	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN		
	Código: GAD-ABS-FM009	Versión: 03	Fecha de emisión: 03/07/2020

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**Distribuidora y Comercializadora DIZAR LTDA**	**NIT/ CC No.**	**830.072.417-7**
CORREO ELECTRÓNICO	info@dizar.net	**TELÉFONO**	**(571) 4661952**
TIPO DE CONTRATO	**Suministro**		**N/A**
No. CONTRATO	**732 de 2020**	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	**19 días**
OBJETO DEL CONTRATO	SUMINISTRAR ESTÁNDARES Y MATERIAL DE REFERENCIA CERTIFICADOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ANALÍTICAS DE LOS LABORATORIOS DE LA OFICINA DE LABORATORIOS Y CONTROL DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA. GRUPO 4		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**25/11/2020**	**FECHA DE INCIO**	**30/11/2020**	**FECHA DE TERMINACIÓN**	**18/12/2020**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 127.703.418**	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	**$ 127.703.418**	**VALOR A PAGAR**	**$ 127.703.418**
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	**$ 0**	**VALOR PAGADO**	**$ 127.703.418**	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	**PAGO 1**
TIPO DE PAGO	FINAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	**101482**	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	**11 de diciembre al 15 de diciembre de 2020**
BANCO	**Bancolombia**	**TIPO DE CUENTA**	**Corriente**	**No DE CUENTA**	**03550619507**

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)

N/A

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**	SI	
SGSSI	SI	**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	N/A	**Otros. Cuales?**	N/A	

N/A

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

NÚMERO DE PLANILLA	**47265395**

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD
SALUD	**12/2020**	**10/12/2020**	**$ 48.000,00**	**Salud Total EPS**
SALUD	**12/2020**	**10/12/2020**	**$ 108.000,00**	**Sanitas EPS**
SALUD	**12/2020**	**10/12/2020**	**$ 920.400,00**	**Compensar EPS**
SALUD	**12/2020**	**10/12/2020**	**$ 224.000,00**	**EPS Sura**
SALUD	**12/2020**	**10/12/2020**	**$ 52.000,00**	**Famisanar EPS**
PENSIÓN	**11/2020**	**10/12/2020**	**$ 1.177.700,00**	**Protección (ING+Protección)**
PENSIÓN	**11/2020**	**10/12/2020**	**$ 896.100,00**	**Porvenir**
PENSIÓN	**11/2020**	**10/12/2020**	**$ 1.436.500,00**	**Colfondos**
PENSIÓN	**11/2020**	**10/12/2020**	**$ 1.929.300,00**	**Colpensiones**
CAJA DE COMPENSASIÓN	**11/2020**	**10/12/2020**	**$ 1.352.400,00**	**Compensar Caja**
ARL	**11/2020**	**10/12/2020**	**$ 168.000,00**	**Positiva Seguros**

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 EJECUCION 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-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**DD**	**MM**	**AA**	
	15	12	2020	

DIANA LUCÍA MESA LAUTERO

Coordinadora del Grupo de Laboratorio de Productos Biológicos

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
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-ABS-MN002.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
invima	**EVALUACION DE PROVEEDORES**	
	Código: GAD-ABS-FM023 | Versión: 01	Fecha de Emisión: 26/05/2020

NOMBRE DEL PROVEEDOR	**Distribuidora y Comercializadora Dizar LTDA**	**FECHA DE EVALUACIÓN**	**D**	**M**	**A**
			15	12	2020
NIT O C.C. No.	**830.072.417-7**	**PERIODO EVALUADO (si aplica)**	**Desde**		**Hasta**
			11/12/2020		15/12/2020
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**732 25/11/2020**				
FECHA ACTA DE INICIO	**30/11/2020**				
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	info@dizar.net				
DIRECCIÓN Y TELEFONO	**Av. Cra. 70 No. 105-33 / (571) 4661952**				
OBJETO DEL CONTRATO	SUMINISTRAR ESTÁNDARES Y MATERIAL DE REFERENCIA CERTIFICADOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ANALÍTICAS DE LOS LABORATORIOS DE LA OFICINA DE LABORATORIOS Y CONTROL DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA. GRUPO 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)	4
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	N/A

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

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: Ninguna

Observaciones: Cumple con todos los ofrecimientos, condiciones y términos de la propuesta que hacen parte integral del contrato, junto con todas las especificaciones técnicas mínimas requeridas por el Instituto.

