INFORME DE SUPERVISION No. 04 DEL CONTRATO Nro. 255 DEL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024, SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., OFFICE NEED S.A.S

1. DATOS GENERALES

Contrato N°:	255-2024
Termino:	La duración del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2024, contado a partir perfeccionamiento y legalización previa suscripción del acta de inicio.
Adición 1	
Fecha Inicio:	01 de octubre 2024
Fecha de Finalización:	31 de diciembre de 2024.
Contratista:	**OFFICE NEED S.A.S**
NIT O Cedula de Ciudadanía (contratista)	901.793.353-5
Objeto del Contrato:	Suministro de etiquetas para los instrumentos de central de esterilización y manillas de identificación de pacientes de los servicios asistenciales del Hospital Susana López De Valencia E.S.E.
Valor del Contrato:	$ 64.500.000
Forma de Pago:	El hospital pagara al contratista el valor del objeto del contrato, previa presentación de la respectiva factura y verificación de los pagos de aporte relativos al sistema de seguridad social integral, así como los parafiscales (SENA, ICBF, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR ETC). Y certificación por parte del supervisor asignado
Número y Fecha de Disponibilidad Presupuestal:	No. 455 del 05 de septiembre de 2024.
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo del doctor Carlos Alberto Burbano Narváez líder de gestión clínica con el apoyo de la coordinadora de central de esterilización o a quien haga sus veces, quienes podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López De Valencia E.S.E.
Período a que corresponde el informe	25 / 10 / 24 — 25 / 10 / 24

2. SEGUIMIENTO FINANCIERO

Valor Inicial del Contrato:	$ 64.500.000
Otrosí 001:	
Valor Total del Contrato:	$ 64.500.000
Valor Ejecutado:	$ 24.024.000,00
Valor a Pagar según informe:	$ 9.021.600,00
Valor a pendiente por ejecutar:	$ 40.476.000,00

Viene certificación **OFFICE NEED S.A.S** Según Contrato Nro. 255 del 30 de septiembre de 2024.

3. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA AL PERIODO DE REPORTE:

El contratista se compromete con el Hospital Susana López de Valencia E.S.E, a suministrar los productos relacionados en las especificaciones técnicas y cumplir con las siguientes condiciones: a) Todos los productos entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad. b) El contratista debe cumplir con el objeto del contrato y las obligaciones generales reguladas por las normas vigentes y entregar las cantidades relacionadas. c) Proveer todos los bienes indicados en el objeto de la contratación, de excelente calidad y presentación. d) Gestionar la entrega oportuna de ítems de la propuesta, en eventualidades o emergencias que se presenten como manifestaciones de los grupos sociales que lleven a cierre en la vía panamericana u otras situaciones. e) Los ítems que presenten no conformidades por calidad, entre otras cosas deben ser reemplazados por el proveedor o cambiados de acuerdo al requerimiento del área. f) De presentarse devoluciones por deterioro, calidad, o defecto de fabricación, especificaciones diferentes, el Contratista repondrá los elementos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas hábiles previa notificación del supervisor del contrato. g) Los elementos deben ser entregados dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud del supervisor en las instalaciones del Hospital debidamente facturados. h) Emitir los reportes de elementos debidamente firmados por quien recibe y entregar los elementos físicamente. i) Los gastos ocasionados en el cumplimiento del contrato deben correr por parte del contratista.

4. OBSERVACIONES ADICIONALES;
El comprobante de entrada AI000000000615 del 25/10/2024 tiene nota contable N°.6996 del 25/11/2024 por cuanto el programa dinámico calculo $1 de menos

5. ANEXOS;
Los soportes como lo son comprobantes de entrada, facturas, entre otros se relacionan en el punto No. 6 del presente informe de supervisión.

6. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO;

No. Comprobante de Entrada	Fecha Comprobante	No. Factura	Fecha Factura	Valor Factura
AI000000000615	25/10/2024	NEED594	25/10/2024	$ 9.021.600,00

7. CERTIFICACION DE PAGO;

Los suscritos supervisores del contrato certifican que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales por lo tanto procede el pago correspondiente al periodo certificado.

El anterior informe se firma el 2 de diciembre del año dos mil veinticuatro (2024).

