| 1. TIPO DE INFORME |
|---|
| INFORME PARCIAL: X informe Número III |
| INFORME FINAL: |
| PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 de noviembre 2023 ) HASTA (30 de noviembre 2023) |
| 2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN |
| Contrato No. ACOC – 135 – 2023 |
| Nombre Del Contratista: BIOCOM |
| Identificación del Contratista: 830014222 |
| Nombre del Supervisor: SAMIRA DINAS POSSU |
| Objeto del Contrato: Compra de material médico quirúrgico. |
| Fecha de Inicio: 21 / 09 / 2023 |
| Fecha de terminación: 31 / 12 / 2023 |
| Valor contrato: $ 115.088.589 |
| Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 230272 |
| Número de Registro Presupuestal: 230425 |

| 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/0 PRORROGA: _____ |

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA PARA EL PERIODO |
|---|---|---|---|
| Garantizar la entrega oportuna y la calidad de los bienes a proveer de acuerdo a la propuesta. | SI | | |
| A diligenciar la información conforme a las disposiciones legales, contractuales, o administrativas a que esté sometido EL HOSPITAL y que se requiera para el gestiona miento que se derive del servicio prestado por EL CONTRATISTA. | SI | | |
| Prestar los servicios aquí establecidos o que en anexo se entiendan incorporados, dentro de los parámetros mínimos que prevean las disposiciones legales, buscando siempre una óptima utilización de su estructura física, tecnológica, de recurso humano y gestión. | SI | | |
| A no divulgar información alguna de que tenga conocimiento por razón de sus servicios, a menos que cuente para el efecto con la autorización previa y por escrito del HOSPITAL. | SI | | |
| A que una vez terminado el presente contrato por cualquier causa, suministrar al HOSPITAL la información que eventualmente le sea requerida. | SI | | |
| A tener en cuenta las recomendaciones y sugerencias realizadas por el Supervisor del presente contrato, para una mejor y eficiente prestación del servicio. | SI | | |
| Presentar oportunamente los soportes correspondientes para el pago. | SI | | |
| Aplicar las normas que establezca el Archivo General de la Nación respecto a la gestión documental que le aplique al hospital, así como las directrices dadas en los manuales, guías, procedimientos y demás documentación que el hospital disponga para tal fin. | SI | | |
| Cumplir con el pago al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensión, ARL propia y de su personal, así como 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. | SI | | |
| Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato. | SI | | |

| 5. EJECUCIÓN CONTRACTUAL | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA FACTURA** | **VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO** | **PORCENTAJE DE AVANCE** | **SALDO DE EJECUCIÓN** |
| 10/11/2023 | $ 22.899.765 | 60% | $ 61.066.040 |

## 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. ACOC-135-2023 y que a continuación se describen:

El contratista entrega como soporte el plan de trabajo y cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos del hospital; como evidencia se presentan los reportes de los mantenimientos realizados de forma óptima en el mes junto con el indicador de cumplimiento de mantenimiento.

En lo que ha avanzado el contrato no se han presentado perjuicios de ningún tipo, hasta el momento no se le ha solicitado información adicional.

Se presenta la planilla de la afiliación del sistema de seguridad social integral EPS y ARL de los trabajadores que el contratista ocupó durante el desarrollo y ejecución del contrato.

Hasta la fecha, el contratista ha acatado y seguido todas las recomendaciones observaciones, sugerencias y disposiciones de la supervisora tales como el acompañamiento en el programa institucional de tecno vigilancia, entre otras.

El contratista ha atendido los llamados para revisiones de fallas y mantenimientos correctivos que se han presentado durante el desarrollo del contrato dentro de los tiempos estipulados.

## 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** | 2023-10 | 2022-10- 31 | SI |
| **SALUD** | 2023-10 | 2022-10- 31 | SI |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RIESGOS LABORALES** | 2023-10 | 2022-10- 31 | SI |
| **APORTES PARAFISCALES** (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas) | 2023-10 | Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio) | Planilla N° 7898871772 |

| 9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME |
|---|
| **NOMBRE:** SAMIRA DINAS POSSU<br>**CARGO: :** LÍDER DE PROGRAMA GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN<br>**FIRMA**_____<br>Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E. Samira Dinas Possú C.C. 34.508.590 ENFERMERA RUN 06596 LÍDER PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN |
| **Fecha presentación (30 / 11 / 2023)** |

# INSTRUCTIVO

1. TIPO DE INFORME

**INFORME PARCIAL:** Marque con una X si el informe corresponde a un periodo