

TRANSVERSAL 29 NO. 12 - 20. BARRIO BOCHICA

DUITAMA - BOYACÁ - COLOMBIA

7 620753 - 7 651917 - 311 449 7644

info@medifar.com.co

AUTORIZACION DIAN No 18762003139182 DE 2017/05/04 AUTORIZADA DEL No. M-110001 - 150000 FACTURA POR COMPUTADOR REGIMEN COMUN

Código 1223 **Identificación** 900959048-4
Cliente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
Contacto SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
Principal CL 9 39 46
Entrega CR 78A BIS # 69 B 70 SUR ZN HOSPITAL PABLO VI BOSA BOGOTA Tel: Sin Telefono BOGOTA D.C.
Asesor LUIS ALFREDO PEÑA AMAYA
Transporte

Forma de Pago CREDITO
Creación 8/03/2019
Vencimiento 7/04/2019
Plazo 30 Días.
Creador PAOLA AMEZQUITA

CONTRATO No. 4183 DE 2019

Código	Descripción	Cant	Precio	IVA	DCTO	Sub Total	Total
04695	VENDA ELASTICA 5 X 5 VENDAMOS	60	1,328	0.00%	0.00%	79,680	79,680

MEDICAL SUPPLIES

CUM: NA LOTE:VE1018 - INVIMA: 2017DM-001644 VTO:10/2023

Medifar
SUMINISTROS FARMACEUTICOS S.A.S
NIT. 826.002.585-2

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

NOMBRE BODEGA: #14 Pablo VI
NOMBRE QUIEN RECIBE: Lorena Guerrero
CARGO: Aux Farmacia
C.C. #: 1022337978
FECHA: 8-3-19 HORA: 4:30
FIRMA: *[Firma]*

Consignar Ctas Ctes a nombre de MEDIFAR SUMINISTROS FARMACEUTICOS S.A.S:

Banco Davivienda 179769999923 *** Banco Av Villas 710183195 *** Banco Agrario 0150 7004927-3 *** Bancolombia cta. ahorros 262 254177-16

Observación	No se acepta devolución de mercancía después de 72 horas de recibida. La firma de un tercero implica la aceptación de la factura por parte del beneficiario. Cheque devuelto por fondos insuficientes se cobrará en sanción del 20%.	Sub-Total	79,680
	Sírvase pagar con cheque cruzado a nombre de MEDIFAR SUMINISTROS FARMACEUTICOS S.A.S. Para acceder a descuentos por pronto pago, favor girar dentro de la fecha establecida.	Descuentos	0
RECIBI CONFORME	El pago inoportuno le causar interés de mora a la tasa máxima legal permitida.	Sub-Total Neto	79,680
		I.V.A.	0
		Reteiva	0
		Reteica	0
		Retefuente	0
		Neto Total	79,680

NOMBRE LEGIBLE - C.C Y SELLO

Esta Factura Cambiaria de Compraventa se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio, según artículo 774 del código de comercio.

Nos reservamos la propiedad de esta mercancía hasta que la factura sea cancelada en su totalidad. Esta factura es un Título Valor Regulado por el código de comercio en sus artículos 772, 773, 774, 778, 779 y por el Artículo 6 ley 1231/2008

 Secretaría de Salud Subred Sur Occidente ESE	CERTIFICACION DE EJECUCION DE ACTIVIDADES	Versión: 1 Fecha de aprobación: 29/06/2017 Código: 15-02-FO-0014	
---	--	--	--

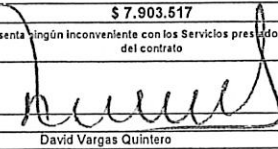
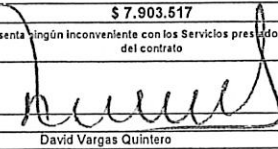
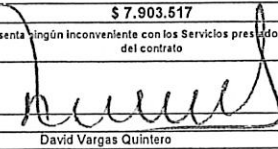
CERTIFICACION:	INFORME PARCIAL:	Marque con una (X) según corresponda FECHA DEL INFORME: 26/03/2019
-----------------------	-------------------------	--