DR, CARLOS ALBERTO BURBANO NARVAEZ
CC 4.611.820
Medico especialista

ANA MARIA GOMEZ CRIALES
CC 31575406
Jefe central de esterilización

NOTA

Naturaleza: Credito **Consecutivo:** 6996 **Fecha:** 25/11/2024 **Estado:** Confirmado

Tipo: Factura

Tercero: NIT - 901793353 - OFFICE NEED S.A.S

Proveedor: 901793353 - OFFICE NEED S.A.S

Observaciones: SE AJUSTA COMPROBANTE No. AI0000000000615 DEL 25/10/2024, DEL PROVEEDOR OFFICE NEED S.A.S POR CUANTO EL PROGRAMA DINAMICA CALCULO $1 DE MENOS EN EL IVA A LA FACTURA No. NEED594 DEL 25/10/2024 SEGUN NOTA DE ALMACEN DEL 25/11/2024

Valor: $ 1,00

CONCEPTOS

Concepto		Cuenta contable	Centro de costos	Naturaleza	Valor
053	REVERSION AJUSTE AL PESO	58909005		Debito	$ 1,00

CUENTAS POR PAGAR

Cuenta por pagar	Cuenta contable	Centro de costos	Valor
NEED594	24010101 - CUENTA POR PAGAR BIENES	00211 - SUMINISTROS	$ 1,00

"nuestra gente, el motivo para avanzar hacia la excelencia"

NOTA DE CONTABILIDAD

FECHA	OBSERVACIONES
25/11/2024	AJUSTE A COMPROBANTE DE ENTRADA AI000000000615 DEL 25 DE OCTUBRE DEL 2024 A NOMBRE DE OFFICE NEED S.A.S POR CUANTO EL PROGRAMA DINAMICA GERENCIAL LIQUIDO UN (1) PESO DE MENOS EN EL IVA **VALOR IVA FACTURA** $1,440,424 **VALOR IVA DINAMICA** $1,440,423 **VALOR AJUSTE** $1

FIRMA :

CARLOS FERNANDO ORDOÑEZ MONTERO
SECRETARIO EJECUTIVO

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. USUARIO 610

COMPROBANTE ENTRADA
N°AI000000000615

PROVEEDOR:	OFFICE NEED S.A.S	NIT: 901793353	**FECHA:**	25/10/2024 03:51 p. m.	
CIUDAD:	POPAYAN (CAUCA)		**ESTADO:**	Confirmado	
DIRECCION:	CALLE 6 8 48		**MONEDA:**	Pesos	
TELEFONO:	3041051727		**TASA CAM:**		0,00
N° FACTURA:	NEED594	**% ICA:** 6,0000 **PLAZO:** 30	**FECHA FAC:**	25/10/2024 12:00 a. m.	

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
OCC0000154	CAJA DE CARTUCHO MANILLA MATERIAL POLIPROPILENO TERMICO CON CIERRE ADHESIVO ESCANEABLE HASTA 14 DIAS, TAMAÑO 1-11 PULGADAS ADULTO , CARTUCHO POR 200 MANILLAS	CAJA	24,00	$ 315.882,35	$ 7.581.176,40	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PRO CULTURA	0,5000	7581176,0000	37906,0000
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	0,5000	7581176,0000	37906,0000
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	7581176,0000	227435,0000
PROELECTRIFICACION	2,0000	7581176,0000	151624,0000
PRODESARROLLO	2,0000	7581176,0000	151624,0000
TASA PRODEPORTES	1,5000	7581176,0000	113718,0000

DETALLE

SEGUN CONTRATO 255 DEL 2024

SUBTOTAL:	$ 7.581.176,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 1.440.423,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 216.063,00
RETE ICA:	$ 45.487,00
RETE FUENTE:	$ 189.529,00
OTRAS RETE:	$ 720.213,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 7.850.307,00

9.021.600

TOTAL COMPROBANTE:

SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

OPERARIO CON FUNCIONES DE AUXILIAR DE BODEGA, SECRETARIO EJECUTIVO O QUIEN HAGA SUS VECES

PROFESIONAL UNIVERSITARIO SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

OFFICE NEED S.A.S
OFFICE NEED S.A.S
901793353-5 Responsable de IVA
calle 6 # 8-48 Popayán Cauca
3041051727 roa278@hotmail.com

Autorización Factura Electrónica de Venta 18764066236074 de 2024-02-27 Vence 2025-02-27. Numeración NEED del 1 Hasta 3000 - OPERADOR TECNOLÓGICO: NODEXUM S.A.S, NIT 901.285.179-0

CUFE : 6d619b5416d64527f5a44ff742d0cf5ba15f974527f2a90790a49878db88bcf7087bc416a7567c808ec3a8b601d11e1f

NOMBRE: HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
C.C. o NIT: 891501676-1
DIRECCION: CL 15 17 A 196 BRR LA LADERA - POPAYÁN CAUCA Popayán Cauca
CONTACTOS: 8386363-3154815334 facelectronica@hosusana.gov.co
F/ENTREGA: Punto de Venta
VENDEDOR: LORENA ALONSO

REPRESENTACIÓN GRAFICA
FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
NÚMERO: NEED594
FECHA DE GENERACIÓN: 25/10/2024 2:24:11 PM
VENCIMIENTO: 24/11/2024
FOR/MEDIO PAGO: Crédito/Acuerdo mutuo

