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
	15	10	2024

PROVEEDOR:	PAPELERIA LOS COLORES SAS	NIT - C.C N° 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
$ 26.113.360,00	FACT-N.FE - 39217	10/10/2024	$ 5.747.700,00	$ 20.365.660,00
			SALDO	**$ 20.365.660,00**

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 - 39217
ENTRADA ALMACÉN	X		CEC-2128
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 18764079785113 FECHA 2024/09/18 DESDE FE 38701 HASTA FE 43700 - VIGENCIA 24 MESES

Fecha validación Dian: 10/10/2024 14:44:04

Señores: HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FE - 39217

Orden de compra: ACOC-146-2024
Vendedor: NATALIA CASTAÑO

Fecha			Vencimiento		
10	10	2024	25	10	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

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.
RECIBIDO ALMACEN
11 SEP 2024
NOMBRE Y FECHA DE RECIBIDO
1675357

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: 15fb946d5196f990bb43411ae8af46ab46616fb7916715b9a31172bf2f52d1f040e828788c4138b5357ca13e92a5f571

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

COP - 240163
BP - 240249

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

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

[REntAlmc]

890304155-8

Fecha Reporte: 15/10/2024
Hora: 15:20:26
Página: 1

ENTRADA DE ALMACEN No.: CEC-2128

FECHA: 15/10/2024 15:20:25 **TIPO** Sin Orden **ESTADO** Activa

FACTURA No.: FACT-FE39217 **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-39217 -10/10/2024- CDP:240163 -RP:240249-ACOC-146-2024 **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

16753957
RECIBIÓ

15/10/2024 *** **FIN DEL REPORTE** *** 15:20:26

(*) Suministros con control de lote
7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: ATABARES

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

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
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7945531937**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			974919505

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 416.000
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 644.800
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 416.000
800224808	230301	230301-PORVENIR	3	$ 691.200
		SUBTOTAL:	8	**$ 2.168.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805001157	EPS018	EPS018-S.O.S.	1	$ 61.600
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 57.200
890303093	EPS012	EPS012-COMFENALCO VALLE	1	$ 59.200
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	5	$ 364.000
		SUBTOTAL:	8	**$ 542.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890303208	CCF57	CCF57-COMFANDI	8	$ 542.000
		SUBTOTAL:	8	**$ 542.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	8	$ 233.700
		SUBTOTAL:	8	**$ 233.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 3.485.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 3.485.700**

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL ____ informe Número _5

INFORME FINAL ____

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 / 10 / 2024) HASTA (31 / 10 / 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	$ 9.103.500	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
10/10/2024	$ 5.747.700	79,68%	$ 20.365.660

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	2024/10	2024/10/11	SI
SALUD	2024/10	2024/10/11	SI
RIESGOS LABORALES	2024/10	2024/10/11	SI
APORTES PARAFISCALES	2024/10	2024/10/11	SI

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: EVERARDO GARCIA RAMIREZ

CARGO: LIDER DE SERVICOS ADMINISTRATIVOS

FIRMA_____

Fecha presentación (DD/MM/AAAA): 16/10/2024