DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

CONTRATO	**X**	**No.**	**073/2019**
ORDEN		**TIPO**	**SUMINISTRO**

CONTRATISTA:	**AMAREY NOVA MEDICAL S.A.**	
IDENTIFICACIÓN	**800250382**	
SUPERVISOR:	**NOMBRE**	Jefe Miriam Lucia Avila Guzman
	CARGO	Jefe Unidad Servicios Ambulatorios
OBJETO:	**SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACION DESTINADOS A LA ATENCION DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**	

2. VALOR

VALOR INICIAL	**$112.151.306**
VALOR ADICION (ES)	
VALOR TOTAL	**$112.151.306**

3. PAGO

El interventor certifica:

* Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

* Que el porcentaje de ejecución a la fecha es de: 100%

	COLUMNA 1		**COLUMNA 2**
VALOR DEL CONTRATO	$ 112.151.306		
VALOR EJECUTADO		$ 78.654.600	
VALOR PAGADO			$ 78.654.600
PENDIENTE POR PAGAR			
SALDO LIBERADO			$ 33.496.706
SUMAS IGUALES	$ 112.151.306		$ 112.151.306

4. VERIFICACION 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 terminos:

DATOS REQUERIDOS

OBJETO	**SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACION DESTINADOS A LA ATENCION DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS OTRAS OBLIGACIONES	SONDA NASOYEYUNAL CON PESO EN LA PUNTA No.5FR, 6FR 8FR, 10FR, 12FR ,

5. PAGOS EFECTUADOS

ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
AMY 8800010021	ABRIL 10/2019	**$ 5.552.220**
AMY 8800015604	JUNIO 14/2019	**$ 7.402.960**
AMY 8800025156	OCTUBRE 01 DE 2019	**$ 5.552.220**
AMY 8800046188	DICIEMBRE 12 DE 2019	**$ 9.253.700**
AMY8800055216	ABRIL 06/2020	**$ 20.357.400**
AMY 8800070553	OCTUBRE 29 DE 2010	**$ 925.000**
AMY 8800072480	NOVIEMBRE 23/2020	**$ 29.611.100**
TOTAL		**$ 78.654.600**

6. VERIFICACION 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).
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.

7. 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

SISTEMA DE PUNTUACIÓN	**NA**	**No aplicable**	**2**	**0**
	0	**No cumple**	**3**	**bueno**
	1	**malo**	**4**	**excelente**

		CALIFICACION 0-4
CALIDAD DEL BIEN Y/O SERVICIO	Cumple con el objeto del contrato	4
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido	4
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor	4
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades	4
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	4
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	4
	TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS	24

EXCELENTE	76 - 100	
BUENO	51 - 75	
REGULAR	26 - 50	
MALO	0 - 25	

EVALUACION DEL PROVEEDOR 24 * 100 100,0
TOTAL DE PUNTOS POSIBLES 24

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES 6

CALIFICACION	EXCELENTE
100,0	**x**

DATOS REQUERIDOS

8. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES:

Para constancia se firma en Bogotá, En el mes de diciembre de 2020

EL SUPERVISOR		EL CONTRATISTA	
NOMBRE:	Jefe Miriam Lucia Avila Guzman	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	JOSÉ RAÚL DURÁN ECHANDÍA
CARGO	Jefe Unidad Servicios Ambulatorios	IDENTIFICACION CC No.:	1.019.045.378