#	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	V/U SIN IMP	IVA	O/IMP	VR. TOTAL
1	413	Manillas Identificacion Adulto 1x11 Pulgadas x 200 Unidades Zebra	24 EA	315.882,35	19%	NA	9.021.600

#ITEMS	Subtotal	Descuento	Subtotal Base	IVA	Otros IMP	Ajuste	Total ($)
1	7.581.176,47	0	7.581.176,47	1.440.423,53	0	0	9.021.600

Detalle Totales: (Gravado = 7.581.176,47) (IVA 19% = 1.440.423,53)

OBSERVACION: FACTURA PARA CTO 255 2024

NOTA: Crédito: $9.021.600

Representación Gráfica por Celeste MIPYME 2024 © Celeste Team SAS Nit: 900.803.244-1 www.celeste.com.co

PEDRO JOAQUIN ROA ROA
CL 6 8-48 CENTRO

CERTIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

(PERSONA JURIDICA)

Popayán, 8 NOVIEMBRE 2024

Por medio de la presente documento me permito certificar que Yo Pedro Joaquín Roa Roa identificado con C.C 94.515.167 de Cali – valle, representante legal de OFFICE NEED S.A.S declaro bajo la gravedad de juramento, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he cumplido con el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados a los sistemas de salud, pensiones, Riesgos Laborares, Cajas de compensación Familiar, desde su constitución 25 enero 2024 a la fecha de presentación de la propuesta, de acuerdo con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, 797 de 2003, 1122 de 2001 y 1150 de 2007 y demás normas que le adicionen, complementen o modifiquen.

Con relación a los aportes parafiscales al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), declaro bajo la gravedad de juramento que me encuentro exonerado del pago con fundamento art 65 ley 1819 de 2016.

Atentamente,

Pedro Joaquín Roa Roa
C.C 94.515.167.
Representante legal de OFFICE NEED S.A.S
Dirección: CL 6 8-48
Ciudad: Popayán
Teléfono: 8242309 CEL.3041051727

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901793353	5	OFFICE NEED SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 6 8 48	POPAYAN-CAUCA	3041051727	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1052579237	9476947125	E	2024/11/15	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,551,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (6 Afiliados)						$10,000,000	$1,600,000			$10,000,000	$400,000			$10,000,000	$400,000			$10,000,000	$151,900		$0	$0
Centro de Trabajo: MENSAJERIA (2 Afiliados)						$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$104,000			$2,600,000	$104,000			$2,600,000	$113,200		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (2 Afiliados)						$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$104,000			$2,600,000	$104,000			$2,600,000	$113,200		$0	$0
1	CC	1061777507	CORDOBA YULMER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSIC3	30	$1,300,000	$52,000	CCF14	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$56,600	30	$0	$0
2	CC	1061786533	IMBACHI DARIO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF14	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$56,600	30	$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (4 Afiliados)						$7,400,000	$1,184,000			$7,400,000	$296,000			$7,400,000	$296,000			$7,400,000	$38,700		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (4 Afiliados)						$7,400,000	$1,184,000			$7,400,000	$296,000			$7,400,000	$296,000			$7,400,000	$38,700		$0	$0
3	CC	1060238623	ALONSO MILEIDY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF14	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
4	CC	1080360228	CHILITO JANDRA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$52,000	CCF14	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
5	CC	1061729242	OLIVAR EDISSON	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF14	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
6	CC	94515167	ROA PEDRO	230201	30	$3,500,000	$560,000	EPS018	30	$3,500,000	$140,000	CCF14	30	$3,500,000	$140,000	14-23	30	$3,500,000	$18,300	30	$0	$0
Total			**Afiliados(6)**			$10,000,000	$1,600,000			$10,000,000	$400,000			$10,000,000	$400,000			$10,000,000	$151,900		$0	$0

2024/11/18 03:45 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901793353	5	OFFICE NEED SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 6 B 48	POPAYAN-CAUCA	3041051727	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1052579237	9476947125	E	2024/11/15	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,551,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$1,600,000	$0	$0	$1,600,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$1,040,000	$0	$0	$1,040,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$560,000	$0	$0	$560,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$151,900	$0	$0	$151,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$151,900	$0	$0	$151,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$400,000	$0	$0	$400,000
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	6	$400,000	$0	$0	$400,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$400,000	$0	$0	$400,000
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	1	$52,000	$0	$0	$52,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$52,000	$0	$0	$52,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$140,000	$0	$0	$140,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$156,000	$0	$0	$156,000
TOTAL				6	$2,551,900	$0	$0	$2,551,900

2024/11/18 03:45 PM