Factura Electrónica De Venta No

DMH No. 189

Resolución de Facturacion No 18764000629860 del 07/07/2020 habilita desde DMH 1 HASTA DMH 10000 Vigencia 24 meses.

DM MEDICAL HEALTH CARE SAS

Nit 900675633

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 4645 7.00 X 1000

CLIENTE	FONDO ADAPTACION		
NIT	900450205 8		
DIRECCIÓN		**CIUDAD**	**TELÉFONO**
RE A EDIFICIO CENTRO INTE		Bogota D.C.	4325400

POR CONCEPTO DE
FACTURA DE VENTA

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	VENDEDOR	FORMA DE PAGO
06/06/2022	06/06/2022	ELIZABETH PATRICIA NIEBLES BARCELO	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	.FA-002-4.	SEGUNDO COBRO DEL CONTRATO N° FA-SASI-I-S-179-2022 CUYO OBJETO ES ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ±ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO	1	Und.	69.142.937	19%	13.137.158	69.142.937

Total líneas o ítems: 3

SUBTOTAL	**69.142.937**
IVA	**13.137.158**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**82.280.095**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL FACTURA	**82.280.095**

Valor en Letras
OCHENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDAD DE COMPRAVENTA REALIZADA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, ENTREGA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DE CAUCA.

CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA N0 76760055752 A NOMBRE DE DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S

.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 06/06/2022 13:57:22

CR 42F 75 75 Teléfono 3450414 Barranquilla

Correo Electrónico ventas@dmmedical.co

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 4845e50ea95e820d935da37db9a4b03a048ae180a17fb7f319231a0451e635bfa8dc56b4c897b34510cee256cd109196 --Fecha y Hora de Expedición : 06/06/2022 2:07:34 p. m.

Factura Electrónica De Venta No

DMH No. 189

Resolución de Facturacion No 18764000629860 del 07/07/2020 habilita desde DMH 1 HASTA DMH 10000 Vigencia 24 meses.

DM MEDICAL HEALTH CARE SAS

Nit 900675633

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 4645 7.00 X 1000

CLIENTE	FONDO ADAPTACION		
NIT	900450205 8		
DIRECCIÓN		**CIUDAD**	**TELÉFONO**
RE A EDIFICIO CENTRO INTE		Bogota D.C.	4325400

POR CONCEPTO DE
FACTURA DE VENTA

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
06/06/2022	06/06/2022	ELIZABETH PATRICIA NIEBLES BARCELO	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
2	.FA-002-4..	Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER. LOTE 1: EQUIPO E INSTRUMENTAL ODONTOLOGICO. Teniendo en cuenta el estudio previo y el pliego de condiciones, asi como el anexo Fichas y especificaciones requeridas por el Fondo Adaptacion. Dotacion entregada según acta de entrega y recibo a satisfaccion asi:	0	Und.	0	0%	0	0
3	FA-003-9,	-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CON FECHA DE 13 DE MAYO DE 2022	0	Und.	0	0%	0	0

Total líneas o ítems: 3

SUBTOTAL	**69.142.937**
IVA	**13.137.158**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**82.280.095**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL FACTURA	**82.280.095**

Valor en Letras

OCHENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDAD DE COMPRAVENTA REALIZADA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, ENTREGA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DE CAUCA.

CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA N0 76760055752 A NOMBRE DE DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S

.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 06/06/2022 13:57:22

CR 42F 75 75 Teléfono 3450414 Barranquilla

Correo Electrónico ventas@dmmedical.co

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 4845e50ea95e820d935da37db9a4b03a048ae180a17fb7f319231a0451e635bfa8dc56b4c897b34510cee256cd109196 --Fecha y Hora de Expedición : 06/06/2022 2:07:34 p. m.

HOJA DE CHEQUEO ENTREGA DOCUMENTACIÓN - CONTRATO FA-SASI-I-S-179-2022
DOTACIÓN DE LA E.S.E NORTE 3 HOSPITAL CINCUENTENARIO DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA
DOCUMENTACIÓN POR EQUIPO
13 MAYO 2022

EQUIPOS	CANTIDAD	MARCA	MODELO	SERIALES	HOJA DE VIDA	FICHAS TECNICAS	INVIMA	DEC. DE IMPORTACIÓN	CERT. REPRESENTACIÓN	CERT. CALIBRACIÓN	GUIA RAPIDA DE FALLAS	MANUAL
Lote 1. Equipo e Instrumental Odontológico												
Compresor de Aire 1 Hp	4	SHULZ	MSV 6/50	0003958950 0003958943 0003960673 0003960662	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE /NO REQUIERE	CUMPLE	CUMPLE	NA	CUMPLE	CUMPLE
Instrumental básico de odontología	40	SUPERDENT	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NA	NA	CUMPLE
Micromotor y Contra ángulo	4	3G	TRADICIONAL	S21112515/S21112515 20C26T59/21K20T09 20C26T51/S21112538 21F29T38/21K20T20	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NA	CUMPLE	CUMPLE
Lampara de fotocurado	2	COXO	DB-886	L802-0636 L802-0381	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NA	CUMPLE	CUMPLE
Unidad odontológica	3	LEXUS	EVOLUTION LE	LE-0059391 LE-0059393 LE-0059397	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE /NO REQUIERE	NA EQUIPO NACIONAL SE ADJUNTA CARTA	CUMPLE	NA	CUMPLE	CUMPLE
Amalgamador	4	MILLENIUM	2000	AML17-28951 AML17-28949 AML 17-28948 AML17-28942	CUMPLE	CUMPLE	PENDIENTE	CUMPLE	CUMPLE	NA	CUMPLE	CUMPLE
Pieza de mano de alta	4	COXO	CX207-F	LC01-6241 LC01-6242 LC01-6244 LC01-6245	HOJA DE VIDA	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	NA	CUMPLE	CUMPLE
Total Equipos Por IPS	61											

