COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá, 15 de noviembre de 2024

PARA:	**GRUPO FINANCIERO Y PRESUPUESTAL** **GRUPO GESTIÓN CONTRACTUAL**
DE:	**LIGIA ALEXANDRA OTERO** Coordinadora Laboratorio de Microbiología de Alimentos y Bebidas

ASUNTO: Remisión documentación Contrato No. 722/2024

Respetados:

Por la presente le estoy remitiendo la documentación relacionada con el contrato No. 722/2024 - KASAI S.A.S ORGANIZACIÓN COMERCIAL. Facturas: KSAS 4899.
Entrega Única.

- Certificado de cumplimiento para pago e informe de supervisión.
- Factura.
- Planilla pago de aportes.
- Certificado parafiscales.
- Evaluación de proveedores.
- Certificación Bancaria.
- RUT
- Informe de actividades Único (Grupo de Gestión Contractual).
- Informe final de supervisión (Grupo de Gestión Contractual).

Solicito amablemente firmar la copia de recibido y devolver al Laboratorio de Microbiología de Alimentos y Bebidas – CAN.

Cordial Saludo,



LIGIA ALEXANDRA OTERO
Coordinadora Laboratorio de Microbiología de Alimentos y Bebidas

Proyecto: jfonsecaf

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN	
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	KASAI S.A.S ORGANIZACIÓN COMERCIAL	**NIT/ CC No.**	800.078.000-8
CORREO ELECTRÓNICO	kasailtda@outlook.com	**TELÉFONO**	6014161437
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios	**(En caso de Otro tipo de Cto indique cuál)**	
No. CONTRATO	722/2024	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	2024-11-29
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE INTERVENCIONES METROLÓGICAS DE LOS EQUIPOS AUXILIARES INCLUYENDO REPUESTOS Y/O PARTES PARA EL EFECTO Y ADQUIRIR UN EQUIPO AUXILIAR DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA LA OFICINA DE LABORATORIOS Y CONTROL DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, PARA LOS GRUPOS 3 Y 4		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-07-30	**FECHA DE INCIO**	2024-08-02	**FECHA DE TERMINACIÓN**	2024-11-29

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 19.176.150,00	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	$ 19.176.150,00	**VALOR A PAGAR**	$ 19.176.150,00
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 0,00	**VALOR PAGADO**	19.176.150,00	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	1
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	KSAS 4899	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	2024-08-02 AL 2024-10-31
BANCO	BANCOLOMBIA S.A.	**TIPO DE CUENTA**	Corriente	**No DE CUENTA**	10301269251

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)

La factura No. KSAS 4899 hace relación a la prestación de servicios de intervenciones metrológicas de equipos auxiliares de la OLCC, los cuales NO tienen ingreso a almacén.

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato

Informe de actividades	SI	**Facturas**	SI	
Pago Parafiscales	SI	**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA		81372172		
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	Noviembre	2024-11-01	$ 789.900	Salud Total EPS Sanitas EPS EPS Sura Famisanar EPS Nueva EPS
PENSIÓN	Octubre	2024-11-01	$ 3.214.000	Porvenir Colfondos Colpensiones
ARL	Octubre	2024-11-01	$201.500	ARL SURA

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. ***Se debe anexar los pagos o planillas.***

5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

(El supervisor deberà realizar un informe respecto de la ejecuciòn del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.

En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2024	11	15



LIGIA ALEXANDRA OTERO CASTRO

Coordinadora Grupo Laboratorio Microbiología de Alimentos y Bebidas - Oficina de Laboratorios y Control de Calidad

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Consecutivo:	

NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

Factura Electrónica De Venta No

KSAS 4899

KASAI SAS ORGANIZACIÓN COMERCIAL

NIT. 800.078.000-8

Cra. 72A Bis No. 52-28 Normandia, Bogotá D.C.

