

**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

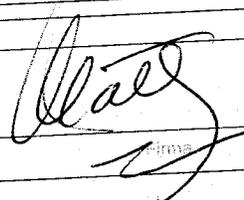
**2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO**

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



 <b>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE</b> INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	<b>INFORME DE SUPERVISION</b>	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:**

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

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

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	<b>INFORME DE SUPERVISION</b>	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

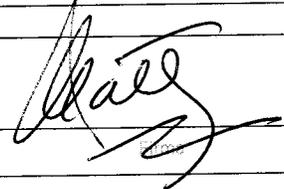
**6. INFORME FINANCIERO:**

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](mailto:invermedicali@hotmail.com)  
[www.invermedicaltda.com](http://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: <b>ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE</b> <b>CALLE 9 NO. 34 - 01</b> <b>CALI</b>	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 \$	
<b>TOTAL \$</b>	<b>\$ 3.353.560,00</b>

**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](mailto: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

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

CLIENTE

Comprador , Aceptante y/o Firma Autorizada

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.

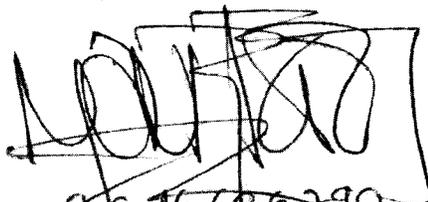
- Se realizó calibración de sistemas de adquisición de datos
- Se efectuó análisis de gases pulmonares
- Se Verificaron las variables de temperatura, presión y flujo de aire
- O2 SENSOR K2B2 REPLACEMENT KIT + VALVE - REF: 29247877
- PERMAPURE K4 (L 73CM) REF: CO2210-01-08
- SAMPLING CONNETOR K4B2 - K4 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