DIANA LUCÍA MESA LAUTERO
Coordinadora Grupo de Laboratorio de Productos Biológicos

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-ABS-MN002 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-ABS-MN001.

DIZAR LTDA.
DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA
NIT. 830.072.417-7

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES A LOS SISTEMAS DE SALUD, PENSIONES, ARP Y OBLIGACIONES PARAFISCALES

Con la presente certifico que la empresa **DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA DIZAR LTDA. Nit. 830.072.417-7**, ha cumplido los últimos **seis meses** con las obligaciones a los sistemas de salud, pensiones, ARP y aportes a las cajas de compensación familiar COMPENSAR, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y SENA, de acuerdo al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828 de 2003; a la fecha se encuentra a Paz y Salvo por estos conceptos.

Nota: excluidos pago aportes parafiscales ICBF Y SENA según la ley 1607 de 2012.

Dado en Bogotá D.C, a los 11 días del mes de diciembre de 2020.

CARLOS ORLANDO NIETO BALLEN
C.C. 79.578.109
T.P. 184864 – T
REVISOR FISCAL

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	830072417-7	Distribuidora y Comercializadora DIZAR LTDA	Av Cra 70 # 105-33	5339969	info@dizar.net	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-11	E	10/12/2020	47265395	$8,312,400	

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	48.000	0		0		0	0	0	0	48.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	108.000	0		0		0	0	0	0	108.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	920.400	0		0		0	0	0	0	920.400	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	224.000	0		0		0	0	0	0	224.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.177.700	0	0	0	0	0	0		1.177.700	5
230301	Porvenir	800224808-8	896.100	0	0	0	0	0	0		896.100	2
231001	Colfondos	800227940-6	1.351.800	0	0	42.300	42.300	0	0		1.436.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.842.100	0	0	43.600	43.600	0	0		1.929.300	2

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	168.000				168.000	0	0	168.000			1.680	168.000	11

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.352.400	0	0	1.352.400	11

PAGADA
47265395

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	830072417-7	Distribuidora y Comercializadora DIZAR LTDA		Av Cra 70 # 105-33	5339969	info@dizar.net
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-11	E	10/12/2020	47265395	$8,312,400	