PBX.: (57-1) 416 1437- kasailtda@outlook.com

RESOLUCION DIAN No. 18764063336481 DEL 05/01/2024 AL 04/01/2025 HABILITA LA NUMERACION KSAS 4601 AL KSAS 5100. PROVEEDOR TECNOLOGICO WORLD OFFICE COLOMBIA SAS NIT:9005343563

IVA REGIMEN COMUN- ACTIVIDAD COMERCIAL 4659 TARIFA ICA 11.04 X MIL ACTIVIDAD SERVICIOS 3312 TARIFA ICA 9.66XMIL.NO SOMOS AUTORRETENEDORES NI GRANDES CONTRIBUYENTES. AGENTES DE RETENCION DEL IMPUESTO IVA

CLIENTE	INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA		
NIT / C.C.	830000167 2		
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONO
CR 68 D 17 11		Bogota D.C.	2948700

ORDEN DE COMPRA No.	VENDEDOR
722 DE 2024	JONATHAN STEWART JIMENEZ CARDOZO

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	FORMA DE PAGO
14-nov.-24	14-nov.-24	Credito
HORA REGISTRO	1:07PM PAGINA :	Página 1 de 1

ITEM	REFERENCIA	DESCRIPCION	CANTIDAI	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1	10003SG	MANTENIMIENTO PHMETRO MARCA WTW MODELO INOLAB PH720 SERIE 9110596 INVENTARIO 11646	1	1.397.773,15	1.397.773,15
2	10003SG	MANTENIMIENTO MEDIDOR DE PH MARCA HANNA INSTRUMENTS MODELO HI4522 SERIE 17112901 INVENTARI 147	1	1.224.075,63	1.224.075,63
3	10003SG	MANTENIMIENTO PH METRO MARCA SCHOTT MODELO LAB850 SERIE 6110152 INVENTARIO 7963	1	1.224.075,63	1.224.075,63
4	10003SG	MANTENIMIENTO PH METRO MARCA THERMO SCIENTIFIC MODELO ORION SERIE 18588 INVENTARIO 18588	1	1.224.075,63	1.224.075,63
5	10003SG	MANTENIMIENTO PH METRO CONSTR NV MARCA CONSTRNV MODELO C30010 SERIE 98399 INVENTARIO I-FQ-EQ-015	1	1.224.075,63	1.224.075,63
6	10003SG	MANTENIMIENTO PH CONDUCTIVIMETRO MARCA THERMO SCIENTIFC MODELO ORION STAR A325 SERIE G03546 INVENTARIO EQFQ170	1	6.023.697,47	6.023.697,47
7	10003SG	MANTENIMIENTO ESPECTROFOTOMETRO JENWAY MARCA JENWAY MODELO 6305 SERIE 2885 INVENTARIO 9578	1	1.898.319,31	1.898.319,31
8	10003SG	MANTENIMIENTO ESPECTROFOTOMETRO UV/VIS MARCA DENOVIX MODELO D5-11-S SERIE 019440 INVENTARIO 24616	1	1.898.319,31	1.898.319,31

OBSERVACIONES

19-12-00;722-2024;loteroc@invima.gov.co

Sub Total	**16.114.411,76**
Iva 19%	**3.061.738,24**
Total Factura	**19.176.150,00**

IMPORTANTE:

De acuerdo con la ley 1231 de 2008 el original o copia de esta factura de venta es un título valor que presta merito ejecutivo de conformidad con Los Artículos 613 y Subsiguiente del Código de Comercio.Se asimila a una letra de cambio y causara intereses.

Transferencia Bancaria: KASAI SAS Cuenta corriente Bancolombia No. 10301269251. Cuenta corriente Banco de Bogota No. 023027261

Fecha y Hora de Generación: 14/11/2024 13:07:05

KASAI SAS

Recibí - Firma y Sello

E-mail: kasailtda@outlook.com / ventas@kasai.com.co/ www.kasai.com.co

CUFE: bfd631be1392e92b1db6bce51fd59fd193c52c869d884bad6548e0984ebebc493627d2fd9a316e03ac5a7608ee89164e--Expedición:14/11/2024 04:55 PM

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800078000-8	KASAI SAS	CRA 72 A BIS NO. 52-28	4161437	kasailtda@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	01/11/2024	81372172	$4.995.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	305.900	0		0		0	0	0	0	305.900	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	100.000	0		0		0	0	0	0	100.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	112.000	0		0		0	0	0	0	112.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	896.000	0	0	0	0	0	0		896.000	3
231001	Colfondos	800227940-6	874.900	0	0	27.400	27.400	0	0		929.700	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.388.300	0	0	0	0	0	0		1.388.300	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	201.500				201.500	0	0	201.500			2.015	201.500	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	789.900	0	0	789.900	8