Elaboró: Diana Paola Ovies Bernal
Cargo: Contratista
Entidad: Fondo Adaptación

Recibe documentación y verificación: Jhon Erik Villota
Cargo: Ingeniero Biomédico
Entidad: E.S.E Norte 3 Hospital Cincuentenario

Entregó: Estefanie Ruiz Omen
Cargo: Ingeniero Biomédico
Entidad: DM MEDICAL HEALTH CARE

Revisó: Julio Andres Perafan Gomez
Cargo: Ingeniero Infraestrutura y Mobiliario
Entidad: E.S.E Norte 3 Hospital Cincuentenario Puerto Tejada - Cauca.

Revisó: Paula Fernanda Cáceres Gómez
Cargo: Apoyo a la supervisión del contrato
Entidad: Fondo Adaptación

Scanned with CamScanner

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS SOPORTE
DOTACIÓN DE LA E.S.E NORTE 3 HOSPITAL CINCUENTENARIO DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA
13 MAYO 2022

REQUERIMIENTOS BAJO CONTRATO	1. Listado general de equipos, con serie, modelo, ubicación, y registro INVIMA (Verificar obligaciones especificas)	2. Cronograma capacitaciones	3. Registro de Capacitación	4. Plan y cronograma de mantenimiento con sus respectivas fechas de ejecución de actividades
Compresor de Aire 1 Hp	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
Instrumental básico de odontología				
Micromotor y Contra ángulo				
Lampara de fotocurado				
Unidad odontológica				
Amalgamador				
Pieza de mano de alta				

Elaboró: Diana Paola Ovies Bernal
Cargo: Contratista
Entidad: Fondo Adaptación

Recibe documentación y verificación: Jhon Erik Villota
Cargo: Ingeniero Biomédico
Entidad: E.S.E Norte 3 Hospital Cincuentenario Puerto

Estefani Ruiz O.
Entregó: Estefanie Ruiz Omen
Cargo: Ingeniero Biomédico
Entidad: DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.

Revisó: Julian Andres Perafan Gomez
Cargo: Ingeniero Infraestrutura y Mobiliario
Entidad: E.S.E Norte 3 Hospital Cincuentenario Puerto Tejada - Cauc

Revisó: Paula Fernanda Cáceres Gómez
Cargo: Apoyo a la supervisión del contrato
Entidad: Fondo Adaptación

Scanned with CamScanner

Fondo Adaptación	**ACTA DE ENTREGA Y RECIBO FINAL DEL OBJETO CONTRACTUAL**	**Código:**	4-GPY-F-43
		Versión:	1.0
		Fecha:	oct-18

TIPO DE CONTRATO	COMPRA VENTA
CONTRATO No.	FA-SASI-I-S-179-2022
CONTRATISTA	DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.
OBJETO	ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACIÓN DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.
LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO	Municipio de Puerto Tejada en el departamento de Cauca
INTERVENTOR	N/A
SUPERVISOR	JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ
MACROPROTECTO O SECTOR	SECTOR SALUD

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. N/A

CONDICIONES FINALES DEL CONTRATO

PLAZO ACTUAL	Cinco (5) meses
FECHA DE TERMINACION	21 de julio de 2022
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 208.878.076
VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 82.280.095

LOS SUSCRITOS MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO DEJAN CONSTANCIA DE LA ENTREGA Y RECIBO DEFINITIVO DEL OBJETO CONTRACTUAL EL DIA 13 DEL MES DE MAYO DE 2022

LA INTERVENTORIA (O EL SUPERVISOR SI ES EL CASO) HACE CONSTAR QUE EL PRODUCTO OBJETO DEL CONTRATO HA SIDO ENTREGADO POR EL CONTRATISTA Y RECIBIDO POR LA INTERVENTORIA A SATISFACCIÓN, DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL SIGUIENTE CUADRO QUE INCLUYE CANTIDADES Y PRECIOS:

ACTIVIDADES EJECUTADAS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANTIDAD EJECUTADA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Compresor de Aire 1 Hp	4	4	$ 3.566.348	$ 14.265.394
2	Instrumental básico de odontología	40	40	$ 156.600	$ 6.264.008
3	Micromotor y Contra ángulo	4	4	$ 1.647.878	$ 6.591.511
4	Lampara de fotocurado	2	2	$ 1.231.117	$ 2.462.234
5	Unidad Odontologica	3	3	$ 8.331.962	$ 24.995.887
6	Amalgamador	4	4	$ 1.934.446	$ 7.737.782
7	Pieza de mano de alta	4	4	$ 1.706.530	$ 6.826.121
SUBTOTAL:					69.142.937
ADMINISTRACIÓN					
IMPREVISTOS					-
UTILIDAD					
IVA/ UTILIDAD					13.137.158
VALOR TOTAL EJECUTADO					82.280.095
VALOR TOTAL AJUSTES (SI APLICA)					
VALOR TOTAL FINAL (EJECUTADO MAS AJUSTES)					82.280.095

EN CASO DE CONSULTORIA ADJUNTE DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS LOS FORMATOS DE VERIFICACION DE ESTUDIOS Y DISEÑOS, FORMATO DE RELACION DE PLANOS Y FORMATO DE RELACION DE DOCUMENTOS SEGÚN CORRESPONDA.