CONTRATO No. 4183-2019	
-------------------------------	--

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN						Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	MEDIFAR SUMINISTROS FARMACEUTICOS S.A.S	NIT O C.C.	826,002,585-2	Valor Inicial:	\$30.000.000	7/03/2019	6/05/2019
Representante Legal:	LUIS ALFREDO PEÑA AMAYA	Cedula Representante	91,276,745	Adición 1:		Prórroga 1:	
Objeto del Contrato u orden:	Suministro de dispositivos medico quirurgicos hospitalarios, necesarios para la normal prestación del servicio de salud.			Adición 2:		Prórroga 2:	
Duración Inicial	DOS (2) MESES,			Adición 3:		Prórroga 3:	
Disponibilidades Numeros	Registros Presupuestales			Adición 4:		Prórroga 4:	
				Adición 5:		Prórroga 5:	
				Adición 6:		Prórroga 6:	
				Adición 7:		Prórroga 7:	
				Adición 8:		Prórroga 8:	
				Adición 9:		Prórroga 9:	
Rubro presupuestal	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	CODIGO	321020102	Adición 10:		Prórroga 10:	
				Valor Total:	\$30.000.000	Fecha Terminación actual:	6/05/2019

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN									
INFORMACION DE ACTIVIDADES									
No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	CUMPLIO		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
			SI	NO	Oportunidad de entrega	SI: X	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X	NO:
	Suministro de dispositivos medico quirurgicos hospitalarios, necesarios para la normal prestación del servicio de salud.		X		Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: N/A	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X			
Observaciones:									

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS									
No.	No. FACTURA O CUENTA DE COBRO	FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO	PERIODO FACTURADO	FECHA RADICACION	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	142231	8/03/2019			\$ 805.440	805.440	29.194.560	3%	
2	142038	8/03/2019			\$ 50.980	856.420	29.143.580	3%	
3	141966	8/03/2019			\$ 96.861	953.281	29.046.719	3%	
4	141911	8/03/2019			\$ 531.000	1.484.281	28.515.719	5%	
5	142037	8/03/2019			\$ 1.707.459	3.191.740	26.808.260	11%	
6	141903	8/03/2019			\$ 199.670	3.391.410	26.608.590	11%	
7	141922	8/03/2019			\$ 263.400	3.654.810	26.345.190	12%	
8	142040	8/03/2019			\$ 470.740	4.125.550	25.874.450	14%	
9	142232	8/03/2019			\$ 69.600	4.225.150	25.774.850	14%	
10	142039	8/03/2019			\$ 79.680	4.304.830	25.695.170	14%	
11	142230	8/03/2019			\$ 3.598.687	7.903.517	22.096.483	26%	
12						7.903.517	22.096.483	26%	
TOTAL					7.903.517				

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO				
EJECUCION DEL CONTRATO				
CONCEPTO Valor ejecutado Saldo por ejecutar VALOR TOTAL CERTIFICADO	VALOR EN LETRAS VALOR EN NUMEROS \$ 7.903.517 \$ 22.096.483	No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO 142231 - 142038 - 141966 - 141911 - 142037 - 141903 - 141922 - 142040 - 142232 - 142039 - 142230 FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO 8/03/2019 VALOR A PAGAR \$ 7.903.517		
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Durante la ejecución del contrato no se ha presentado ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista. Y hay cumplimiento del objeto del contrato				
ANEXOS: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"> FIRMA SUPERVISOR CONTRATO NOMBRE Y APELLIDOS C.C. No. CARGO/PERFIL AREA DE UBICACIÓN </td> <td style="width:70%;">  David Vargas Quintana 79.522.190 Profesional Especializado Gestión De Almacenes </td> </tr> </table>			FIRMA SUPERVISOR CONTRATO NOMBRE Y APELLIDOS C.C. No. CARGO/PERFIL AREA DE UBICACIÓN	 David Vargas Quintana 79.522.190 Profesional Especializado Gestión De Almacenes
FIRMA SUPERVISOR CONTRATO NOMBRE Y APELLIDOS C.C. No. CARGO/PERFIL AREA DE UBICACIÓN	 David Vargas Quintana 79.522.190 Profesional Especializado Gestión De Almacenes			