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800078000-8	KASAI SAS		CRA 72 A BIS NO. 52-28	4161437	kasailtda@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	01/11/2024	81372172	$4.995.300	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	789.900	789.900
Pensión	3	3.214.000	3.214.000
Riesgos Laborales	1	201.500	201.500
CCF	1	789.900	789.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	4.995.300	4.995.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	800078000-8	KASAI SAS		CRA 72 A BIS NO. 52-28	4161437	kasailtda@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	01/11/2024	81372172	$4.995.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018472924	DIAZ ROJAS RUTH FHAITZURY	1	0			S																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	1	7.900	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
2	CC	1024562735	DUCUARA TIMOTE NIDY YIRAY	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1030618633	RINCON GUTIERREZ LEIDY ANDREA	1	0			S																	25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	2	26.100	CCF22	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
4	CC	1110486881	JIMENEZ CARDOZO JONATHAN STEWART	1	0			S								X									231001	5.467.567	874.900	0	0	27.400	27.400	EPS002	5.467.567	218.800	14-11	5.467.567	1	28.600	CCF22	5.467.567	218.800	0	0	0	0	0
5	CC	79700891	BARACALDO MONTEALEGRE ROBERTO	1	0			S																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	4	65.300	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
6	CC	1022440989	GUERRERO GALINDO ANDRES GERARDO	1	0			S																	230301	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS017	2.800.000	112.000	14-11	2.800.000	2	29.300	CCF22	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
7	CC	1010220778	REYES ARIAS JESSICA DAYANH	1	0			S								X									25-14	2.176.868	348.300	0	0	0	0	EPS002	2.176.868	87.100	14-11	2.176.868	1	11.400	CCF22	2.176.868	87.100	0	0	0	0	0
8	CC	1022444879	SANCHEZ LOZANO NICOLAS DAVID	1	0			S																	25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS010	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	2	26.100	CCF22	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

KASAI SAS ORGANIZACIÓN COMERCIAL
NIT 800078000-8

Bogotá, noviembre 1 de 2024

CERTIFICACIÓN

Yo, JESUS MARIA RAMIREZ OLMOS, identificado con Cédula de Ciudadanía 11.250.974 de Bogotá, obrando como Representante Legal de KASAI S.A.S ORGANIZACIÓN COMERCIAL, con NIT: 800.078.000-8, declaro bajo la gravedad de juramento.

- Que la empresa la cual represento no se encuentra incursa en ninguna de las inhabilidades de incompatibilidades establecidas en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993, su Decreto reglamentario 5679 de 1994 y demás disposiciones constitucionales legales vigentes.

- Que no se halla relacionada en el Boletín de Responsabilidades Fiscales (Art. 60 de la Ley 610 de 2000)

Cordialmente



JESUS MARIA RAMIREZ O
CC 11250974 Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL
KASAI SAS
NIT 800078000-8
kasailtda@outlook.com
Cel 3114935960

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL
invima	**EVALUACION DE PROVEEDORES**	
	Código: GAD-GCT-FM8	Versión: 01	Fecha de Emisión: 2022-02-01

			D	M	A
NOMBRE DEL PROVEEDOR	KASAI S.A.S ORGANIZACIÓN COMERCIAL	**FECHA DE EVALUACIÓN**	15	11	2024
NIT O C.C. No.	800.078.000-8	**PERIODO EVALUADO (si aplica)**	**Desde** 2/08/2024		**Hasta** 31/10/2024
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	722 de 2024 - 2024-07-30				
FECHA ACTA DE INICIO	2/08/2024				
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	kasailtda@outlook.com				
DIRECCIÓN Y TELEFONO	Cra. 72A Bis No. 52-28 / 6014161437				
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE INTERVENCIONES METROLÓGICAS DE LOS EQUIPOS AUXILIARES INCLUYENDO REPUESTOS Y/O PARTES PARA EL EFECTO Y ADQUIRIR UN EQUIPO AUXILIAR DE CONFORMIDAD CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA LA OFICINA DE LABORATORIOS Y CONTROL DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, PARA LOS GRUPOS 3 Y 4				

SISTEMA DE PUNTUACIÓN				
	NA	**No aplica**	**2**	**Cumple parcialmente**
	0	**No cumple**	**3**	**Cumple plenamente**
	1	**Cumple mínimamente**	**4**	**Supera las expectativas**