EL RECIBO DE LOS TRABAJOS NO RELEVA AL CONTRATISTA DE SUS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES A QUE HACE REFERENCIA EL CONTRATO Y A LAS ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS LEGALES VIGENTES. ASIMISMO, EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A ACTUALIZAR LAS GARANTÍAS DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabeth Niebles B.

FIRMA
NOMBRE: ELIZABETH NIEBLES BARCELO
REP. LEGAL CONTRATISTA

FIRMA
NOMBRE: JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ
SUPERVISOR - FONDO ADAPTACIÓN

Fondo Adaptación	**ACTA DE TERMINACIÓN DE PROYECTO**	**Código:**	4-GPY-F-63
		Versión:	1.0
		Fecha:	oct-19

TIPO DE CONTRATO: COMPRA VENTA
CONTRATO No.: FA-SASI-I-S-179-2022
CONTRATISTA: DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.
OBJETO: ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACIÓN DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.
LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO: Municipio de Puerto Tejada en el departamento de Cauca
PLAZO INICIAL: Cinco (5) meses
FECHA DE INICIACIÓN: 22 DE FEBRERO DE 2022
VALOR INICIAL: $ 208.878.076
INTERVENTOR: N/A — CONTRATO DE INTERVENTORÍA No.: N/A
SUPERVISOR: JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ

PRÓRROGAS

PRORROGA No.	TIEMPO
1	N/A
2	N/A
3	N/A
4	N/A

SUSPENSIONES

ACTA No.	TIEMPO
1	N/A
2	N/A
3	N/A
4	N/A

ADICIONES

ADICION No.	VALOR
1	N/A
2	N/A
3	N/A
4	N/A

CONDICIONES FINALES DEL CONTRATO

PLAZO ACTUAL	Cinco (5) meses
FECHA DE TERMINACION	21 DE JULIO DE 2022
VALOR ACTUAL	$ 82.280.095

LOS SUSCRITOS MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO DEJAN CONSTANCIA DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO EN MENCIÓN EL DÍA 13 DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2022 EN EL SIGUIENTE ESTADO:

ÍTEM / HITO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD SEGÚN BALANCE FINAL	% DE EJECUCIÓN	OBSERVACIONES	R	I
Entrega y recibo a satisfacción de la dotación de equipamiento hospitalario de la Empresa Social Del Estado Norte 3 - ESE En El Municipio De Puerto Tejada En El Departamento De Cauca.	ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE DOTACIÓN DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DE CAUCA, CORRESPONDIENTE AL LOTE 1 – EQUIPO E INSTRUMENTAL ODONTOLOGICO.	1	1	100%	El contratista cumplio a satisfacción la entrega y recibo a satisfacción de la dotación de equipamiento hospitalario de la Empresa Social Del Estado Norte 3 - ESE En El Municipio De Puerto Tejada En El Departamento De Cauca.		

PREVIA REVISIÓN DE LOS PRODUCTOS, BIENES O ACTIVIDADES SE CONSTATÓ QUE EL CONTRATISTA **CUMPLIÓ** CON EL OBJETO CONTRATADO EN EL PLAZO ESTABLECIDO

LLENE SEGÚN CORRESPONDA:
LAS REPARACIONES (R) A QUE HAY LUGAR MARCADAS CON UNA X, SERAN ENTREGADAS POR EL CONTRATISTA EL DIA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

LAS ACTIVIDADES INCONCLUSAS (I), MARCADAS CON UNA X SERAN ENTREGADAS POR EL CONTRATISTA EL DIA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

LA TERMINACIÓN DE LOS TRABAJOS NO RELEVA AL CONTRATISTA DE SUS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES A QUE HACE REFERENCIA EL CONTRATO Y A LAS ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS LEGALES VIGENTES. ASI MISMO, EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A ACTUALIZAR LAS GARANTÍAS DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabeth Niebles B.

FIRMA
NOMBRE: ELIZABETH NIEBLS BARCELO
REP. LEGAL CONTRATISTA

FIRMA
NOMBRE: JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ
SUPERVISOR - FONDO ADAPTACIÓN

Fondo Adaptación	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO**	**Código**	**7-GCS-F-02**
		Versión	**2.0**
		Fecha	**may-21**

Sección A – INFORME GENERAL DEL CONTRATO

Código asignado por el Fondo Adaptación:	FA-SASI-I-S-179-2022	Contratista:	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS
Objeto:	ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3, ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.		

Anotación Contrato:	No aplica	No. Contrato del cual se hizo subrogación:			
		CDR ó CDP	Nº CDR/CDP	Fecha CDR/CDP	Valor CDR/CDP
Valor Inicial:	208.878.076	CDR/CDP:	0000001	12/3/2020	82.280.095
Adiciones:	-	CDR/CDP:	0000002	12/3/2020	65.010.349
Reducciones:	-	CDR/CDP:	0000001	13/9/2021	61.587.632
Valor Total:	208.878.076	Fecha Inicio:	22/2/2022	Fecha Terminación Actual:	21/7/2022

Sección B - ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO:

Valor Total del Contrato:	Valor Causado:	Valor a Pagar:	Saldo:
208.878.076	65.010.349	82.280.095	61.587.632
Valor Girado como Anticipo:	**Valor Amortizado:**	**Valor a Amortizar:**	**Saldo por Amortización:**
-	-	-	-
		Rendimientos Financieros Consignados:	-

Sección C – FACTURA(S) Y/O CUENTA(S) DE COBRO

Facturas o Cuentas de Cobro Autorizadas

No. Factura o Cuenta De Cobro:	Fecha Factura o Cuenta de Cobro:	Valor:	Aplicar a CDR:	Concepto Pago:
DMH-189	06/06/2022	82.280.095	0000001	Subsiguientes Pagos persona Juridica
			Valor Total Facturas o Cuentas de Cobro Autorizadas:	82.280.095

Sección D – INFORME FINANCIERO DEL CONTRATO

En este espacio el supervisor o interventor deberá indicar si a la factura que se radica se le deben practicar retenciones o descuentos por concepto de: Acuerdos de Niveles de Servicios, Rete-garantía o descuentos autorizados por el Contratista por concepto de pago de mayor permanencia de la interventoría, amortización de anticipo entre otros.

Descuento por Concepto de:	Base de descuento:	Porcentaje del descuento:	Valor:
		0%	-
No. Factura o Cuenta De Cobro a aplicar descuento:		Observaciones:	
		Total Retenciones o Descuentos:	-

Si aplicó un descuento por "Valor permanencia de Interventoria", relacionar contrato y CDR del contrato de interventoria que afecta:

Contrato de Interventoria	**No aplica**	**CDR**	**No aplica**

Sección E – PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, OBLIGACIONES PARAFISCALES Y FIC

Persona Jurídica:	**DM MEDICAL HEALTH CARE SAS**		
Calidad de quien certifica:	Representante Legal	Fecha Certificación:	11/5/2022

Contribución FIC (Fondo Nacional de Formación Profesional de la Industria de la Construcción - FIC)

Pago FIC: (El FIC solo es aplicable a contratos de obra y conexos)		Liquidación FIC con base en:	

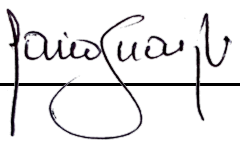
Sección F – CONSTANCIA

El respectivo INTERVENTOR y/o SUPERVISOR, (según corresponda), bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de este documento, y en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación adoptado por la entidad (Resolución 836 de 2015); hace constar que en desarrollo de las actividades de supervisión o interventoría, los pagos realizados dentro del presente contrato objeto de vigilancia y control, corresponden a la real ejecución del objeto contratado y corresponden al cronograma de ejecución, así como manifiesta que dentro del contrato que supervisa no se han realizado pagos por actividades que no se encontraban pactadas contractualmente o que no corresponden con el objeto contractual. De igual forma declara:

1.	El(los) presente(s) desembolso (s) Cumple con todas las condiciones pactadas en la Forma de Pago estipulada en el Contrato y sus respectivos documentos modificatorios.	Cumple
2.	Las pólizas cubren el periodo facturado.	Cumple
3.	Recibo a satisfacción de las actividades o hitos que preceden el cobro del presente desembolso.	Cumple
4.	Revisados y verificados los documentos soporte de la(s) presente(s) cuenta(s) de cobro ó factura(s) y una vez comprobado el cumplimiento de todos los requisitos y condiciones para el respectivo giro; autorizo el presente pago.	Cumple
5.	El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones establecidas en el contrato. En consecuencia se autoriza pagar la(s) factura(s) o cuenta(s) de cobro relacionadas en la secciòn C del presente documento.	Cumple
6.	En los casos en los que procede, he verificado el(los) soporte(s) de pago del Fondo Nacional de formación profesional de la Industria de la Construcción (FIC), por parte del contratista.	Cumple
7.	Adjunto al presente documento el Acta a recibo a satisfacción.	Cumple

Sección G – SUPERVISOR y/o INTERVENTOR

Observaciones	La Factura DHM-189 correspondiente a equipos entregados en la IPS de Puerto Tejada (Cauca)	
Nombre:	Jairo Alberto Suarez Velez	**Firma:**
Cargo:	Asesor III - Sector Salud	
Fecha de Elaboración de Certificado:	6/6/2022	
Empresa Interventoría:	Fondo Adaptación	
No Contrato de Interventoria	No aplica	



Fondo Adaptación

FORMATO DE INSTRUCCION DE GIRO

Número **24699**

Fecha 2022-06-16

NOMBRE FEDEICOMISO: 900524871:CONSORCIO FADAP 2012 - 12723

Fuente	2017-CV-0012 - GOBERNACIÓN DEL CAUCA	Contrato	FA-SASI-I-S-179-2022

CONCEPTO DE PAGO

Segun Radicado R-2022-007063 y factura(s) No. DMH 189, del contrato No.FA-SASI-I-S-179-2022 de acuerdo con el informe de supervision y cumplimiento anexo, debidamente certificado que respalda y autoriza el pago de estos(s) documento(s) con sus condiciones.

DATOS DEL TITULAR

Nit / Cédula 900675633 Titular DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.

Dirección carrera 42F 75 75 Telefono: 3450414

Régimen Comun E-mail: ventas@dmmedical.co

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nit / Cédula 900675633 Beneficiario DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S.

Banco Bancolombia Cuenta 76760055752 Tipo Corriente

Valor $ 82,280,095.00 Concepto de Pago CONTRATO DE COMPRAVENTA

SOPORTES

FACTURA, ANEXO DE FACTURACIÓN, CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN, FORMATO DE EJECUCION FINANCIERA, CERTIFICACIONES DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Descripción Otro

Observaciones

AFECTACION PRESUPUESTAL E IMPUESTOS

CDR	Valor afectación	Base Contribución	Tipo Contr.	Cont	Base estampilla	Tarifa	Total Contr	Total estam
1	82,280,095.00	0.00		5.0	0.00	0.0	0.00	0.00
	82,280,095.00						0.00	**0.00**

INFORMACION DEL PROYECTO

Macro - Proyecto / Sector	Valor
SALUD	82,280,095.00
	82,280,095.00

INTERVENCION	PRODUCTO	VALOR
6-826-1-0032:HOSPITAL DEL CINCUENTENARIO NIVEL I-ESE NORTE 3	9999926:HOSPITALES INTERVENIDOS Y DOTADOS	82,280,095.00
	TOTAL:	**82,280,095.00**

DESCUENTOS

DESCRIPCION	VALOR
	0.00

Nota:Se autoriza el presente pago fundamentado en la declaración juramentada realizada por el supervisor / interventor del contrato descrita en el informe de supervisión y cumplimiento consistente en que los pagos realizados corresponden a la realidad ejecución del objeto contratado.

FIRMAS

SANDRA MARCELA MURCIA MORA

Firmado digitalmente por SANDRA MARCELA MURCIA MORA

SANDRA MARCELA MURCIA MORA

Ordenador del Pago

BERNAL VILLAMIL ANDRES RICARDO

Firmado digitalmente por BERNAL VILLAMIL ANDRES RICARDO

Fecha: 2022.06.21 15:18:12 -05'00'

ANDRES RICARDO BERNAL VILLAMIL

Vo.Bo. Tesoreria

16/06/2022 14.22.00

Causa/Visa: JAVIER MÉNDEZ BONELO / GÜIZA PEÑA YENNIFER TATIANA

Factura Electrónica De Venta No

DMH No. 189

Resolución de Facturacion No 18764000629860 del 07/07/2020 habilita desde DMH 1 HASTA DMH 10000 Vigencia 24 meses.

DM MEDICAL HEALTH CARE SAS

Nit 900675633

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 4645 7.00 X 1000

CLIENTE	FONDO ADAPTACION		
NIT	900450205 8		
DIRECCIÓN		**CIUDAD**	**TELÉFONO**
RE A EDIFICIO CENTRO INTE		Bogota D.C.	4325400

POR CONCEPTO DE
FACTURA DE VENTA

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	VENDEDOR	FORMA DE PAGO
06/06/2022	06/06/2022	ELIZABETH PATRICIA NIEBLES BARCELO	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	.FA-002-4.	SEGUNDO COBRO DEL CONTRATO N° FA-SASI-I-S-179-2022 CUYO OBJETO ES ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 ±ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO	1	Und.	69.142.937	19%	13.137.158	69.142.937

Total líneas o ítems: 3

SUBTOTAL	**69.142.937**
IVA	**13.137.158**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**82.280.095**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL FACTURA	**82.280.095**

Valor en Letras
OCHENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDAD DE COMPRAVENTA REALIZADA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, ENTREGA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DE CAUCA.

CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA N0 76760055752 A NOMBRE DE DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S

.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 06/06/2022 13:57:22

CR 42F 75 75 Teléfono 3450414 Barranquilla

Correo Electrónico ventas@dmmedical.co

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 4845e50ea95e820d935da37db9a4b03a048ae180a17fb7f319231a0451e635bfa8dc56b4c897b34510cee256cd109196 --Fecha y Hora de Expedición : 06/06/2022 2:07:34 p. m.

Factura Electrónica De Venta No

DMH No. 189

Resolución de Facturacion No 18764000629860 del 07/07/2020 habilita desde DMH 1 HASTA DMH 10000 Vigencia 24 meses.

DM MEDICAL HEALTH CARE SAS

Nit 900675633

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA
No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 4645 7.00 X 1000

CLIENTE	FONDO ADAPTACION		
NIT	900450205 8		
DIRECCIÓN		**CIUDAD**	**TELÉFONO**
RE A EDIFICIO CENTRO INTE		Bogota D.C.	4325400

POR CONCEPTO DE
FACTURA DE VENTA

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
06/06/2022	06/06/2022	ELIZABETH PATRICIA NIEBLES BARCELO	Credito

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
2	.FA-002-4..	Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER. LOTE 1: EQUIPO E INSTRUMENTAL ODONTOLOGICO. Teniendo en cuenta el estudio previo y el pliego de condiciones, asi como el anexo Fichas y especificaciones requeridas por el Fondo Adaptacion. Dotacion entregada según acta de entrega y recibo a satisfaccion asi:	0	Und.	0	0%	0	0
3	FA-003-9,	-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CON FECHA DE 13 DE MAYO DE 2022	0	Und.	0	0%	0	0

Total líneas o ítems: 3

SUBTOTAL	**69.142.937**
IVA	**13.137.158**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**82.280.095**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL FACTURA	**82.280.095**

Valor en Letras

OCHENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDAD DE COMPRAVENTA REALIZADA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, ENTREGA Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DE CAUCA.

CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA N0 76760055752 A NOMBRE DE DM MEDICAL HEALTH CARE S.A.S

.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 06/06/2022 13:57:22

CR 42F 75 75 Teléfono 3450414 Barranquilla

Correo Electrónico ventas@dmmedical.co

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 4845e50ea95e820d935da37db9a4b03a048ae180a17fb7f319231a0451e635bfa8dc56b4c897b34510cee256cd109196 --Fecha y Hora de Expedición : 06/06/2022 2:07:34 p. m.

Fondo Adaptación		**ANEXO DE FACTURACIÓN**	**Código**	7-GTR-F-03
			Versión:	4.0
			Fecha:	may-20

Nombre o Razón Social del Contratista:	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS
Contrato (Código asignado por el Fondo Adaptación):	FA-SASI-I-S-179-2022
NIT o Documento de Identificación del Contratista:	900.675.633-3
Anexo de la Factura o Cuenta de Cobro No.	DMH-189

Código de intervención asignado al proyecto (detallar uno a uno)	Código de Producto	Valor antes de IVA	IVA	Valor facturado con IVA	Municipio(s) en donde se desarrolla la actividad objeto de cobro	Departamento(s) en donde se desarrolla la actividad objeto de cobro
6-826-1-0032	9999926 Hospitales Intervenidos y Dotados	$ 69.142.937	$ 13.137.158	$ 82.280.095	BARRANQUILLA	ATLANTICO
Total Facturado:		$ 69.142.937	$ 13.137.158	**$ 82.280.095**		

Firma
Nombre: JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ
Calidad de quien firma: ASESOR III - SECTOR SALUD Y TRANSPORTE
(Supervisor o delegado autorizado por la interventoria en el Formato Registro de Interventoría)

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3
Elizabith Niebles B.

Firma
Nombre: ELIZABETH NIEBLES BARCELO
Calidad de quien firma: REPRESENTANTE LEGAL
(Para persona natural debe firmar el contratista, para persona jurídica el Representante Legal)

Firma
Nombre: DAVID VEGA
Calidad de quien firma: REVISOR
(Solo cuando aplique - Si el contratista tiene Revisor Fiscal quien debe firmar es el Revisor

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

* Este formato debe ser diligenciado a computador con letra tamaño 11.
* En el primer pago deberán adjuntarse las ordenanzas y acuerdos de los Departamentos y Municipios en los que se desarrolla el objeto del contrato, vigentes a la firma del mismo.
* Los códigos de intervencion y productos deben corresponder con los definidos para cada contrato
* Se diligencia Anexo de Facturación por cada Factura o Cuenta de Cobro

Fondo Adaptación	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO**	**Código**	**7-GCS-F-02**
		Versión	**2.0**
		Fecha	**may-21**

Sección A – INFORME GENERAL DEL CONTRATO

Código asignado por el Fondo Adaptación:	FA-SASI-I-S-179-2022	Contratista:	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS
Objeto:	ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA DOTACION DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LAS IPS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E DEL MUNICIPIO DE LA VEGA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3, ESE DEL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, CENTRO DE SALUD SAUL QUIÑONES E.S.E. DEL MUNICIPIO DE MAGUI PAYAN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO Y HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE GRAMALOTE EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.		

Anotación Contrato:	No aplica	No. Contrato del cual se hizo subrogación:			
		CDR ó CDP	Nº CDR/CDP	Fecha CDR/CDP	Valor CDR/CDP
Valor Inicial:	208.878.076	CDR/CDP:	0000001	12/3/2020	82.280.095
Adiciones:	-	CDR/CDP:	0000002	12/3/2020	65.010.349
Reducciones:	-	CDR/CDP:	0000001	13/9/2021	61.587.632
Valor Total:	208.878.076	Fecha Inicio:	22/2/2022	Fecha Terminación Actual:	21/7/2022

Sección B - ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO:

Valor Total del Contrato:	Valor Causado:	Valor a Pagar:	Saldo:
208.878.076	65.010.349	82.280.095	61.587.632
Valor Girado como Anticipo:	**Valor Amortizado:**	**Valor a Amortizar:**	**Saldo por Amortización:**
-	-	-	-
		Rendimientos Financieros Consignados:	-

Sección C – FACTURA(S) Y/O CUENTA(S) DE COBRO

Facturas o Cuentas de Cobro Autorizadas

No. Factura o Cuenta De Cobro:	Fecha Factura o Cuenta de Cobro:	Valor:	Aplicar a CDR:	Concepto Pago:
DMH-189	06/06/2022	82.280.095	0000001	Subsiguientes Pagos persona Juridica
			Valor Total Facturas o Cuentas de Cobro Autorizadas:	82.280.095

Sección D – INFORME FINANCIERO DEL CONTRATO

En este espacio el supervisor o interventor deberá indicar si a la factura que se radica se le deben practicar retenciones o descuentos por concepto de: Acuerdos de Niveles de Servicios, Rete-garantía o descuentos autorizados por el Contratista por concepto de pago de mayor permanencia de la interventoría, amortización de anticipo entre otros.

Descuento por Concepto de:	Base de descuento:	Porcentaje del descuento:	Valor:
		0%	-
No. Factura o Cuenta De Cobro a aplicar descuento:		Observaciones:	
		Total Retenciones o Descuentos:	-

Si aplicó un descuento por "Valor permanencia de Interventoria", relacionar contrato y CDR del contrato de interventoria que afecta:

Contrato de Interventoria	**No aplica**	**CDR**	**No aplica**

Sección E – PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, OBLIGACIONES PARAFISCALES Y FIC

Persona Jurídica:	**DM MEDICAL HEALTH CARE SAS**		
Calidad de quien certifica:	Revisor Fiscal	Fecha Certificación:	11/5/2022

Contribución FIC (Fondo Nacional de Formación Profesional de la Industria de la Construcción - FIC)

Pago FIC: (El FIC solo es aplicable a contratos de obra y conexos)		Liquidación FIC con base en:	

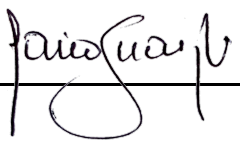
Sección F – CONSTANCIA

El respectivo INTERVENTOR y/o SUPERVISOR, (según corresponda), bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción de este documento, y en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación adoptado por la entidad (Resolución 836 de 2015); hace constar que en desarrollo de las actividades de supervisión o interventoría, los pagos realizados dentro del presente contrato objeto de vigilancia y control, corresponden a la real ejecución del objeto contratado y corresponden al cronograma de ejecución, así como manifiesta que dentro del contrato que supervisa no se han realizado pagos por actividades que no se encontraban pactadas contractualmente o que no corresponden con el objeto contractual. De igual forma declara:

1.	El(los) presente(s) desembolso (s) Cumple con todas las condiciones pactadas en la Forma de Pago estipulada en el Contrato y sus respectivos documentos modificatorios.	Cumple
2.	Las pólizas cubren el periodo facturado.	Cumple
3.	Recibo a satisfacción de las actividades o hitos que preceden el cobro del presente desembolso.	Cumple
4.	Revisados y verificados los documentos soporte de la(s) presente(s) cuenta(s) de cobro ó factura(s) y una vez comprobado el cumplimiento de todos los requisitos y condiciones para el respectivo giro; autorizo el presente pago.	Cumple
5.	El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones establecidas en el contrato. En consecuencia se autoriza pagar la(s) factura(s) o cuenta(s) de cobro relacionadas en la secciòn C del presente documento.	Cumple
6.	En los casos en los que procede, he verificado el(los) soporte(s) de pago del Fondo Nacional de formación profesional de la Industria de la Construcción (FIC), por parte del contratista.	Cumple
7.	Adjunto al presente documento el Acta a recibo a satisfacción.	Cumple

Sección G – SUPERVISOR y/o INTERVENTOR

Observaciones	La Factura DHM-189 correspondiente a equipos entregados en la IPS de Puerto Tejada (Cauca)	
Nombre:	Jairo Alberto Suarez Velez	**Firma:**
Cargo:	Asesor III - Sector Salud	
Fecha de Elaboración de Certificado:	6/6/2022	
Empresa Interventoría:	Fondo Adaptación	
No Contrato de Interventoria	No aplica	



Fondo Adaptación	**ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE INFORME PERIODICO DE ACTIVIDADES**	**CÓDIGO:**	**4-GPY-F-02**
		VERSIÓN:	**1**
		PÁGINA:	**1 de 1**
OBJETIVO DEL ACTA:	Certificar a través de un acta: la recepción, revisión y aprobación del informe de actividades realizadas en el desarrollo de un contrato con el Fondo Adaptación, como insumo para la autorización de los pagos correspondientes.		

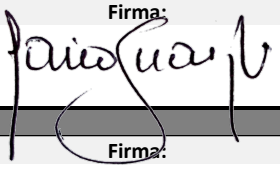
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO:

Que en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación adoptado por el Fondo Adaptación (Resolución 836 de 2015 e instructivo 13-03-I-01 Instructivo para el Seguimiento y Control de Contrato), hago constar en la presente acta que en el desarrollo de mis actividades de supervisión o interventoría apruebo y recibo a satisfacción el Informe periodico del correspondiente contrato:

Código de Contrato:	- - - FA-SASI-I-S-179-2022
Informe aprobado No.:	
Fecha Radicación Informe:	13/05/2022
Informe correspondiente a las actividades realizadas en el periodo comprendido entre: (Si Aplica)	NO APLICA -

Tipología de Informe Periódico: (Marque con una **X** la tipología del informe aprobado)		
	Informe actividades de Obra (Avance de Obra - Actas de Obra)	
	Informe de Interventoría	
	Informe de Actividades (Contratista Persona Natural F.A - Supervisores)	
	Informe de Consultoría (Consultor - Gerencias - Operadores)	
	Otros tipos de informe	**X**
	¿Cuales?	Acta de entrega y recibo final del objeto contractual del contrato FA-SASI-I-S-179-2022, relacionado con la dotación de la Empresa Social Del Estado Norte 3 - ESE En El Municipio De Puerto Tejada - Cauca, realizada el dia 13/05/2022

Certifico como supervisor del contrato - - - **FA-SASI-I-S-179-2022** que el informe adjunto (como parte integral de la presente acta - en medio magnético), cumple con todas las características de calidad exigidas y dispuestas por el Fondo Adaptación, de acuerdo con los Lineamientos y manuales vigentes de la entidad.

Firma y Datos del Supervisor:		
Nombre:	JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ	**Firma:** 
Cargo:	ASESOR III - SECTOR TRANSPORTE Y SALUD	
Fecha:	13/05/2022	
Empresa:	FONDO ADAPTACIÓN	
Firma y Datos del Supervisor (adicional Si Aplica):		
Nombre:		**Firma:**
Cargo:		
Fecha:		
Empresa:		

Fondo Adaptación	**ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE INFORME PERIODICO DE ACTIVIDADES**	**CÓDIGO:**	**4-GPY-F-02**
		VERSIÓN:	**1**
		PÁGINA:	**1 de 1**

OBJETIVO DEL ACTA:	Certificar a través de un acta: la recepción, revisión y aprobación del informe de actividades realizadas en el desarrollo de un contrato con el Fondo Adaptación, como insumo para la autorización de los pagos correspondientes.

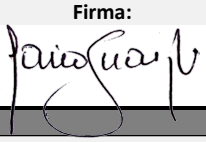
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO:

Que en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación adoptado por el Fondo Adaptación (Resolución 836 de 2015 e instructivo 13-03-I-01 Instructivo para el Seguimiento y Control de Contrato), hago constar en la presente acta que en el desarrollo de mis actividades de supervisión o interventoría apruebo y recibo a satisfacción el Informe periodico del correspondiente contrato:

Código de Contrato:	- - - FA-SASI-I-S-179-2022
Informe aprobado No.:	
Fecha Radicación Informe:	13/05/2022
Informe correspondiente a las actividades realizadas en el periodo comprendido entre: (Si Aplica)	NO APLICA -

Tipología de Informe Periódico: (Marque con una **X** la tipología del informe aprobado)		
	Informe actividades de Obra (Avance de Obra - Actas de Obra)	
	Informe de Interventoría	
	Informe de Actividades (Contratista Persona Natural F.A - Supervisores)	
	Informe de Consultoría (Consultor - Gerencias - Operadores)	
	Otros tipos de informe	**X**
	¿Cuales?	Acta de Terminación del proyecto FA-SASI-I-S-179-2022, relacionado con la dotación de la relacionado con la dotación de la Empresa Social Del Estado Norte 3 - ESE En El Municipio De Puerto Tejada - Cauca, realizada el dia 13/05/2022

Certifico como supervisor del contrato - - - **FA-SASI-I-S-179-2022** que el informe adjunto (como parte integral de la presente acta - en medio magnético), cumple con todas las características de calidad exigidas y dispuestas por el Fondo Adaptación, de acuerdo con los Lineamientos y manuales vigentes de la entidad.

Firma y Datos del Supervisor:		
Nombre:	JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ	**Firma:**
Cargo:	ASESOR III - SECTOR TRANSPORTE Y SALUD	
Fecha:	13/05/2022	
Empresa:	FONDO ADAPTACIÓN	
Firma y Datos del Supervisor (adicional Si Aplica):		
Nombre:		**Firma:**
Cargo:		
Fecha:		
Empresa:		

Fondo Adaptación	**FORMATO DE EJECUCIÓN FINANCIERA**	**Código:**	7-GTR-F-12
		Versión:	1.0
		Fecha:	ago-18

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

* El presente formato debe ser diligenciado en computador.
* Debe allegarse en cada solicitud de pago
* En la tabla pueden insertarse las filas que sean requeridas para registrar la información de facturas y montos

Nombre o Razón Social del Contratista:	DM MEDICAL HEALTH CARE SAS
NIT o Documento de Identificación del Contratista:	900.675.633-3
Contrato (Código asignado por el Fondo Adaptación):	FA-SASI-I-S-179-2022

Valor del Contrato	Valor Ejecutado	Valor Por Ejecutar
208.878.076	147.290.444	61.587.632

Fecha de Emisión Factura o Cuenta de Cobro	Número de Factura o Cuenta de Cobro	Monto	Saldo Contrato
18/05/2022	DMH-176	65.010.349	143.867.727
6/06/2022	DMH-189	82.280.095	61.587.632

Firma Supervisor:

Nombre del supervisor: JAIRO ALBERTO SUAREZ VELEZ

(Supervisor o delegado autorizado por la interventoria en el Formato Registro de Interventoría)

DM Medical Healthcare
Nit:900.675.633-3

CERTIFICACIÓN APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El suscrito Representante Legal y Revisor Fiscal de la empresa, hacen saber que la empresa DM MEDICAL HEALTH CARE.S.A.S., identificada con Nit 900.675.633-3 ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Así mismo certifico que dicha obligación se ha venido cumpliendo durante los últimos seis (6) meses.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Se expide a los 11 días del mes de mayo de 2022.

Atentamente,

DM - Medical Health Care S.A.S.
NIT. 900.675.633-3

ELIZABETH PATRICIA NIEBLES BARCELO
C.C.1.045.672.169 De Barranquilla
Representante Legal

DAVID VEGA ROMERO
Revisor Fiscal T.P 50315-T