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
	16	9	2024

PROVEEDOR:	PAPELERIA LOS COLORES SAS	NIT - C.C Nº 800190654-2

OBJETO CONTRACTUAL:	Suministro de elementos para limpieza, aseo, desinfección y elementos varios utilizados en el Hospital.

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		ORDEN DE SERVICIO		ORDEN DE COMPRA	ACOC-146-2024	CONTRATO	

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0 - 100 PTOS)

DETALLE	VALOR EN %	OBSERVACIONES
CALIDAD Cantidad aceptada / Cantidad total recibida	100%	El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas, según ACOC-146-2024entregando el bien con la referencia que cotizo
CANTIDAD Cantidad entregada/ Cantidad solicitada	100%	El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas, segúnACOC-146-2024 entregando el bien Total
OPORTUNIDAD Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada	100%	El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas, segúnACOC-146-2024 entregando el bien, en la fecha estabecida
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN		

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI		NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	$ 5.747.700,00

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 100.482.017,00	FACT-N.FE - 35608	27/05/2024	$ 44.686.487,00	$ 55.795.530,00
$ 55.795.530,00	FACT-N.FE - 36531	25/06/2024	$ 5.460.315,00	$ 50.335.215,00
$ 50.335.215,00	FACT-N.FE - 37917	15/08/2024	$ 9.103.500,00	$ 41.231.715,00
$ 41.231.715,00	FACT-N.FE - 38087	23/08/2024	$ 191.590,00	$ 41.040.125,00
$ 41.040.125,00	FACT-N.FE - 38173	28/08/2024	$ 6.113.625,00	$ 34.926.500,00
$ 34.926.500,00	FACT-N.FE - 38182	28/08/2024	$ 3.065.440,00	$ 31.861.060,00
$ 31.861.060,00	FACT-N.FE - 38571	13/09/2024	$ 5.747.700,00	$ 26.113.360,00
			SALDO	$ **26.113.360,00**

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			
CUENTA DE COBRO / FACTURA ORIGINAL	X		FACT-N.FE - 38571
ENTRADA ALMACÉN	X		CEC-2102
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA			
ORDEN DE COMPRA		X	ACOC-146-2024
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO			
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		X	240163
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X		
REGISTRO PRESUPUESTAL		X	240249
CONSTANCIA DE RECIBO ALMACEN ACTIVOS			
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO REQUISITOS TECNOLOGICOS			
ACTA DE AVANCE O LIQUIDACIÓN			
PRESENTA AVANCES O CIERRE DE NO CONFORMIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA DERIVADA DE LA AUDITORÍA A PROVEEDORES			
CUMPLE CON EL SST, DOTACION Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD			
CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS AMBIENTALES QUE LE APLICAN			

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA EL BIEN O SERVICIO: DAVID MENESES -AUXILIAR DE BODEGA

SUPERVISOR: EVERARDO GARCIA RAMIREZ - LIDER DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS



PAPELERIA LOS COLORES SAS

800190654-2

www.papelerialoscolores.com

REGIMEN COMUN IVA

Av 3ra Bis Norte # 23CN 57 P.B.X: 889 89 99
Tel: 8899418 - 5228613 - 8881815
Whatsapp: 3155071569 - 3156276906
E-mail: ventas@papelerialoscolores.com
Cali - Colombia

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
NI AUTORETENEDORES IND. Y CIO. ACTIV. 203 TARIFA 7.7

RESOLUCION DIAN 18764067677468 FECHA 2024/03/20 DESDE FE 33701 HASTA FE 38700 - VIGENCIA 12 MESES



Fecha validación Dian: 13/09/2024 14:14:31

Señores: HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO

Nit: 890304155 Tel: 6821800
Direcciòn: CL 5 80 00
Ciudad: CALI

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FE - 38571

Orden de compra:
Vendedor: NATALIA CASTAÑO

Fecha			Vencimiento		
13	09	2024	28	09	2024

Forma de pago: CREDITO 15 DIAS **Medios de Pago:** Crédito

#	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNITARIO	IVA	TOTAL
1	TT247	TOALLA SCOTT HS X100 30240057 (840)	300.00	16,100.00	19	4,830,000.00

FIRMA, SELLO Y FECHA DE RECIBIDO

VALOR BRUTO:	**4,830,000**
DESCUENTO:	**0**
FLETE:	**0**
SUBTOTAL:	**4,830,000**
I.V.A:	**917,700**
RETE FUENTE DIAN:	**0**
RETEIVA:	**137,655**
RETEICA:	**37,191**
NETO A PAGAR:	**5,572,854**

VALOR EN LETRAS
CINCO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

OBSERVACIONES

CUFE: 722d4d353aca3793293ed864c4635188743ec85d239be3f56de46853697e8411af8c8102e9e42160957a4550ca51cad7

Proveedor Tecnológico The Factory HKA Colombia SAS NIT: 900.390.126-6
Factura Electrónica realizada en Software SAI OPEN V9.0.3 GRUPO SAI S.A.S NIT. 900 316 686-4

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

[REntAlmc]

890304155-8

Fecha Reporte: 16/09/2024
Hora: 10:52:42
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: CEC-2102

FECHA: 16/09/2024 10:52:41 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Activa

FACTURA No.: FACT-FE-38571 **REMISIÓN No.:** **ORDEN No.:**0

Proveedor: 800190654 PAPELERIA LOS COLORES SAS **Teléfono:** 8892605
Dirección: AV 3 BIS N 23 CONSULT57 **Ciudad:** CALI (SANTIAGO DE CALI)(VALLE)
Bodega: ALMA ALMACEN GENERAL
Observación: FACTURA N. FE-38571 -13/09/2024 -CDP:240163-RP:240249-ACOC-146-2024-ADICION **Pago A:*** 30 DIAS

Referencia	Descripción	Und	Cantid.	Vlr.Unitario	Vlr/Neto	Vlr.IVA	Imp Saludable	Descuen	Vlr.Total
1940	TOALLA DESECHABLE SUPLEX NATUR C/TU	77	300,00	16.100,000000	4.830.000,00	917.700,00	0,00	0,00	5.747.700,00
Totales					4.830.000,00	917.700,00	0,00	0,00	5.747.700,00

Angelica Tabares
ELABOROANGELICA TABARES

16753857
RECIBIÓ

16/09/2024 *** **FIN DEL REPORTE** *** 10:52:42

(*) Suministros con control de lote

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: ATABARES

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS

Bancolombia

El servicio de liquidación SOI certifica que PAPELERIA LOS COLORES SAS, identificado con documento NIT 800190654, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	800190654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAPELERIA LOS COLORES SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	AV 3BISN 23CN 57	TELÉFONO:	8898999
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS

PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
AGOSTO 2024-SEPTIEMBRE 2024	7941085908	2024/09/06	E-EMPLEADOS	$ 3.468.900

Planilla Pagada

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL ____ informe Número _4

INFORME FINAL ____

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 / 09 / 2024) HASTA (30 / 09 / 2024)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. A-COC-146-2024

Nombre Del Contratista: PAPELERIA LOS COLORES SAS

Identificación del Contratista: 800190654-2

Nombre (S) del Supervisor (Es): EVERARDO GARCIA RAMIREZ

Objeto del Contrato u Orden de Compra y/o Servicio o Aceptación de Oferta: Suministro de elementos para limpieza, aseo, desinfección y elementos varios utilizados en el Hospital

Fecha de Inicio: 21 de mayo de 2024

Fecha de terminación: 31 de diciembre de 2024

Valor contrato: Cien millones cuatrocientos ochenta y dos mil diecisiete pesos m/cte. ($ 100.482.017)

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 240163

Número de Registro Presupuestal: 240249

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_X__ VALOR: $ NO APLICA

ANTICIPO: SI___ NO _X_ VALOR: $ NO APLICA

ENTIDAD DONDE SE CONSTITUYE FIDUCIA PARA PAGO DE ANTICIPO: _____NO APLICA_____

EN CASO DE PAGO DE ANTICIPO DISCRIMINAR LA EJECUCIÓN DEL PAGO: ____NO APLICA_____

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	C	NC	N/A	OBSERVACIONES
Acreditar, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 828 de 2003, el cumplimiento del pago mensual de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar, mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal según el caso.	X			Se Anexa constancia de pago de los aportes a seguridad social y en el punto 8 del presente informe se relaciona el pago de Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
Realizar la entrega de la totalidad de los artículos, de acuerdo a las especificaciones de embalaje, empaque y cantidades requeridas en el estudio previo, la propuesta técnica presentada y clausulas anexos al contrato.	X			El proveedor realiza la entrega de los equipos de acuerdo a las solicitudes realizadas por el supervisor del contrato.
Garantizar la calidad y mantener el precio de los artículos a entregar de conformidad con lo acordado en el contrato y la cotización presentada.	X			Los precios de los equipos facturados corresponden a los valores estipulados en el contrato y cotización presentada.
Entregar al HOSPITAL los bienes dentro del plazo estipulado.	X			El proveedor realiza la entrega de los equipos solicitados dentro del plazo estipulado.
Presentar la factura para el pago, oportunamente y con los soportes correspondientes, especificados en las cláusulas que se adjuntan a la orden.	X			Se recibe factura y soportes oportunamente en el momento en que llegan los equipos.
A la entrega del Almacén de la entidad contratante, el contratista tendrá la obligación de usar procedimientos adecuados de protección contra cualquier daño o deterioro que pueda afectar el estado y funcionamiento de los bienes objetos del presente contrato. En caso de pérdida o daño por mal manejo o descuido, deberá responder por el valor total del bien garantizando las especificaciones técnicas de este.	X			El contratista cumple con los procedimientos adecuados que permite la protección de los equipos a la hora de la entrega.

Reemplazar los bienes que resulten defectuosos o de mala calidad, en un término de menor a 48 horas. EL PROVEEDOR deberá restituir a su costa, sin que implique modificación al plazo de entrega, los bienes defectuosos o de especificaciones diferentes o inferiores a los requeridos.			X	No se requiere el reemplazo de bienes a causa de defectos o mala calidad.
Observar buen trato y respeto con los servidores públicos de la entidad contratante y los usuarios del servicio.	X			Durante la ejecución de las labores en la institución no se presentan situaciones de mal trato o irrespeto.
Acatar todas las observaciones, sugerencias y disposiciones del SUPERVISOR siempre y cuando se atemperen a los términos y condiciones señaladas en la propuesta presentada por EL CONTRATISTA. Su inobservancia constituirá incumplimiento de este contrato por parte del CONTRATISTA y será la certificación expedida por la SUPERVISIÓN, prueba suficiente de su cumplimiento o incumplimiento.	X			No se generan informes por observaciones del supervisor en relación a las condiciones señaladas en el contrato.
Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía al supervisor del contrato que puedan incidir en la no oportuna o debida ejecución del contrato o que puedan poner en peligro los intereses legítimos del HOSPITAL.	X			No se presentan novedades o anomalías que debieran ser informadas al supervisor.
Guardar total reserva de la información que por razón del servicio y desarrollo de sus actividades obtenga.	X			No se evidencia violación a la reserva de información manejada por el contratista.

5. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

FECHA FACTURA	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO	PORCENTAJE DE AVANCE	SALDO DE EJECUCIÓN
27/05/2024	$ 44.686.487	44,4%	$55.795.530
25/06/2024	$ 5.460.315	49,9%	$ 50.335.215
15/08/2024	$ 9.103.200	58,9%	$ 41.232.015
23/08/2024	$ 191.590	59,1%	$ 41.040.425
28/08/2024	$ 6.113.625	65,2%	$ 34.926.800
28/08/2024	$ 3.065.440	68,2%	$ 31.861.060
13/09/2024	$ 5.747.700	73,92%	$26.113.360

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 u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. A-COC-146-2024 Suministro de elementos para limpieza, aseo, desinfección y elementos varios utilizados en el Hospital.

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	2024/08	2024/09/06	SI
SALUD	2024/09	2024/09/06	SI
RIESGOS LABORALES	2024/09	2024/09/06	SI
APORTES PARAFISCALES	2024/09	2024/09/06	SI

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: EVERARDO GARCIA RAMIREZ

CARGO: LIDER DE SERVICOS ADMINISTRATIVOS

FIRMA_____

Fecha presentación (DD/MM/AAAA): 16/09/2024