

 Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIEN O SERVICIO				CODIGO: FOR-DES-11	
					VERSION: 02	
					VIGENCIA: SEPTIEMBRE DE 2020	

FECHA :	DD	MM	AA
	27	12	2023

PROVEEDOR:	BIOCOM	NIT - C.C N° 830014222
------------	--------	------------------------

OBJETO CONTRACTUAL:	El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E requiere la compra de un equipo biomédico – maquina de anestesia para la aplicación de anestesia y relajación en la realización del procedimiento de terapia Electroconvulsiva.
---------------------	--

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	ORDEN DE SERVICIO	ORDEN DE COMPRA	ACOC-135-2023	CONTRATO
-------------------------------	-------------------	-----------------	---------------	----------

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0 - 100 PTOS)			
DETALLE	VALOR EN %	OBSERVACIONES	
<u>CALIDAD</u> Cantidad aceptada / Cantidad total recibida	100%	El trabajo realizado cumple los objetivos del contrato.	
<u>CANTIDAD</u> Cantidad entregada/ Cantidad solicitada	100%	El trabajo realizado cumple los objetivos del contrato.	
<u>OPORTUNIDAD</u> Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada	100%	El trabajo realizado cumple los objetivos del contrato.	
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN	100%		
CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI X NO	VALOR AUTORIZADO A PAGAR \$ 15.856.274	

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO	
\$ 115.088.589	E 4307	20/09/2023	\$ 15.856.274	\$ 99.232.315	
\$ 99.232.315	E 4317	10/10/2023	\$ 15.266.510	\$ 83.965.805	
\$ 83.965.805	E 4342	20/11/2023	\$ 22.899.765	\$ 61.066.040	
\$ 61.066.040	E4356	19/12/2023	\$ 22.899.766	\$ 38.166.274	
\$ 38.166.274	E4359	27/12/2023	\$ 38.166.275	\$ (1)	
			SALDO	\$ (1)	

LISTA DE CHEQUEO PARA EL AREA FINANCIERA			
DESCRIPCIÓN	MARQUE SI ANEXA DOCUMENTO EN FISICO	MARQUE SI EL DOCUMENTO ESTÁ ESCANEADO	OBSERVACIONES
ORDEN DE LIQUIDACIÓN O CAUSACIÓN			N/A
CUENTA DE COBRO / FACTURA ORIGINAL	X		N° E 4359
ENTRADA ALMACÉN			N/A
ACTO ADMINISTRATIVO			N/A
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA			N/A
ORDEN DE COMPRA			N/A
ORDEN DE SERVICIO			N/A
CONTRATO		X	ACOC-135-2023
POLIZAS			N/A
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		X	230272
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X		
REGISTRO PRESUPUESTAL		X	230425

CONSTANCIA DE RECIBO ALMACEN ACTIVOS			N/A
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO REQUISITOS TECNOLOGICOS			N/A
ACTA DE AVANCE O LIQUIDACIÓN			SI CUMPLE
PRESENTA AVANCES O CIERRE DE NO CONFORMIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA DERIVADA DE LA AUDITORIA A PROVEEDORES			SI CUMPLE
CUMPLE CON EL SST, DOTACIÓN Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y			SI CUMPLE
CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS AMBIENTALES QUE LE APLICAN			SI CUMPLE
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA EL BIEN O SERVICIO:			
SAMIRA DINAS POSSU SUPERVISOR <i>Samira Dinás Possu</i>			

Tipo de Operación
Fecha de Generación
Fecha de Vencimiento
Fecha de Validación
Forma de Pago
Medio de Pago
Moneda
Orden de Compra

Estandar
27/12/2023 10:26
27/12/2023 10:26
27/12/2023 16:07
Contado
Consignación bancaria
COP
A-COC-135-2023



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	EPAD	Electrodos desechables para estimulación Thymapads par caja X100U	5	EA	\$4,700,000.00	IVA 19%	\$23,500,000.00	\$27,965,000.00
2	VENT	Protector Bucal desechable para adulto para Tec Bolsa X 100U	5	EA	\$1,714,500.00	IVA 19%	\$8,572,500.00	\$10,201,275.00

Subtotal \$32,072,500.00
IVA 19% \$6,093,775.00

Total a Pagar \$38,166,275.00

Una vez efectuado el pago, por favor enviar el respectivo soporte de pago dentro de los siguientes Tres días hábiles al correo auxiliaradmonbio@gmail.com

Por favor consignar en la cuenta de Ahorros No. 24008558369 de Banco Caja Social o cuenta de Ahorros No. 250-000027-64 de Bancolombia, a nombre de Bio-Com

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

H. Psiquiatrico
2023-12-27 16:36
Anexos:0 - Folios:4

Rad. FAC2023001079



ASUNTO: FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° E-4359
REMITENTE: BIO-COM SAS
DESTINATARIO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQ - YECICA NARANJO
RADICADA: DANIELA RIASCOS CAICEDO



Bogotá D.C., 2023-12-27

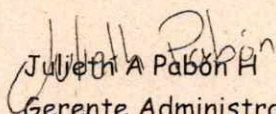
Estimados Sres.

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle

Ref.: Carta de compromiso entrega saldo de la orden de compra A-COC-135-2023

Por medio de la presente, nosotros **Bio-Com S.A.S** identificados con NIT.: **830.014.222-0**, nos comprometemos con el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle, a realizar el despacho del saldo de producto pendiente para completar de la orden de compra bajo el contrato A-COC-135-2023, a realizarse el 22 de enero de 2024; correspondiente a 5 paquetes x 100U de protectores bucales y 5 cajas x 100 U de electrodos Thymapads, y a su solicitud se adjunta la factura E4359 y soportes correspondientes, para saldar y cerrar la orden mencionada a 31 de diciembre del 2023.

Cordialmente,


Julieth A. Pabón H
Gerente Administrativa
C.C. 1033709345
BIO-COM S.A.S

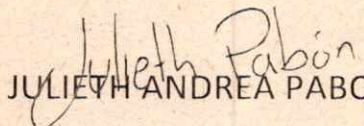
BIO – COM

NIT: 830.014.222 – 0

CERTIFICA:

Que de acuerdo con la documentación presentada por la administración de **BIO – COM**, los registros contables y con la revisión efectuada a la planilla de autoliquidación, **BIO – COM** se encuentra a paz y salvo de acuerdo con el artículo 23 de la ley 1150 de 2.007 con los pagos de los meses de Julio de 2023 a Diciembre de 2023 de la planilla de autoliquidación Integrada correspondientes a los aportes legales de los sistemas de Salud, Fondo de Pensiones, ARL y aportes parafiscales a Caja de Compensación Familiar, de los empleados incluidos en la nómina.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. al 19 día del mes de Diciembre de 2023 a solicitud de la administración de **BIO – COM**, con destino al, **HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO DEL VALLE**.


JULIETH ANDREA PABON H.

REPRESENTANTE LEGAL.

BIO-COM.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE NIT: 83014222 BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO CL 23 A 79-81 TELÉFONO 01-85994000 CASAS DE LA VENTA PRIVADO ACTIVO ECONÓMICA ÚNICO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 7902351897 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2023 FECHA PAGO (autoliquidación): 2023/12/01 NÚMERO AUTORIZACIÓN:	
DATOS GENERALES DEL APORTANTE NIT: 83014222 BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO CL 23 A 79-81 TELÉFONO 01-85994000 CASAS DE LA VENTA PRIVADO ACTIVO ECONÓMICA ÚNICO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 7902351897 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2023 FECHA PAGO (autoliquidación): 2023/12/01 NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

TOTAL APORTES A PENSION									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOL. DEDUCIDA	FSP	MORA	TOTALES
23-14	20301-PORVENIR	1	\$ 201.000	\$ 201.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 201.000
25-14	25-14 COMPENSACIONES	1	\$ 248.000	\$ 248.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 248.000
SUB-TOTALES:									\$ 449.000

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTALES
23-14	20301-PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
25-14	25-14 COMPENSACIONES	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:									\$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTALES
23-14	20301-PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
25-14	25-14 COMPENSACIONES	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:									\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NO. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTALES
23-14	20301-PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
25-14	25-14 COMPENSACIONES	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:									\$ 0

LIQUIDACIÓN DE TALLA APORTES									
SEGUROS SOCIALES									
PENSION									
Nº	IDENTIFICACION	NO. COTIZANTES	NO. COTIZANTES	NO. COTIZANTES	NO. COTIZANTES	NO. COTIZANTES	NO. COTIZANTES	NO. COTIZANTES	NO. COTIZANTES
23-14	20301-PORVENIR	1	\$ 201.000	\$ 201.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
25-14	25-14 COMPENSACIONES	1	\$ 248.000	\$ 248.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:									\$ 449.000

TOTAL \$ 1.316.000

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE**

[REntAlmc]

890304155-8**Fecha Reporte:** 06/03/2024**ENTRADA DE ALMACEN No.:** CEC-1872**Hora:** 09:47:19**FECHA:** 27/12/2023 17:03:55**TIPO** Corriente**ESTADO** Facturada**Página:** 1**FACTURA No.:** FACT-E-4359**REMISIÓN No.:****ORDEN No.:** 135**Proveedor:** 830014222 BIOCOS SAS**Teléfono:** 6950730**Dirección:** CL 23A 75 81**Ciudad:** USAQUEN(BOGOTA D.C.)**Bodega:** ALMA ALMACEN GENERAL**Observación:** FACTURA N. E-4359 -27/12/2023-CDP:230272-RP:230425**Pago A:*** 30 DIAS

Referencia	Descripción	Und	Cantid.	Vlr.Unitario	Vlr/Neto	Vlr.IVA	Descuen	Vlr.Total
2930	ELECTRODOS PARA TEC X 2 UNID	77	500,00	47.000,000000	23.500.000,00	4.465.000,00	0,00	27.965.000,00
2037	PROTECTORES BUCALES X 100 UNID	77	500,00	17.145,000000	8.572.500,00	1.628.775,00	0,00	10.201.275,00
Totales					32.072.500,00	6.093.775,00	0,00	38.166.275,00

Angelica Tabares

ELABORO ANGELICA TABARES

16753957

RECIBÍO

06/03/2024

*** FIN DEL REPORTE ***

09:47:19

(*) Suministros con control de lote

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: ATABARES