

AUTORIZACION DE PAGO

Código: IG.1.19.04.11

Fecha: 08/07/2013

Versión: 5

Página 1 de 1

Fecha: Día Mes Año

Para:

De:

Me permito enviar a Usted para el respectivo pago, formato diligenciado y verificado.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: INVERMEDICA LTDA

Documento de Identificación: 800.174.381-1

No. de Contrato: 1-06-03-201-2015

Valor a pagar: \$ 3.353.560

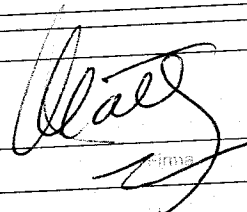
2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO


| COMPRAS Y SUMINISTRO | Casilla de Verificación | SERVICIOS | Casilla de Verificación |
|--|--------------------------|---|--------------------------------------|
| Informe de Supervisión (Original) | <input type="checkbox"/> | Informe de Supervisión (Original) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Formato Ingreso Almacén (Original) | <input type="checkbox"/> | Constancia de pago de la EPS (Copia) | <input type="checkbox" value="N.A"/> |
| Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social | <input type="checkbox"/> | Constancia de pago de la AFP (Copia) | <input type="checkbox" value="N.A"/> |
| Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1 | <input type="checkbox"/> | Constancia de pago de la ARL (Copia) | <input type="checkbox" value="N.A"/> |
| RUT (Primer Pago) | <input type="checkbox"/> | Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pago Anticipo o Pago Anticipado*2 | <input type="checkbox"/> | RUT (Primer Pago) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | Pago Anticipo o Pago Anticipado*2 | <input type="checkbox" value="N.A"/> |

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE DE MURIEL

Nombre y No. Documento de Identidad



| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA | INFORME DE SUPERVISION | Código: IG.1.19.04.07 |
| | | Fecha: 08/07/2013 |
| | | Versión: 5 |
| | | Página 1 de 2 |

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

| | | | |
|--|--|--|---|
| Nombre Contratista: | <input type="text" value="INVERMEDICA LTDA"/> | | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="800.174.381-1"/> | | |
| Tipo de Contrato: | <input type="text" value="Prestación de Servicios"/> | No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-201-2015"/> |
| Periodo evaluado y/o supervisado: | Del <input type="text" value="05 de Mayo de 2015"/> | al <input type="text" value="20 de Mayo de 2015"/> | |


1. OBJETO:

Prestación de servicios de apoyo a la gestión en actividades operativas de mantenimiento preventivo y correctivo y calibración de Equipo Médico Ergoespiometro portátil K4B2 de la IPS de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Sesenta (60) días

| 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: | |
|---|---|
| OBLIGACIONES | EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con el objeto contractual dentro del plazo establecido para la ejecución del contrato. • Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia • Efectuar calibración de sistemas de adquisición de datos • Realizar análisis de gases pulmonares • Verificar variables de temperatura, presión y flujo de aire • Mantener la confidencialidad sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del contrato • Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales • Cumplir con las obligaciones de pago al Sistema de Seguridad Social Integral • Cumplir las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato. | <p>El contratista ha cumplido con el 100% de Ejecución del contrato</p> |

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------|
|  <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p> | INFORME DE SUPERVISION | Código: IG.1.19.04.07 |
| | | Fecha: 08/07/2013 |
| | | Versión: 5 |
| | | Página 2 de 2 |

preventivos de :

O2 SENSOR K2B2 REPLACEMENT KIT + VALVE – REF: 29247877
 PERMAPURE K4 (L 73CM) REF: CO2210-01-08
 SAMPLING CONNETOR K4B2 – K4 RQ PU
 FILTER ANTI-MOISTURE, 25 um x k4b2 – internal a – 182-320-001

5. SOPORTE PARA PAGO:

El contratista presentó: Informe de Actividades: Pagos Seguridad Social:

Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: Ingreso al almacén Certificación cumplimiento pagos seguridad social

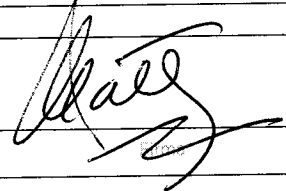
6. INFORME FINANCIERO:

| | |
|---------------------|--------------|
| Valor del Contrato: | \$3.364.000 |
| Valor a Pagar: | \$ 3.353.560 |
| Valor Ejecutado: | \$3.353.560 |
| Valor por Ejecutar: | \$10.440 |

7. OBSERVACIONES:

El contrato se ejecutó a satisfacción, quedando un saldo a favor de la Institución de (\$10.440) peso.

8. SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE DE MURIEL


Nombre y No. Documento de Identidad



INVERMEDICA LTDA.

EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS - LABORATORIOS



Calle 51N No. 2HN-23 Tel.: 664 6389 - Cels: 313 683 8048 - 304 354 4975
 E-mail: invermedicali@hotmail.com
www.invermedicaltda.com
 Cali - Valle

PRODUCTOR - IMPORTADOR
 RÉGIMEN COMÚN
 NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
 NIT.: 800174381 - 1

FACTURA DE VENTA
 N° 2564

Resolución DIAN No. 50000368048 Fecha: 2014/07/03 Habilita del 2300 al 3000

| | |
|--|---|
| Cliente: ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE CALLE 9 NO. 34 - 01 CALI | Fecha de Factura: JULIO 23/ 2015 Orden No.: Fecha de Vencimiento: AGOSTO 23/2015 Forma de Pago: 30 días Remisión: |
|--|---|

| CÓDIGO | CANT. | DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|--------|-------|---|-----------------|-----------------|
| | 1 | O2 SENSOR K2B2 REPLACEMENT KIT + VALVE REF. 29247877 | \$ 2.327.500,00 | \$ 2.327.500,00 |
| | 1 | PERMAPURE K4 (L 73CM) REF. CO2210-01-08 | \$ 392.000,00 | \$ 392.000,00 |
| | 1 | SAMPLING CONNECTOR K4B2 - K4 RQ PU | \$ 98.000,00 | \$ 98.000,00 |
| | 1 | FILTER ANTI-MOISTURE, 25 µm X K4B2 - INTERNAL A-182-320-001 | \$ 73.500,00 | \$ 73.500,00 |

| | | |
|-----------------|----|-----------------|
| SUBTOTAL | \$ | \$ 2.891.000,00 |
| I.V.A. | \$ | \$ 462.560,00 |
| RET-FTE | \$ | |
| TOTAL | \$ | \$ 3.353.560,00 |

OBSERVACIONES:
 Consignar a nombre de INVERMEDICA LTDA en el BANCO DE BOGOTÁ Cuenta Corriente No. 15914709-9 y enviar copia de la consignación y/o transferencia al correo electrónico invermedicali@hotmail.com
DE LO CONTRARIO NO SERÁ POSIBLE DESCARGAR SU PAGO DE CARTERA .

Esta factura de venta es un documento de cobro y remplacea en todo sus efectos a la Letra de Cambio y por medio de la misma el comprador y aceptante declara haber recibido real y materialmente los servicios descritos en este mismo título de valor de acuerdo a la ley 1231 del 2008 según los art. 772, 773, 774 y 779 del Código de Comercio y se obliga a pagar el precio en la forma pactada aquí mismo, pago este que se efectuará en moneda Colombiana de curso legal.

Firma Emisor

 INVERMEDICA LTDA

 Nit. 800.174.381-1

Firma, Fecha, C.C. y Sello del Comprador

Comprador , Aceptante y/o Firma Autorizada
 CLIENTE

Impreso por GRÁFICAS HERVICAS Leidy Villa Cel 312 232 6455

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:

INVERMEDICA LTDA

Documento de Identificación:

800.174.381-1

No. de Contrato:

1-06-03-201-2015

Periodo de ejecución de la actividad:

Del

al

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):

Se efectuó mantenimiento preventivo y correctivo y calibración de Equipo Médico Ergoespiometro portátil K4B2 de la IPS de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte., detallado así.

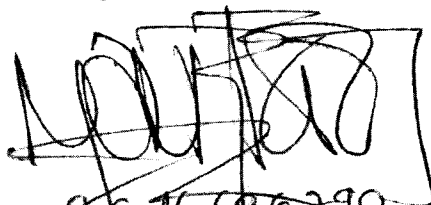
- Se realizó calibración de sistemas de adquisición de datos
- Se efectuó análisis de gases pulmonares
- Se Verificaron las variables de temperatura, presión y flujo de aire
- O2 SENSOR K2B2 REPLACEMENT KIT + VALVE - REF: 29247877
- PERMAPURE K4 (L 73CM) REF: CO2210-01-08
- SAMPLING CONNETOR K4B2 - K4 RQ PU
- FILTER ANTI-MOISTURE, 25 um x k4b2 - internal a - 182-320-001

3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:

SI

NO

4. CONTRATISTA:


C.C. 16.686.790
INVERMEDICA LTDA