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	Estudiante	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1012343789	RINCON CALDERON RUTH MERY	1	0			S								X								230201	2,162,015	346,000	0	0	0	0	EPS008	2,162,015	86,500	14-23	2,162,015	1	11,300	CCF24	2,162,015	86,500	0	0	0	0	0
2	CC	1018479380	SOLANO GALARZA SERGIO ANDRES	1	0			S								X								230201	1,500,000	240,000	0	0	0	0	EPS005	1,500,000	60,000	14-23	1,500,000	1	7,900	CCF24	1,500,000	60,000	0	0	0	0	0
3	CC	1020821758	ORDUÑA GARZON DEISY JOHANA	1	0			S								X								230201	1,297,765	207,700	0	0	0	0	EPS017	1,297,765	52,000	14-23	1,297,765	1	6,800	CCF24	1,297,765	52,000	0	0	0	0	0
4	CC	1030535530	REINA RODRIGUEZ DIANA MILENA	1	0			S																230301	2,800,000	448,000	0	0	0	0	EPS010	2,800,000	112,000	14-23	2,800,000	1	14,700	CCF24	2,800,000	112,000	0	0	0	0	0
5	CC	38632544	ACEVEDO TORRES MARLENY	1	0			S																230301	1,306,667	209,100	0	0	0	0	EPS008	1,306,667	52,300	14-23	1,306,667	1	6,900	CCF24	1,306,667	52,300	0	0	0	0	0
6	CC	38632544	ACEVEDO TORRES MARLENY	1	0			S										X						230301	1,493,334	239,000	0	0	0	0	EPS008	1,493,334	59,800	14-23	1,493,334	1	0	CCF24	1,493,334	59,800	0	0	0	0	0
7	CC	41551685	PARRA PARRA MARIA DEL CARMEN	1	3			S																	0	0	0	0	0	0	EPS008	877,803	35,200	14-23	877,803	1	4,600	CCF24	877,803	35,200	0	0	0	0	0
8	CC	51798126	SANCHEZ CAMARGO CONSTANZA ELENA	1	0			S																25-14	2,800,000	448,000	0	0	0	0	EPS010	2,800,000	112,000	14-23	2,800,000	1	14,700	CCF24	2,800,000	112,000	0	0	0	0	0
9	CC	51922815	DIAZ LEMUS LILIANA	1	0			S								X								25-14	8,712,803	1,394,100	0	0	43,600	43,600	EPS008	8,712,803	348,500	14-23	8,712,803	1	45,500	CCF24	8,712,803	348,500	0	0	0	0	0
10	CC	52884422	VARGAS URREA NELCY LILIANA	1	0			S																230201	1,200,000	192,000	0	0	0	0	EPS005	1,200,000	48,000	14-23	1,200,000	1	8,300	CCF24	1,200,000	48,000	0	0	0	0	0
11	CC	80818070	PULIDO AMAYA FABIO AUGUSTO	1	0			S																230201	960,000	153,600	0	0	0	0	EPS002	960,000	38,400	14-23	960,000	1	5,100	CCF24	960,000	38,400	0	0	0	0	0
12	CC	80818070	PULIDO AMAYA FABIO AUGUSTO	1	0			S										X						230201	240,000	38,400	0	0	0	0	EPS002	240,000	9,600	14-23	240,000	1	0	CCF24	240,000	9,600	0	0	0	0	0
13	CC	94527374	AVILA VALENCIA FABIAN ANDRES	1	0			S								X								231001	8,449,102	1,351,900	0	0	42,300	42,300	EPS008	8,449,102	338,000	14-23	8,449,102	1	44,200	CCF24	8,449,102	338,000	0	0	0	0	0

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	830072417-7	Distribuidora y Comercializadora DIZAR LTDA		Av Cra 70 # 105-33	5339969	info@dizar.net	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	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
					11	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-11	E	10/12/2020	47265395	$8.312.400	

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	1.352.400	1.352.400
Pensión	4	5.439.600	5.439.600
Riesgos Laborales	1	168.000	168.000
CCF	1	1.352.400	1.352.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	8.312.400	8.312.400

PAGADA

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

DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA DIZAR LTDA

NIT : 830,072,417 - 7
AK 70 105 33
BOGOTA - COLOMBIA
0314661952 4661949
info@dizar.net
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4659 Tarifa 11,04

Cliente	INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS		
NIT	830,000,167 - 2	**Teléfono**	2948700
Dirección	CR 68 D 17 11	**Vendedor**	INVESTIGAC
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	INVIMAGR@INVIMA.GOV.CO		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° 101482

Fecha y Hora de Factura

Generación	2020-12-11	11:09:51
Expedición	2020-12-11	11:10:10
Vencimiento	2020-12-11	

Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1050030000074	Factor IX Concentrado- vial - NIBSC		4.00	770,000.00	3,080,000.00
9999999999	99999999 F.V :		4.00		
1050030000044	St Heparina- vial - NIBSC		3.00	770,000.00	2,310,000.00
	F.V :		.00		
1050030000154	St fibrinogeno -Vial-NIBSC		2.00	770,000.00	1,540,000.00
9999999999	99999999 F.V :		2.00		
1050030000056	Factor Von Willebrand- vial - NIBSC		4.00	770,000.00	3,080,000.00
	F.V :		.00		
1050030000055	Factor VIII- vial - NIBSC		7.00	688,600.00	4,820,200.00
	F.V :		.00		
1050030000047	Fiebre Amarilla- vial - NIBSC		6.00	756,000.00	4,536,000.00
	F.V :		.00		
1050030000052	Vacuna Sarampion- vial - NIBSC		6.00	756,000.00	4,536,000.00
	F.V :		.00		
1050030000050	Vacuna Parotiditis- vial - NIBSC		4.00	756,000.00	3,024,000.00
	F.V :		.00		
1050030000053	Anti Rubeola- vial - NIBSC		3.00	780,000.00	2,340,000.00
	F.V :		.00		
1050030000054	Anti Sarampion- vial - NIBSC		3.00	780,000.00	2,340,000.00
	F.V :		.00		
1050030000143	Anti varicela zoster - Vial - NIBSC		3.00	780,000.00	2,340,000.00
9999999999	99999999 F.V :		3.00		
1050030000152	St Vacuna Polio -Vial-NIBSC		4.00	780,000.00	3,120,000.00
9999999999	99999999 F.V :		4.00		
1050030000049	Vacuna BCG - vial - NIBSC		4.00	780,000.00	3,120,000.00
	F.V :		.00		
1050025000043	Human immunoglobulin BRP 700 mg - EDQM	MGM	3.00	1,110,000.00	3,330,000.00
9999999999	99999999 F.V :		3.00		
1050030000136	Insulina CRS- Vial 8mg- EDQM		2.00	1,110,000.00	2,220,000.00
9999999999	99999999 F.V :		2.00		
1050030000145	Insulina (Bovina) CRS - Vial - EDQM		4.00	998,000.00	3,992,000.00
9999999999	99999999 F.V :		4.00		
1050030000146	Insulina (Porcina) CRS - Vial - EDQM		4.00	998,000.00	3,992,000.00
9999999999	99999999 F.V :		4.00		

Firma Elaborado por : DEISY ORDUÑA

Firma Recibido

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

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. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18763003775947 **aprobado en** 2020-01-30 **vigente** 18 Meses, **prefijo desde el número** 100001 **al** 200000

CUFE :3d3062901a7aa84af5d98a89b8ee7469914c879885827f45b43b5d187dc4aec17714f2904e05cc131ace69e9d7082773

ORIGINAL

DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA DIZAR LTDA

NIT : 830,072,417 - 7
AK 70 105 33
BOGOTA - COLOMBIA
0314661952 4661949
info@dizar.net
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4659 Tarifa 11,04

Cliente	INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS		
NIT	830,000,167 - 2	**Teléfono**	2948700
Dirección	CR 68 D 17 11	**Vendedor**	INVESTIGAC
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	INVIMAGR@INVIMA.GOV.CO		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N°
101482

Fecha y Hora de Factura

Generación	2020-12-11	11:09:51
Expedición	2020-12-11	11:10:10
Vencimiento	2020-12-11	

Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1050030000147	Insulina Lispro CRS - Vial - EDQM		4.00	998,000.00	3,992,000.00
9999999999	99999999 F.V :		4.00		
1050030000148	Insulina Asparta CRS - Vial - EDQM		5.00	1,110,000.00	5,550,000.00
9999999999	99999999 F.V :		5.00		
1050030000149	Insulina Glargina CRS - Vial - EDQM		5.00	1,120,000.00	5,600,000.00
9999999999	99999999 F.V :		5.00		
1050030000137	Human coagulacion Factor IX- Vial 10mg- EDQM		5.00	1,120,000.00	5,600,000.00
9999999999	99999999 F.V :		5.00		
1050030000151	Interferon Beta1-a estandar Ref -Vial -EDQM		5.00	1,120,000.00	5,600,000.00
9999999999	99999999 F.V :		5.00		
1050030000153	Ac mono Poliovirus tipo 1-IPV Elisa MABs-NIBSC		3.00	1,300,000.00	3,900,000.00
9999999999	99999999 F.V :		3.00		
1050030000155	Ac mono Poliovirus tipo 2-IPV Elisa MABs-NIBSC		3.00	1,300,000.00	3,900,000.00
9999999999	99999999 F.V :		3.00		
1050030000156	Ac mono Poliovirus tipo 3-IPV Elisa MABs-NIBSC		3.00	1,300,000.00	3,900,000.00
9999999999	99999999 F.V :		3.00		
1050030000138	Hepatitis A Vacuna BRP- Vial 1ml- EDQM		3.00	1,300,000.00	3,900,000.00
9999999999	99999999 F.V :		3.00		
1050030000134	Hepatitis A Vacuna Elisa- Vial 295ul- EDQM		3.00	1,110,000.00	3,330,000.00
9999999999	99999999 F.V :		3.00		
1050030000135	Hepatitis A Virus Elisa- Vial 1ml- EDQM		3.00	1,110,000.00	3,330,000.00
9999999999	99999999 F.V :		3.00		
1050001000032	Vero Kidney African Green Monkey - ATCC		1.00	5,940,000.00	5,940,000.00
70016956	70016956 F.V :		1.00		

Total Bruto	108,262,200.00
IVA	19,441,218.00
RTE FTE	2,706,555.00
Retenc. ICA	1,195,214.69
Total a Pagar	**$ 123.801.648,31**

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit 830.048.145-8

CONDICION DE PAGO

Credito Contado Efectivo 123.801.648,31 Cuota 1 Vence el 2020-12-11

Firma Elaborado por : DEISY ORDUÑA

Firma Recibido

CIIU. 4669-4659-4664 tarifa ICA 11.04 x 1000 Favor consignar y endosar a: DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA DIZAR LTDA- Bancolombia Cta Cte No 03550619507 - Banco de Bogota Cta Cte No 081-164055 - Formato recaudo nacional.

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. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18763003775947 **aprobado en** 2020-01-30 **vigente** 18 Meses, **prefijo desde el número** 100001 **al** 200000

CUFE :3d3082901a7aa84af5d98a89b8ee7469914c879885827f45b43b5d187dc4aec17714f2904e05cc131ace69e9d7082773

ORIGINAL

DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA DIZAR LTDA

NIT : 830,072,417 - 7
AK 70 105 33
BOGOTA - COLOMBIA
0314661952 4661949
info@dizar.net
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4659 Tarifa 11,04

Cliente	INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS		
NIT	830,000,167 - 2	**Teléfono**	2948700
Dirección	CR 68 D 17 11	**Vendedor**	INVESTIGAC
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	INVIMAGR@INVIMA.GOV.CO		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° 101482

Fecha y Hora de Factura

Generación	2020-12-11	11:09:51
Expedición	2020-12-11	11:10:10
Vencimiento	2020-12-11	

Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total

VALOR EN LETRAS

Ciento Veintitres Millones Ochocientos Un Mil Seiscientos Cuarenta Y Ocho Pesos Mcte Con 31/100

OBSERVACIONES

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit 830.048.145-8

Firma Elaborado por : DEISY ORDUÑA

Firma Recibido

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. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18763003775947 **aprobado en** 2020-01-30 **vigente** 18 Meses, **prefijo desde el número** 100001 **al** 200000

CUFE 3d3082901a7aa84af5d98a89b8ee7469914c879885827f45b43b5d187dc4aec17714f2904e05cc131ace69e9d7082773

ORIGINAL

Certificado Bancario

Jueves, 12 de Noviembre de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA DIZAR LTDA identificado(a) con NIT 830072417, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	03550619507	2009/06/04	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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario DE COLOMBIA

Es el momento

DIZAR LTDA.
DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA
NIT. 830.072.417-7
20 Años

Bogotá, D.C. 10 de Diciembre de 2020

Señores
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA
Atn. Dra Diana Mesa
Supervisora CONTRATO DE SUMINISTRO No. 732
Bogotá D.C.

Ref: Selección Abreviada mediante Subasta Inversa Electrónica No. 027 de 2020 - Grupo 4 Estándares de referencia para el Laboratorio de Productos Biológicos Contrato de Suministros No. 732 de 2020

Respetados Señores

Presentamos el informe de actividades correspondiente a las entregas realizada presentamos el informe de actividades correspondiente a las entregas realizadas del contrato de suministro No. 732

- Entrega fecha 11 de Diciembre de 2020. Se realiza entrega de los ítems completos del contrato enunciado, que se relacionan a continuación, con sus respectivas fichas técnicas.

Ítem	BIEN, SERVICIO O SUMINISTRO A ADQUIRIR (Nombre y especificaciones técnicas Básicas)	PRESENTACION	CANTIDAD TOTAL
1	Estándar Factor IX NIBSC (14/148)	Vial	4
2	Estándar Heparina No Fraccionada NIBSC (07/328)	Vial	3
3	Estándar Fibrinógeno NIBSC (09/242)	Vial	2
4	Estándar Factor VON WILLEBRAND NIBSC (09/182)	Vial	4
5	Estándar Factor VIII NIBSC (07/350)	Vial	7
6	Estándar 99/616 fiebre amarilla (First International Standard for Yellow Fever Vaccine NIBSC code: 99/616)	Ampolla	6
7	Estándar Vacuna sarampión (NIBSC 92/648)	Ampolla	6
8	Estándar Vacuna parotiditis (NIBSC 90/534)	Ampolla	4
9	Antisuero-Rubeola (NIBSC 67/182)	Ampolla	3
10	Anti sarampión (NIBSC 97/648)	Ampolla	3

DIZAR LTDA.
DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA
NIT. 830.072.417-7
20 Años

11	Anti varicela zoster	Ampolla	3
12	Estándar vacuna polio (NIBSC 12/104)	Ampolla	4
13	Estándar de vacuna BCG NIBSC (07/274)	Ampolla	4
14	Inmnunoglobulina Humana (Molecular size) BRP Batch 2.EDQM. Code Y0000488	Frasco x 10 ml	3
15	Estándar EDQM Insulina humana CRS Cod. I0310000 Batch 5.	Vial x 7.47 mg	2
16	Insulina (Bovina) CRS EDQM Cod. I0305000 Batch 3	Vial x 7,99 mg	4
17	Insulina (Porcina) CRS EDQM Cod. I0320000 Batch 5	Vial x 9,2 mg	4
18	Insulina Lispro CRS EDQM Cod. Y0000348 Batch 3	Vial x 5.68 mg	4
19	Insulina Asparta CRS EDQM Cod. Y0000349 Batch 3	Vial x 8 mg	5
20	Insulina Glargina CRS EDQM Cod. Y0001542 Batch 5	Vial x 15 mg	5
21	Estándar EDQM factor IX de Coagulación (rDNA) CRS	Vial x 10 mg	5
22	Interferón Beta 1-a estándar de referencia EDQM CRS	Vial x 0, 320 mg/mL	5
23	Anticuerpos Monoclonales poliovirus tipo 1-IPV Elisa MABs (Recubrimiento de placas) (NIBSC 234)	Ampolla	3
24	Anticuerpos Monoclonales poliovirus tipo 2-IPV Elisa MABs (Recubrimiento de placas) (NIBSC 1050)	Ampolla	3
25	Anticuerpos Monoclonales poliovirus tipo 3-IPV Elisa MABs (Recubrimiento de placas) (NIBSC 520)	Ampolla	3
26	Vacuna Hepatitis A (inactivada no adsorbida) BRP EDQM Cod. Y0001192	Viales	3
27	Set de anticuerpos para detección de vacunas de Hepatitis A por ELISA – BRR- EDQM Cod. Y0001623	Viales	3
28	Reactivo para ELISA de vacunas de Hepatitis A – BRP – EDQM Cod. Y0001624	Viales	3
29	Vero (ATCC® CCL-81™)	Vial	1

Liliana Diaz
C.C. # 51.922.815
Representante Legal Distribuidora y Comercializadora Dizar Ltda
Nit: 830072417-7
Ciudad: Bogota