1. TIPO DE INFORME
INFORME PARCIAL X informe Número I INFORME FINAL
PERÍODO DEL INFORME: (17 / 02 / 2023) VISITA 1/3
2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN
Contrato No. CAO-010-2023
Nombre Del Contratista: BIO-COM S.A.S
Identificación del Contratista: NIT 830014222 - 0
Nombre del Supervisor: SAMIRA DINAS POSSÚ
Objeto del Contrato: realización de mantenimiento preventivo para el equipo de terapia Electroconvulsiva, el cual consiste en la revisión, verificación, ajustes y definición de piezas a cambiar para el correcto funcionamiento del equipo de acuerdo a parámetros del fabricante.
Fecha de Inicio: 03 / 03 / 2023
Fecha de terminación: 31 / 12 / 2023
Valor contrato: $ 2.950.427 DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTISIETE M/CTE
Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 230052
Número de Registro Presupuestal: 230052

GARANTIAS APROBADAS	SI	NO	NO APLICA
POLIZA CUMPLIMIENTO			X
POLIZA DE CALIDAD			
POLIZA DE PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES			
POLIZA DE ESTABILIDAD DE OBRA			
POLIZA DE BUEN MANEJO DEL PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO			
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
PAGARÉ DE RESPALDO			
ARTÍCULO 44. Estatuto Interno Contratación. GARANTÍA PRESUNTA.	X		

(En caso de tener anticipo, diligencie la siguiente información):

PAGO ANTICIPADO: SI___ NO___ VALOR: $

ANTICIPO: SI___ NO __ VALOR: $

ENTIDAD DONDE SE CONSTITUYE FIDUCIA PARA PAGO DE ANTICIPO: _____

EN CASO DE PAGO DE ANTICIPO DISCRIMINAR LA EJECUCIÓN DEL PAGO: _____

3. MODIFICACIONES AL CONTRATO

ADICIONES EN VALOR $_____ N/A____

PRORROGA EN TIEMPO: _____ N/A____

FECHA DE LA ADICIÓN Y/O PRORROGA: _____

4. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA PARA EL PERIODO
Desarrollar el contenido del objeto del contrato conforme a un cronograma, el cual deberá ser previamente aprobado por el supervisor del contrato.	X		
Cumplir con las condiciones técnicas, económicas y financieras contenidas en la propuesta.	X		
Garantizar la calidad de conformidad con lo acordado en el contrato y la cotización presentada.	X		
Permitir a la entidad contratante, realizar la revisión de los elementos objeto del contrato durante la prestación del mismo.	X		
Proveer los materiales para la prestación del servicio	X		
Atender las sugerencias que el CONTRATANTE y el supervisor consideren convenientes y pertinentes para la ejecución del objeto del contrato.	X		
Informar al supervisor del contrato sobre todas las circunstancias que afecten el desarrollo de las labores contratadas; en todo caso el CONTRATISTA se obliga a cumplir cada una de las obligaciones de conformidad a la propuesta presentada.	X		
Proveer los bienes, de óptima calidad y de conformidad a las normas técnicas y de calidad del servicio.	X		
Cumplir con el pago de los aportes parafiscales cuando a ello haya lugar de conformidad el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y demás normas que reglamenten la materia. Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.	X		
Presentar la factura para el pago, oportunamente y con los soportes correspondientes.	X		

5. EJECUCIÓN CONTRACTUAL			
FECHA FACTURA	**VALOR FACTURA O CUENTA DECOBRO**	**PORCENTAJE DE AVANCE**	**SALDO DE EJECUCIÓN**
07/03/2023	$ 983.476	33,33 %	$ 1.966.951

6. INFORME TECNICO
RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS: Se recibe a entera satisfacción por parte del HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E, los bienes y/o servicios con base en las condiciones establecidas en el Contrato. CAO-010-2023 y que a continuación se describen: Mantenimiento preventivo para el equipo de terapia Electroconvulsiva, el cual consiste en la revisión, verificación, ajustes y definición de piezas a cambiar para el correcto funcionamiento del equipo de acuerdo a parámetros del fabricante.
7. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES AL CONTRATISTA: **NO APLICA**

8. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL			
ITEM	**PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO** AÑO – MES	**FECHA DE PAGO** AÑO – MES – DÍA	**CUMPLE SI/NO**
PENSION	2023-03	2023-03-02	SI
SALUD	2023-03	2023-03-02	SI
RIESGOS LABORALES	2023-03	2023-03-02	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	2023-03	Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio)	

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME
NOMBRE: SAMIRA DINAS POSSU **CARGO:** LÍDER DE PROGRAMA GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN **FIRMA** Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E. Samira Dinas Possu C.C. 34.508.590 ENFERMERA RUN 06596 LÍDER PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN
Fecha presentación (31/03/2023)