023	$59.696.588

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$59.696.588
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$0

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

OBJETO	VERIFICACIÓN
	Se cumplió a cabalidad con el objeto del contrato: ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Entrega de insumos en área de activos fijos por parte del proveedor encargado: Alexander Piñeros Prieto, quedan en custodia los insumos en la oficina del Servicio de Neurocirugía, piso 3 torre Central a cargo de secretaria del Servicio Diana Marcela Polanco, mientras se define entrega al almacén encargado.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	El supervisor certifica: Cumplimiento del objeto contractual. Entrega de los insumos contratados: instrumental quirúrgico para la unidad clínico quirúrgico del hospital militar central. Cumplimiento de las obligaciones pactadas. Verificación de aportes al sistema general de seguridad social. ANEXOS (documentos de la contratación: Copia de contrato, certificación pago parafiscales, certificación bancaria, factura de venta(AMY8800151615),certificación revisor fiscal, declaración de importación relación, certificado vida útil, registro INVIMA, carta de presentación, certificado de garantía)

7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

DATOS REQUERIDOS

(Anexo relación de pagos)

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	MES	No.PLANILLA
11/07/2023	777.472.500	JUNIO-JULIO	1056102605

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

8. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
18-44-101089625	SEGUROS DEL ESTADO S.A	02/06/2023	15/02/2024

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.
Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes					X
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					X
Oportunidad en la gestión					X
Calidad del bien o servicio					X
Cumplimiento					X

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

DATOS REQUERIDOS

Para constancia se firma en Bogotá, a los (10) días del mes de (Agosto) de (2023)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	**MAYOR DR. FABIÁN AUGUSTO MONTOYA MOLINA**	**Nombre Representante Legal**	**MANUEL IGNACIO CAMACHO MONTOYA**
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Jefe Servicio de Neurocirugía	**Identificación**	79.568.251