2023 12 1 838.434,00

BIOCOM SAS

OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

890304155 - 8 **Fecha Giro** 01/12/2023 11:26:26 **Proceso** TRAN TRANSFERENCIAS

830014222 BIOCOM SAS **Benf** BIOCOM SAS

Documento CET **Nro.** 5504 **No Cheque** 3873

Cuenta	Descripción	No.Obi.	Valor	N
11100502	BANCO DE OCCIDENTE 045-00233-4	3873	838.434,00	C
24905502	SERV MANT EQUIPOS	FP-4327	838.434,00	D

Concepto de Giro CXP-4327 CAO-10 REG-84 CDP-52 SERV MTTO PREVEN EQP TERAPIA ELECTROCONVULS

OcciRed

Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

Fecha Actual: 2023/12/07 | Hora Ingreso: 16:59 IP: 190.6.160.250

Esteban Perlaza Rivas
Fecha/Hora Último Ingreso: 2023/12/07 16:40

DETALLE

Beneficiario/Cliente a Debitar	BIOCOM
No. Identificación	8300142220
Tipo Producto Origen	Cuenta Corriente
No. Producto Origen/Recaudador	045002334
Fecha Pago/Débito	2023/12/01
Fecha Transacción	2023/11/30
Valor Transacción	$838,434.00
Comisión	$0.00
IVA	$0.00
Estado	EXT
Descripción de Estado	Exitoso
Causal de Rechazo	-
No. Control	OX4004NGLO
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros

No. Producto Destino	24008558369
Entidad Financiera	BANCO CAJA SOCIAL
No. Comprobante	3
Forma de pago	Abono a cuenta entidad ACH
Aviso al beneficiario	N
Estado de Aviso	-
Fecha de Aviso	-
Medio Utilizado	-
No. Transacción	045A32123335000F
Información Adicional	SERV MTTO PREVEN EQP TERAPIA
Fecha Cobro	2023/11/30
No. Factura	FP-4327
Oficina Pago	-
Usuario Creador	Esteban Perlaza Rivas

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

[RMovCont]

890304155-8

HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

A

Impresión
Fecha: 22/11/2023
Hora: 09:18:42
Página: 1

Tipo de Comprobante: CXP
Prefijo documento:
Número: 4327

Comprobante Local **Fecha Comprobante:** 22/11/2023 08:27:41 Activo

Concepto CAO-10 REG-84 CDP-52 SERV MANT. PREVENT EQP TERAPIA ELECTROCONVULS

Cuenta	Descripción	CU	SU	CC	Tercero	Pref	DRef1	N	Valor
73240202	MANTEN EQUIPOS BIOMEDICOS	3	330	330108	830014222-0 BIOCOM SAS			D	983.474,00
24403501	ESTAMPILLA PROCULTURA 1%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	8.264,00
24403502	ESTAMPILLA PRODESARROLLO 2%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	16.529,00
24403503	ESTAMPILLA PROUNIVALLE 2%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	16.529,00
24403504	ESTAMPILLA PRO HOSPITALES UNIV 1%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	8.264,00
24403506	ESTAMPILLA UCEVA 0.5%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	4.132,00
24403507	ESTAMP PROUNIVERSIDAD DEL PACIFI				830014222-0 BIOCOM SAS			C	4.132,00
24403508	ESTAMPILLA PRODEPORTE 2.5%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	20.661,00
24403509	ESTAMPILLA PRO ELECTRIFICAC RURA				830014222-0 BIOCOM SAS			C	1.653,00
24360505	SERVICIOS 4%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	33.058,00
24362706	RETEICA 10 X 1000				830014222-0 BIOCOM SAS			C	8.264,00
24362501	RETEIVA15%				830014222-0 BIOCOM SAS			C	23.554,00
24905502	SERV MANT EQUIPOS				830014222-0 BIOCOM SAS		FP-4327	C	838.434,00
							Total Débitos		983.474,00
							Total Créditos		983.474,00

ELABORO LIGIA NARVAEZ MUÑOZ

APROBO

*** FIN DEL REPORTE ***

7J.0 *HOSVITAL*

Creación: Usuario LNARVAEZ Fecha 22/11/2023 09:18:40

Modificación: Usuario Fecha / / 00:00:00

BioCom
Soluciones confiables y eficientes para la salud

Factura Electrónica de Venta E - 4327

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	02/11/2023 11:28
Fecha de Vencimiento	02/12/2023 11:28
Fecha de Validación	02/11/2023 18:11
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	Tercera y ultima visita de mantenimiento preventivo para el equipo de Terapia Electriconvulsiva marca Somatics SN/44548, de acuerdo con contrato No. CAO-010-2023 y reporte 7874	1	EA	$826,449.00	IVA 19%	$826,449.00	$983,474.00

1

Subtotal	$826,449.00
IVA 19%	$157,025.00
Total a Pagar	$983,474.00

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
2023-11-08 16:03
Anexos:0 - Folios:3
Rad. FAC2023000777