		CALIF 0-4
CALIDAD DEL BIEN, OBRA 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)	NA
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	4

EVALUACION DEL PROVEEDOR = $\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS}}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES}} = \frac{(\ 20\ )}{(\ 20\ )} \times 100 = \boxed{100}$

EXCELENTE	**91 - 100**
BUENO	**71 - 90**
REGULAR	**50 - 70**
MALO	**0 - 49**

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (5)

CALIFICACION	**EXCELENTE**

Relación de peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias (PQRDS) que se presentaron en la ejecución del contrato:

Observaciones:

LIGIA A. OTERO CASTRO

Coordinadora Grupo Laboratorio de microbiologia de Alimentos

Proyecto: jfonsecaf

Nota N° 1: Sí el contrato es de ejecución instantánea (Contratos de Compraventa), se realizará una vez cumplida la obligación de entregar y se realizarán evaluaciones periódicas durante el período de la garantía sí el supervisor lo estima conveniente.

Nota N° 2: Sí son de tracto sucesivo (Prestación de Servicios o Suministro), se realizará cada vez que el proveedor presente la factura para pago.

Nota N° 3: Sí son contratos de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo se realizará al finalizar el contrato.

Nota N° 4: En los casos que la evaluación arroje los resultados REGULAR Y MALO, el supervisor debe analizar si es procedente actuar como un incumplimiento en el contrato, de ser así, es necesario remitirse al numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

Certificado Bancario

Martes, 05 de Noviembre de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que KASAI SAS ORGANIZACION COMERCIAL identificado(a) con NIT 800078000, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	10301269251	1994/08/04	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14865471183

(415)7707212489984(8020) 000001486547118 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 7 8 0 0 0	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
KASAI SAS ORGANIZACION COMERCIAL

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 72 A BIS 52 28

42. Correo electrónico kasailtda@outlook.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 1 6 1 4 3 7	3 1 0 8 6 7 8 6 8 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 5 9	1 9 8 9 0 9 2 8	3 3 1 2	2 0 0 0 0 1 1 0		5 2 2 9	4 6 6 4		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	8	9	1 0	1 4	4 2	4 8	5 2	5 5																

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 3									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 09 - 19 / 08 : 20: 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ OLMOS JESUS MARIA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14865471183

(415)7707212489984(8020) **000001486547118 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 7 8 0 0 0	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	5 5 7 3	2
73. Fecha	1 9 8 9 0 8 1 0	2 0 1 5 0 9 2 4
74. Número de notaría	6	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 8 9 0 9 2 8	2 0 1 5 1 0 0 5
77. No. Matrícula mercantil	0 0 3 8 6 3 9 2	0 0 3 8 6 3 9 2
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 8 9 0 9 2 5	2 0 1 5 0 9 2 4
81. Hasta	2 0 1 5 0 9 2 4	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14865471183

(415)7707212489984(8020) **000001486547118 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 7 8 0 0 0	8	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 5 0 9 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 1 2 5 0 9 7 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RAMIREZ	OLMOS	JESUS	MARIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 9 1 2 1 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 1 1 0 4 8 6 8 8 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
JIMENEZ	CARDOZO	JONATHAN	STEWART

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14865471183

(415)7707212489984(8020) **000001486547118 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 0 7 8 0 0 0	8	Impuestos de Bogotá	3 2	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 1 2 5 0 9 7 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
RAMIREZ	OLMOS	JESUS	MARIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 0 9 2 4	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	4 1 7 0 5 4 8 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CUFIÑO	GONZALEZ	FRANCY	LEONOR

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 0 9 2 4	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14865471183

(415)7707212489984(8020) **000001486547118 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 7 8 0 0 0	8	Impuestos de Bogotá	3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 1 7 5 2 5 4 8		1 5 1 1 6 - T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
RAMIREZ	OLMOS	MARIA DE	JESUS

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 0 4 0 1 2 3

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14865471183

(415)7707212489984(8020) **000001486547118 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 7 8 0 0 0	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. 4 6 5 9	

162. Nombre del establecimiento: KASAI LTDA ORGANIZACION COMERCIAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CR 72 A BIS 52 28

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 4 1 4 1 8 2	2 0 0 4 0 3 3 1	
168. Teléfono: 4 1 6 1 4 3 7	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO