

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: SILVIA CONSTANZA RESTREPO JARAMILLO – EXPRESS MEDICA

Documento de Identificación: 31.198.857-8

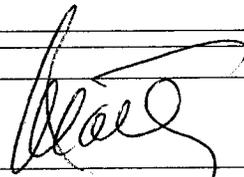
No. de Contrato: 1-06-05-01-2015 Valor a pagar: \$ 79.137.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

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

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE DE MURIEL





Express Médica

Equipos y Accesorios para Rehabilitación y Medicina Deportiva



SILVIA CONSTANZA RESTREPO J.
NIT. 31.198.857-8 Régimen Común

FACTURA DE VENTA

Nº C 3429

CLIENTE: ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE	NIT: 005.001.868-0	FECHA: ABRIL 28 DE 2015
DIRECCIÓN: CALLE 9 No. 34 - 01	TEL: 554 04 04	CIUDAD: CALI
		FORMA DE PAGO: CONTADO

CANT.	DESCRIPCIÓN	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1 /	<p>SISTEMA DE TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE</p> <p>MARCA : ZIMMER</p> <p>MODELO : ENPULS2@</p> <p>REF : 5418</p> <p>SERIE : 1420007992</p> <p>PIEZA DE MANO</p> <p>REF : 5413</p> <p>SERIE : 1420008095</p> <p>Registro Invima : 2011EBC-0007851</p>	\$ 40.321.983	\$ 40.321.983
1 /	<p>UNIDAD DE TERAPIA CON AIRE FRIO</p> <p>MARCA : ZIMMER</p> <p>MODELO : CRYO6@</p> <p>REF : 7341</p> <p>SERIE : 1420004642</p> <p>Registro Invima : 2011DM-0007184</p>	\$ 27.899.569	\$ 27.899.569

GRAVADO	NO GRAVADO	DESCUENTO	SUB-TOTAL	I V A	TOTAL
\$ 68.221.552	\$ 0	\$ 0	\$ 68.221.552	\$ 10.915.448	\$ 79.137.000

SON: SETENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

OBSERVACIONES: CONTRATO 1-06-05-01-2015

Esta Factura de Venta se asimila a una letra de cambio. Es exigible en cualquier plaza y su no cancelación a la fecha de vencimiento genera el interés de mora a la máxima tasa legal vigente

Express Médica
 Silvia Constanza Restrepo J.
 NIT. 31.198.857-8
 Express Médica

C.C. o NIT.
 Firma y Sello de Aceptada

Carrera. 32 No. 9C - 58 Teléfonos.: 554 5609 - 514 3615 - Celular: 311 643 6866 Cali, Colombia
 e-mail: silvia.restrepo@expressmedica.com www.expressmedica.com

163502

163502 - equipo medico y certificado

Resolución DIAN No. 50000362694 Fecha: 2011/11 HABILITA DEL C 3245 al C 4000

G.C. Diseño y Publicidad - Nit.: 16.651.533-5 - Tel.: 396 9922 CALI

 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="SILVIA CONSTANZA RESTREPO JARAMILLO – EXPRESS MEDICA"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="31.198.857-8"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="Ciencia y Tecnología"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-05-01-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="24 de Abril de 2015"/>	al <input type="text" value="04 de Mayo de 2015"/>	

1. OBJETO:
 Apoyo al centro científico de la IPS de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte, mediante la dotación de equipos médicos para terapia mediante ondas de choque y con aire frío que contribuyan con tratamientos de rehabilitación deportiva, traumatología, reducción del dolor, inflamaciones y mejoramiento de las articulaciones

2. TERMINO DEL CONTRATO:
 Ocho (08) días

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
<ul style="list-style-type: none"> • Dar cumplimiento a las especificaciones generales y particulares de la ficha técnica y a la propuesta presentada por el contratista • Ejecutar el contrato de acuerdo a lo convenido en el objeto. • Cumplir con las condiciones técnicas exigidas de cada uno de los equipos • Presentar los respectivos manifiestos de aduana. • Efectuar capacitación para el manejo de los equipos • Brindar Garantía dos (2) años por fallas de Fabricación • Entregar los manuales de usuario de los Equipos • Presentar Garantía de calidad de los bienes que cubra un año después de la entrega de los mismos • Entregar los Equipos Médicos en el almacén general de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte. Lo que obliga al contratista a transportar, asegurar y entregar por su cuenta y riesgo los elementos contratados, teniendo en cuenta la calidad, los cuales deberán ser entregados en excelentes condiciones. • Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando las dilaciones y entramientos que puedan presentarse 	<p>El contratista ha cumplido con el 100% de ejecución de las actividades adquiridas como objeto del contrato</p>

91

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

Médicos, de acuerdo al plazo convenido, libre de embargos, impuestos, o cualquier gravamen que afecte el libre comercio

- Guardar reserva de la información institucional que le sea suministrada para el cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Se entregaron los equipos relacionados en la Factura 3429

(1) Equipo de Terapia con ondas de Choque – marca ZIMMER – mOdelo – EMPLUS – Ref: 5418 – Seria 1420007992

(1) Equipo de Terapia de aire frio – marca ZIMMER – mOdelo – CRYOS – Ref: 7341 – Seria 1420004642

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:	\$79.173.000
Valor a Pagar:	\$79.137.000
Valor Ejecutado:	\$79.137.000
Valor por Ejecutar:	\$36.000

7. OBSERVACIONES:

Se deja constancia que se da por terminado a satisfacción el contrato y queda un saldo a favor de la entidad por valor de (\$36.000)

8. SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE DE MURIEL 

Nombre y No. Documento de Identidad Firma