ASUNTO: FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N° E-4327
REMITE: BIO-COM SAS
DESTINATARIO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQ - YECICA NARAI
RADICADA: CAROLINA VIAFARA CASARAN

CUFE: 445f39e12c1f4632ff7032b7a972ffccabf43aea8b29c434c7a34046c26fdea2eb96dcea2678beea0130a3f9e5423b65
Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

1. TIPO DE INFORME
INFORME PARCIAL X informe Número III
INFORME FINAL
PERÍODO DEL INFORME: (31 / 10 / 2023) VISITA 3/3
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**
02/11/2023	$ 983.474	100 %	$ 1

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	2023-10	2023-31-10	SI
SALUD	2023-10	2023-31-10	SI
RIESGOS LABORALES	2023-10	2023-31-10	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)	**No. 7898871772**

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME
NOMBRE: SAMIRA DINAS POSSU **CARGO:** LÍDER DE PROGRAMA GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN **FIRMA** Samira Dinas Possu Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E. C.C. 34.508.598 ENFERMERA RUN 96596 LÍDER PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN
Fecha presentación (31/10/2023)

BioCom
Soluciones confiables y eficientes para la salud

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 Junio de 2023 a Noviembre 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 02 día del mes de Noviembre 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

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830014226
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BIO-COM S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 23 A 78 - 51	TELÉFONO:	8508736
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	E-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinari
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			78888771772	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2023
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/11/21	NUMERO AUTORIZACIÓN:			248668695

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 201.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 201.600	$ 0	$ 201.600
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 368.000	$ 0	$ 368.000
SUBTOTALES:										$ 569.600	$ 0	$ 569.600

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	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 302.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 302.400	$ 0	$ 0	$ 302.400
SUBTOTALES:													$ 302.400	$ 0	$ 0	$ 302.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 79.100	$ 79.100	$ 0	$ 0	$ 79.100
SUBTOTALES:									$ 79.100	$ 0	$ 0	$ 79.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	3	$ 302.400	$ 0	$ 302.400
SUBTOTALES:			$ 302.400	$ 0	$ 302.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									MOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES								
																									PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTERIORES	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DTE	VSP	VST	SLN	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	NBC	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 1010226775	GIRALDO LIZANO ANGIE LORENA	DEPEND		$ 1.260.000	FIJO		SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.260.000	$ 201.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 201.600	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.260.000	$ 58.400	$ 0	$ 58.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.260.000	$ 1	$ 13.200	30	$ 1.260.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 50.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1030709043	RIBON HERRERA JUSTIN ANDRES	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
3	CC 19415536	ROMERO LOPEZ ALEJO CESAR	DEPEND	REDUCIDA PARC	$ 4.000.000	FIJO		SI																		30	$ 0	$ 0	$ 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	$ 1.253.500

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
	3	11	2023

PROVEEDOR:	BIOCOM S.A.S	NIT - C.C N°: 830.014.222-0

OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTACIÓN DE SERVICIO 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.

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	CAO-010-2023	ORDEN DE SERVICIO		ORDEN DE COMPRA		CONTRATO	

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0 - 100 PTOS)

DETALLE	VALOR EN %	OBSERVACIONES
CALIDAD Cantidad aceptada / Cantidad total recibida	100%	La prestación del servicio se recibió cumpliendo con los criterios de idoneidad y disponibilidad
CANTIDAD Cantidad entregada/ Cantidad solicitada	100%	Se dio cobertura a los servicios solicitados y obligaciones de reporte por parte del contratista
OPORTUNIDAD Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada	100%	Cumple con la oportunidad requerida por el contratante
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN	100%	CIEN POR CIENTO

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI	X	NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	$ 983.476

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	FACTURA No.	FECHA DE LA FACTURA	VR.FACTURA	NUEVO SALDO
$ 2.950.427	E - 4232	07/03/2023	$ 983.476	$ 1.966.951
$ 1.966.951	E - 4266	20/06/2023	$ 983.476	$ 983.475
$ 983.475	E - 4327	02/11/2023	$ 983.474	$ 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
FACTURA ORIGINAL	X		E-4327
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	X	CAO-010-2023
POLIZAS			N/A
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			230052
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X		02/03/2023
REGISTRO PRESUPUESTAL			230084
CONSTANCIA DE RECIBO ALMACEN ACTIVOS			N/A

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO REQUISITOS TECNOLOGICOS			CUMPLE
ACTA DE AVANCE O LIQUIDACIÓN			N/A
PRESENTA AVANCES O CIERRE DE NO CONFORMIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA DERIVADA DE LA AUDITORÍA A PROVEEDORES			CUMPLE
CUMPLE CON EL SST, DOTACIÓN Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y			CUMPLE
CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS AMBIENTALES QUE LE APLICAN			CUMPLE
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA EL BIEN O SERVICIO: **SAMIRA DINAS POSSU**			
SUPERVISOR Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E. Samira Dinas Possú C.C. 34.[illegible] ENFERMERA RUN [illegible] LINEA PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN			