HOSPITAL MILITAR CENTRAL A1-053	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	DICIEMBRE 21 2023				
TIPO DE CONTRATO	360 -2023	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SA 083-2023

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
360-2023	ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LA UNIDAD CLINICO QUIRURGICA DEL HOSPITLA MILITAR CENTRAL, LOTE 3	Fecha de suscripción:		AGOSTO 22 2023
		Valor inicial:		$ 73.789.520
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)		
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	73.789.520,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			298723	55323
			22/08/2023	21/03/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 100277656		
		Aseguradora (Si aplica): COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		AGOSTO 24 2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO
		Fecha de inicio de contrato		AGOSTO 28 2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			AGOSTO 28 203	DICIEMBRE 15 2023
		Vigencia del Contrato: 5 MESES		
		Prorrogas:	NA	
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 800250282-2		
AMAREY		Dirección: carrera 7 No 99-53		
		Teléfono: 601 74447300		
		Cuenta Bancaria 04809461899		
		Banco: bancolombia		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				x

FORMA DE PAGO: CONSIGNACION BANCARIA

Powered by CamScanner

FORMATO 0	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 3	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
INSTRUMENTAL SET OBENQUE	ACTIVOS FIJOS	AFE3947	21/12/2023		
					$
Total del mes					$ 73.789.520,00
Saldo del contrato					$ -

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$73.789.520,00**
VALOR EN LETRAS :	**SETENTA Y TRES MILLONES SETESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales M Planilla N° 1059406706 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 2023
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (); 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.

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 73.789.520,00	$73,789.520	$ 0,00	$ 0,00
	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 73.789.520,00	$ 73.789.520,00	$ 0,00	$ 0,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA LIGIA CASTAÑO

NUMERO DE CEDULA: 35418457

FIRMA :

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		

Powered by CamScanner

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.

AFE3947

CUFE: 6693c1a0cb7461a669460262963a59e3549ea4a32681b8137b106a86bb13304cc3582d51972843e4f11592d9456f2475

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
Nit: 800250382-2
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: atencion.cliente@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 46451 Resolucion de Facturación Electronica DIAN 18764058519642 del 2023-10- 24 a 2025-04-24 Autorizada del AFE-1 al AFE-40000 Vigencia 18 meses, Responsable de IVA - Gran Contribuyente Resol 012220 del 26 de Dic de 2022 Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007 Autoretenedor Municipio de Neiva (Art. 637 Acuerdo 028 de 2018 ETIM) BOGOTA GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN DDI-023769 A100.

Cliente: **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

Nit: **830040256-0** Ciudad: **BOGOTÁ D.C.**
Dirección: **TV 5 49 00**

Tel / Cel: **6013486868**
Destinatario: **HOSPITAL MILITAR CENTRAL/TV 5 49 00**

Dirección Destinatario:
HOSPITAL MILITAR CENTRAL/TV 5 49 00

Informativo:
Cod Cliente: **0100002195**
E-mail:
SIIFNACION.FACTURAELECTRONICA@MINHACIENDA.GOV.CO

Paciente:

Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
2023-12-21 09:07:01-05:00

Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2024-03-20

Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**

Medio de Pago
Consiganción bancaria

Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **CONTRATO 360-2023** | No. Caso: | Documento Entrega: **0080007408** | Documento Interno: **1A00003917**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	25-291-70-01	PASAHILOS-70MM-23 CM	KGA	9999-12-31	1	1,407,200.00	19.00	1,407,200.00
2	22-505-17-07	ALICATE PLANO-ESTR-18.5 CM	00971409	9999-12-31	2	1,406,900.00	19.00	2,813,800.00
3	22-507-18-07	HOMBRE SOLO-20 CM	X804	9999-12-31	2	2,257,600.00	19.00	4,515,200.00
4	22-500-20-07	PORTA - ALAMBRE-TC-20 CM	KGE	9999-12-31	1	1,170,100.00	19.00	1,170,100.00
5	22-518-16-07	ALICATE HACKSTOCK- 16 CM	KF11	9999-12-31	1	1,142,600.00	19.00	1,142,600.00
6	55-440-10-04	CONTENEDOR CON CANASTILLA	33569909	9999-12-31	1	7,950,300.00	19.00	7,950,300.00
7	56-231-12-01	CUBETA REDONDA-128X55MM-350CCM	KHF	9999-12-31	15	396,800.00	19.00	5,952,000.00
8	56-231-18-01	CUBETA REDONDA-187X85MM-1.300CCM	KFA	9999-12-31	15	601,300.00	19.00	9,019,500.00
9	55-440-99-04	TAPA PLASTI CON FILTRO PARA CONTENEDOR	33562282	9999-12-31	4	3,049,200.00	19.00	12,196,800.00
10	13-513-23-07	PINZA LAHEY-ANG- 22.5CM	KFA	9999-12-31	10	715,500.00	19.00	7,155,000.00
11	11-170-14-07	TIJERA DE MAYO REC 14.5 CM	C106	9999-12-31	6	149,300.00	19.00	895,800.00
12	11-170-14-07	TIJERA DE MAYO REC 14.5 CM	C107	9999-12-31	4	149,300.00	19.00	597,200.00
13	18-523-06-01	CANULA FRAZIER2.0 MM CH. 6 19.5 CM	B100	9999-12-31	2	232,100.00	19.00	464,200.00
14	18-523-06-01	CANULA FRAZIER2.0 MM CH. 6 19.5 CM	KHD	9999-12-31	13	232,100.00	19.00	3,017,300.00
15	11-249-11-07	TIJERA METZENBAUM-CURVA-11.5CM	C104	9999-12-31	1	247,400.00	19.00	247,400.00
16	11-249-11-07	TIJERA METZENBAUM-CURVA-11.5CM	C104	9999-12-31	14	247,400.00	19.00	3,463,600.00

Powered by CamScanner

GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.
AFE3947

CUFE: 6693c1a0cb7461a669460262963a59e3549ea4a32681b8137b106a86bb13304cc3582d51972843e4f11592d9456f2475

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
Nit: 800250382-2
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: atencion.cliente@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 46451 Resolucion de Facturación Electronica DIAN 18764058519642 del 2023-10- 24 a 2025-04-24 Autorizada del AFE-1 al AFE-40000 Vigencia 18 meses, Responsable de IVA - Gran Contribuyente Resol 012220 del 26 de Dic de 2022 Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007 Autoretenedor Municipio de Neiva (Art. 637 Acuerdo 028 de 2018 ETIM) BOGOTA GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN DDI-023769 A100.

Cliente: **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
Nit: **830040256-0** Ciudad: **BOGOTÁ D.C.**
Dirección: **TV 5 49 00**
Tel / Cel: **6013486868**
Destinatario: **HOSPITAL MILITAR CENTRAL/TV 5 49 00**
Dirección Destinatario:
HOSPITAL MILITAR CENTRAL/TV 5 49 00

Informativo:
Cod Cliente: **0100002195**
E-mail:
SIIFNACION.FACTURAELECTRONICA@MINHACIENDA.GOV.CO
Paciente:
Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
2023-12-21 09:07:01-05:00
Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2024-03-20
Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**
Medio de Pago
Consignación bancaria
Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **CONTRATO 360-2023** | No. Caso: | Documento Entrega: **0080007408** | Documento Interno: **1A00003917**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total

Valor en Letras: SETENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:
#$15-19-00;Contrato360/2023;jchavezhomil.gov.co#$

Total Items: **16**

Subtotal	62,008,000.00
Descuento	0.00
Base IVA	62,008,000.00
IVA	11,781,520.00
Total Operación	73,789,520.00
Valor Total:	**73,789,520.00**

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, segun los Art 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008. Con la aceptación, expresa o tácita, del presente documento, autorizo a Novatecnica S.A.S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme por cualquier medio en referencia al presente documento en caso de encontrarme en mora, con la finalidad de mantener una comunicación efectiva y oportuna. Además, autorizó para recibir información por medio de correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp y correspondencia física.

POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horas siguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe
C.C. _____ Fecha _____ Hora _____
Firma de Recibido Aceptada: _____

Importante: Para sus pagos en cheques o giro electrónico por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razón Social de su Empresa/Institución.

Powered by CamScanner