Alcaldía de Envigado
0058349-0000007-20250825
1300 - 2025/08/25 16:38:28

WINMEDIK

WINMEDIK EQUIPMENT S.A.S
NIT 901.506.652-3
CALLE 48B # 79-04
Tel: (604) 3128549220
Medellin - Colombia
contabilidad@winmedik.com
www.winmedik.com

Factura electrónica de venta
No. FE 363

Señorés	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO DE ENVIGADO		
NIT	890.907.106-5	**Teléfono**	(604) 3394000 - Ext. 000
Dirección	Calle 39 sur #39-47	**Ciudad**	Envigado - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación	21/08/2025, 15:05
Expedición	21/08/2025, 15:05
Vencimiento	04/09/2025

Ítem	Código	Nombre producto	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Vr. Total
1	2219	Mantenimiento Preventivo Aire Acondicionado	Mantenimiento Preventivo Aire Acondicionado Gree Serie: 63260001824 Servicio mes agosto	1.00	185,000.00	19 %	220,150.00
2	2207	Mantenimiento Preventivo de Cava	Mantenimiento Preventivo de Cava Cava Colfrio,serie:20604001600002 Servicio mes agosto	1.00	400,000.00	19 %	476,000.00
3	1104	Servicio de Metrología Termómetro Clínico - Magnitud Temperatura	Servicio de Metrología Termómetro Clínico Infrarrojo - Magnitud Temperatura serie DT0404	1.00	270,000.00	19 %	321,300.00
4	1100	Servicio de Metrología Termohigrómetro - Magnitud Humedad R -Temperatura,	Servicio de Metrología Termohigrómetro - Magnitud Humedad R -Temperatura serie 0515	1.00	275,000.00	19 %	327,250.00

Total items: 4

Total Bruto	1,130,000.00
IVA 19%	214,700.00
Total a Pagar	1,344,700.00

Valor en Letras:
Un millón trescientos cuarenta y cuatro mil setecientos pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-09-04 por $ 1,344,700.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8 Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

Observaciones:

Realice sus pagos a la cuenta AHORROS BANCOLOMBIA N° 55100002052 a nombre de WINMEDIK EQUIPMENT SAS.
Favor enviar los comprobantes de pago al correo comercial@winmedik.com o al WhatsApp 304 441 9529/ 312 854 9229

SOMOS REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION NO ESTAMOS SUJETOS A RETENCION EN LA FUENTE NI OBLIGADOS A PRACTICARLA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764094906832 aprobado en 20250626 prefijo FE desde el número 94 al 2000 Vigencia: 12 Meses**

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 4659 Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. Tarifa

CUFE: dfddffbbf0103932e15f532335b85c48bd370a2caae77c284623c6d86b826dfe6d41b589e1399e8f610c0e9eb9ef2614

ACTA NUMERO 06

25 DE AGOSTO DE 2025

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	WINMEDIK EQUIPMENT S.A.S.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901506652
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	55100002052
CONTRATO Nº :	ENV-13-32-0457-25_1
FECHA DEL CONTRATO:	11 DE FEBRERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE LOS EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN DE LA CAVA MUNICIPAL DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI) DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	10 MESES
FECHA DE INICIO:	13 DE FEBRERO DE 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 11.730.610
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$ 2.041.930
VALOR TOTAL:	$ 13.772.540
FORMA DE PAGO:	EL MUNICIPIO DE ENVIGADO REALIZARÁ EL PAGO AL CONTRATISTA, DE LA SIGUIENTE FORMA: EL PAGO LO HARÁ EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, AL CONTRATISTA, EN LA CAJA DE LA TESORERÍA MUNICIPAL O TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA DEBIDAMENTE LEGALIZADA. ESTE PAGO **SE HARÁ DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN EFECTIVAMENTE PRESTADOS Y EJECUTADOS PREVIA APROBACIÓN DE LA SUPERVISIÓN** Y RECIBIDO A ENTERA SATISFACCIÓN, SEGÚN CERTIFICADO Y CONTROL DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO; CON UNA CONSTANCIA QUE ACREDITE QUE SE ENCUENTRA AL DÍA

	CON EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, ARL, SENA, ICBF Y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, CUANDO CORRESPONDA Y RESPECTO DE CADA UNO DE SUS EMPLEADOS, PAGO QUE SE HARÁ CON SUJECIÓN AL PLAN ANUAL DE CAJA P.A.C. ***PARÁGRAFO 1.**: LA FACTURA O CUENTA DE COBRO EXPEDIDA DEBERÁ LLENAR LOS REQUISITOS LEGALES (ARTÍCULO 617) DEL ESTATUTO TRIBUTARIO Y DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DE LA CERTIFICACIÓN QUE SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (SALUD, PENSIONES Y RIESGOS LABORALES) ASÍ COMO PARAFISCALES, CUANDO CORRESPONDA; INFORME DE ACTIVIDADES DEL OBJETO CONTRACTUAL CON CORTE CADA 30 DÍAS, DEBIDAMENTE APROBADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ASÍ COMO EL CERTIFICADO DE RECIBO A ENTERA SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR.* ***PARÁGRAFO 2.**: EL PAGO SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A LA CUENTA REPORTADA POR EL CONTRATISTA. EL MUNICIPIO PODRÁ RETENER CUALQUIER MONTO QUE DEBA PAGAR EL CONTRATISTA POR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CUANDO HAYA INCUMPLIDO ALGUNA DE LAS OBLIGACIONES, Y SE LIBERARÁN LOS SALDOS RETENIDOS CUANDO EL CONTRATISTA SUBSANE EL INCUMPLIMIENTO Y SATISFAGA LAS RECLAMACIONES O REQUERIMIENTOS PRESENTADOS. DE LOS PAGOS SE DESCONTARÁN LOS IMPUESTOS RESPECTIVOS QUE APLIQUEN SEGÚN EL RÉGIMEN TRIBUTARIO DEL CONTRATISTA, CUYA VERIFICACIÓN SE HARÁ POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA.* ***PARÁGRAFO 3.**: EL MUNICIPIO DE ENVIGADO CONTARÁ CON UN TÉRMINO DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RADICACIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO, PARA REALIZAR CADA DESEMBOLSO.*
PERIODO A PAGAR:	DEL 23 DE JULIO AL 22 DE AGOSTOO DE 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICIÓN:	
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **(Valor contrato más adición)**	$ 13.772.540

