1. TIPO DE INFORME
INFORME PARCIAL X informe Número II INFORME FINAL
PERÍODO DEL INFORME: (16 / 06 / 2023) VISITA 2/3
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			X
POLIZA DE PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES			X
POLIZA DE ESTABILIDAD DE OBRA			X
POLIZA DE BUEN MANEJO DEL PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO			X
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			X
PAGARÉ DE RESPALDO			X
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**
20/06/2023	$ 983.476	50 %	$ 983.475

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	2023-05	2023-31-05	SI
SALUD	2023-05	2023-31-05	SI
RIESGOS LABORALES	2023-05	2023-31-05	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	2023-05	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 Possú C.C. 34.588.590 ENFERMERA RUN 06596 LÍDER PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN
Fecha presentación (30/06/2023)

BioCom
Soluciones confiables y eficientes para la salud

Factura Electrónica de Venta E - 4266

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764049356202 de 23/05/2023 - 23/05/2024 autoriza E-4257 a E-4600

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	20/06/2023 17:13
Fecha de Vencimiento	20/07/2023 17:13
Fecha de Validación	20/06/2023 17:17
Forma de Pago	Crédito 30 DÍAS
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP
Orden de Compra	Contrato No. CAO-010-2023

BIO-COM SAS NIT 830014222
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	BIO-COM SAS
NIT	830014222
Obligación	IVA
Email	auxiliaradmonbio@gmail.com
Teléfono	3112850646
Dirección	CL 23 A 75 81
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E
NIT	890304155
Obligación	IVA
Email	ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co
Teléfono	3223232
Dirección	CALLE 5 No. 80-00
Ciudad, Depart.	CALI, VALLE DEL CAUCA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	MTTO	Segunda visita de mantenimiento preventivo para el equipo de Terapia Electriconvulsiva marca Somatics SN/44548, de acuerdo con contrato No. CAO-010-2023 y reporte 7827	1	EA	$826,450.00	IVA 19%	$826,450.00	$983,476.00

1

H. Psiquiatrico
2023-06-21 08:34
Anexos:0 - Folios:2
Rad. FAC2023000361

ASUNTO: FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° E-4266
REMITE: BIO-COM SAS
DESTINATARIO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQ - YECICA NARAI
RADICADA: CAROLINA VIAFARA CASARAN

Subtotal	$826,450.00
IVA 19%	$157,026.00
Total a Pagar	**$983,476.00**

Una vez efec ... dentro de los siguientes Tres días hábiles al correo auxiliaradmo
Por favor con ... Caja Social a nombre de Bio-Com
Unidades de me

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: af69768395d69f820efc8352de036106abcc14957ec64b4b7bb2661f783e0c3a5576d4955ee5bbd24cfc73814288e0e5
Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

BioCom

Soluciones confiables y eficientes para la salud

REPORTE No. 7827

EQUIPO/ITEM:	TEC	MARCA/AREA:	Somatics	MODELO:	Thymatron IV
		INSTITUCION:	Hospital Universitario psiquiátrico del valle	CIUDAD:	Cali
SERIE/REF.:	44548			CONTACTO:	sala de TEC
FECHA:	2023-06-16	CODIGO CTE.:	81	O.T No	2209

PROBLEMAS REPORTADOS/MOTIVO:

Mantenimiento preventivo general

REPARACIONES EFECTUADAS/ACCIONES:

Chequeo de funciones de acuerdo a especificaciones del fabricante y protocolo de mantenimiento número 24, se realizan pruebas de entrega de energía con instrumento Ectobrain ok, se observa que han tomado medidas correspondientes a la limpieza del equipo ya que se encuentra en buenas condiciones de limpieza, sin embargo en cuanto al manejo de los cables y accesorios se observa un estado de trato del cable de monitoreo que puede requerir cambio del mismo en corro tiempo, se sugiere revisar esta condición y tener un cable de respaldo, así mismo se revisa el cable de estímulo (usado) el cual esta en buen estado y se verifica uno nuevo que estaba en almacén el cual también esta en buen estado, el que se entregó con el equipo se identifica que tiene discontinuidad posiblemente por las condiciones de uso, entendiendo que por políticas de la institución hay una rotación del personal que usa el equipo, se sugiere establecer una condiciones de control en entrega y recepción del equipo al personal (residentes) que lo usa. Se observa que el papel que usan y tal como se había indicado en el mantenimiento anterior, no es el apropiado, además de que no imprime la información completa, tiene un consumo mayor de hojas por impresión, podría ocasionar daños en la impresora por lo cual es necesario el uso del papel adecuado. Se observa guía rápida y manual en formato digital en el PC, se sugiere tener un kit de latiguillos de respaldo, equipo se entrega en las condiciones físicas y de funcionamiento mencionadas

REPUESTOS UTILIZADOS/ELEMENTOS UTILIZADOS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1 sello de seguridad 1 par de guantes 1 tapabocas		

VALOR H/H SEGÚN MODALIDAD DE CONTRATO/CENTRO COSTO	DETALLE HORAS DE TRABAJO	VALOR TOTAL M.O

ENTREGA:

RECIBE:

Calle 23A No. 75-81, Bogotá • Tel.: (1) 6950730 • Cel.: 3112850730 • biocomanora@gmail.com

Editar con WPS Office

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830014222
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BIO-COM S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 23 A 75 - 91	TELÉFONO:	6850730
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinari
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7879930611		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/05/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2109569413

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 368.000	$ 0	$ 368.000
SUBTOTALES:										**$ 368.000**	**$ 0**	**$ 368.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 252.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 252.000	$ 0	$ 0	$ 252.000
SUBTOTALES:													**$ 252.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 252.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 65.900	$ 65.900	$ 0	$ 0	$ 65.900
SUBTOTALES:									**$ 65.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 65.900**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	2	$ 252.000	$ 0	$ 252.000
SUBTOTALES:			**$ 252.000**	**$ 0**	**$ 252.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD								ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1033709345	PASION HERRERA JULIETH ANDREA	DEPEND		$ 2.300.000	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.300.000	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.300.000	$ 92.000	$ 0	$ 92.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.300.000		$ 24.100	30	$ 2.300.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 19416536	RONCANCIO LOPEZ JULIO CESAR	DEPEND.	REG CAMPENS	$ 4.000.000	FIJO			SI																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS008-COMPENSAR	30	$ 4.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 160.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 4.000.000		$ 41.800	30	$ 4.000.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 937.900

Planilla Pagada
SOI