2. RESPONSABILIDAD

En cumplimiento a la Ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Ley 1882 de 2018 y demás Decretos reglamentarios, así como el Decreto de delegación para la contratación, el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría y demás normas que los aclaren, complementen y los modifiquen, los cuales hacen referencia a la responsabilidad del Ordenador del Gasto, los Delegados para Contratar, los Interventores y Supervisores en el ejercicio de sus funciones y con base en el contrato que se encuentra plenamente legalizado, enunciado en el encabezado de este documento y la forma de pago estipulado en el mismo; Autorizo el pago del acta correspondiente, **de conformidad**

con el informe Técnico, administrativo, jurídico, financiero y contable, revisado, verificado y elaborado por los supervisores, informes que reposa en la expediente del contrato con todos los soportes de ley exigidos.

3. SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Ratifico la revisión y verificación de los documentos soportes del contratista con respecto a los requerimientos de seguridad social integral establecidos por la ley, encontrándose al día en sus pagos, para lo cual aplicó la base de liquidación establecida en la ley.

Si el contratista está obligado a presentar planilla o certificación de seguridad social diligencie el cuadro.

Persona Natural	
Planilla número	
Periodo de cotización	
Fecha de pago	
Valor base de cotización	
Valor pagado en salud	
Valor pagado en pensión	
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	

Persona Jurídica	
Tipo de documento	**Presentó**
Certificado de Representante Legal	☒
Certificado de Revisor Fiscal	☐

4. ACEPTACIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO PRESTADO

Así mismo certifico que se recibió a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.

5. VALOR A PAGAR

1	Valor Cuota pactada contrato antes de IVA				$ 1.130.000
2	Glosa(+)(-)				$
3	Subtotal (=1+2)				$ 1.130.000
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$ 1.130.000	$ 214.700	$ 214.700
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	$
6	**Total Impuestos (=4+5)**				$ 214.700
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				$ 1.344.700
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			$	
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				
Diligenciar los campos 9, 10 y 11 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				$ 1.344.700

11	Número de Factura	$
12	Valor de la Factura	$
Valor total a pagar al contratista (=9-12)		**$ 1.344.700**

6. DEDUCCIONES APLICABLES

#	Concepto	Marcar SI aplica o NO, de acuerdo con los estudios previos	
		SI	NO
1	Impuesto de Industria y Comercio		x
2	Tasa Prodeporte y Recreación	x	
3	Estampilla Procultura		x
4	Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor	x	
5	Estampilla ProDesarrollo Institución Universitaria de Envigado (IUE)		x
6.	Contribución especial sobre contratos de obra pública		x

7. FACTURAS PRECONTRACTUALES

#	Concepto	# Factura de Rentas varias	Fecha de Pago
1	Impuesto de timbre		

8. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre		
Número Identificación		
Entidad Bancaria		
Tipo de Cuenta		
Número de Cuenta		
Valor endosado a Pagar		

Nota: En la carpeta del contrato reposa el poder y/o el endosó presentado por el contratista.

9. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutara presupuestalmente de la siguiente forma:

Certificado de disponibilidad presupuestal	Fecha de certificado	Registro de disponibilidad presupuestal	Fecha de registro	Rubro presupuestal	Sec RDP	Valor a ejecutar
01-110-20250337	9/01/2025	01-111-20250970	13/02/2025	23202020080000 00001905013871 S6211333002100 20106	01	$ 1.344.700

EJECUCIÓN ACUMULADA DEL CONTRATO POR RUBRO PRESUPUESTAL:
(solo se diligencia cuando es pago único y/o final)

Registro de Disponibilidad presupuestal	Rubro presupuestal	Valor total registro por cada rubro (A)	Valor ejecutado incluyendo este acta (B)	Valor ajuste (C) (C = A - B)	Autoriza ajuste	
					SI	NO
01-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

10. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA** **SECRETARIA DE SALUD**

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LINA MARCELA MONTOYA MEJIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ANGELA MARIA ARROYAVE TECNICA EN SALUD SECRETARIA DE SALUD

Los aquí firmantes manifestamos que hemos leído y revisado toda la información que obra en el documento, la cual se encuentra ajustada a la ley, por lo que se presenta para la firma del Ordenador del Gasto.

Nombre Supervisor Contrato	ANGELA MARIA ARROYAVE
Correo electrónico:	Angela.arroyave@envigado.gov.co – lina.montoya@envigado.gov.co

11. NOTAS

Notas.

- *La información y firmas de elaboró, Revisó y aprobó son obligatorias.*
- *Cualquier modificación al formato de esta acta establecida en el SGI será objeto de devolución de la CxP.*
- *Los campos que no se requieran ser diligenciados colocar N/A no aplican.*
- *La guía de diligenciamiento se encuentra en G+ AR-G-052*

12. REPORTE BIENES

Registro de Entradas y Salidas de Bienes

Nombre de Funcionario que Reporta		**Número Documento Entrada**	
		Número Documento de Salida	

Aplica para contratos de obra y compras