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
	25	2	2025

PROVEEDOR: MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS NIT - C.C N° 900.480017-8

OBJETO CONTRACTUAL: mantenimiento preventivo y correctivo para los equipos Biomédicos del hospital psiquiátrico universitario del valle en sus sedes.

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		ORDEN DE SERVICIO	OS-006-2025	ORDEN DE COMPRA		CONTRATO	

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0 - 100 PTOS)

DETALLE	VALOR EN %	OBSERVACIONES
CALIDAD Cantidad aceptada / Cantidad total recibida	100%	
CANTIDAD Cantidad entregada/ Cantidad solicitada	100%	
OPORTUNIDAD Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada	100%	
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN	100%	

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI	x	NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	$ 28.482.650,00

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 170.895.900	2185	18/02/2025	$ 28.482.650	$ 142.413.250,00
Observacion : Servicios prestados mes de septiembre - 2023			SALDO	$ 142.413.250,00

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		PAGO FACTURA No. 2185
ENTRADA ALMACÉN			
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA			
ORDEN DE COMPRA			
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO	x		OS 006 2025
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	x		250036
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	x		
REGISTRO PRESUPUESTAL	x		250058
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, DOTACIÓN Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y			
CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS AMBIENTALES QUE LE APLICAN			
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA EL BIEN O SERVICIO:			
SUPERVISOR **Shirley Chilatra Osorio**			

1. TIPO DE INFORME
INFORME PARCIAL: informe Número I INFORME FINAL: X
PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 de febrero 2025) HASTA (28 de febrero 2025)
2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN
Contrato No. OS – 006 – 2025
Nombre Del Contratista: MEGASI BIOMEDICO INTEGRAL SAS
Identificación del Contratista: 900480017-8
Nombre del Supervisor: SHIRLEY CHILATRA OSORIO
Mantenimiento preventivo y correctivo para los equipos Biomédicos del hospital psiquiátrico universitario del valle en sus sedes.
Fecha de Inicio: 18 / 02 / 2025
Fecha de terminación: 28 / 02 / 2025
Valor contrato: $ 170.895.900
Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 250036
Número de Registro Presupuestal: 250058

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
Desarrollar el contenido del presente contrato.	SI		
Suministrar el servicio objeto del presente contrato.	SI		
Prestar en forma óptima, los servicios aquí establecidos	SI		
Se obliga sin solidaridad del contratante , a responder por los perjuicios que pueda ocasionar en razón a los servicios bridados al hospital , o a los usuarios o terceros , directa o indirectamente , como consecuencia de falla del contratista o de quien este contrate o subcontrate para la prestación del servicio , el contratista desde ya acepta la liquidación que tales daños o perjuicios le sean directa o indirectamente imputables a él , sus dependientes , subcontratistas o asociados .	SI		
A que una vez terminado el presente contrato por cualquier causa bride su colaboración al contratante en el suministro de la información que le sea requerida.	SI		
Aportar certificación expedida por el revisor fiscal o representante legal , según sea el caso de la afiliación del sistema de seguridad social integral EPS , ARL , AFP , de los trabajadores o asociados que llegara a ocupar el contratista durante el desarrollo y ejecución de este contrato , así mismo , de los pagos a la caja de compensación , ICBF y SENA cuando a ello haya lugar.	SI		
A seguir y acatar todas las observaciones, sugerencias y disposiciones de los supervisores 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.	SI		
Debido al conocimiento del sitio donde desarrollara el trabajo y las condiciones especiales requerida por el mismo , el contratista acepta ejecutarlos , ciñéndose a la oferta presentada y a las normas internas del contratante , que para todos los efectos se consideran parte esencial del presente contrato.	SI		

Atender las sugerencias que verbal o por escrito realice la supervisión o quien designe el contratante y dar respuesta a la misma dentro de las 24 horas siguiente a su conocimiento o recibo	**SI**		
Las demás que sean necesarias de acuerdo con la naturaleza y objeto del contrato.	**SI**		

5. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

FECHA FACTURA	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO	PORCENTAJE DE AVANCE	SALDO DE EJECUCIÓN
18/02/2025	$28.482.650	9.09%	$142.413.250

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. OS-006-2025 y que a continuación se describen:

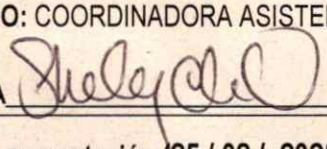
El contratista entrega como soporte el plan de trabajo y cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos del hospital; como evidencia se presentan los reportes de los mantenimientos realizados de forma óptima en el mes junto con el indicador de cumplimiento de mantenimiento.
En lo que 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
PENSIÓN	2025-02	2025-02- 14	SI
SALUD	2025-02	2025-02- 14	SI
RIESGOS LABORALES	2025-02	2025-02- 14	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	2025-02	Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio)	Planilla N° 76179982

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME
NOMBRE: SHIRLEY CHILATRA **CARGO:** COORDINADORA ASISTENCIAL. **FIRMA** 
Fecha presentación (25 / 02 / 2025)

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA 2185

MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL S.A.S.

NIT 900480017-8
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Régimen fiscal: Impuesto sobre las ventas – IVA
Actividades económicas: 3313
Municipio: Cali (Valle del Cauca)
Dirección: CALLE 5N # 2-52. OFICINA 602
Correo: megasi.sas@gmail.com
Teléfono: 3137477155

CUFE: 4041bc062fbba8c7e1a5bcfcdb71394066deeb43407428f41ecea81ab93323e19d3e87fbc8db9adc9244f3f2250a5ad7

Fecha de emisión
2025-02-18

Fecha y hora de autorización
2025-02-18 07:45:28

Prefijo

Tipo de operación
Estandar

Fecha de vencimiento
2025-02-18

Medio de pago
Instrumento no definido

Forma de Pago
Contado

Orden de referencia
-

Adquiriente

Nombres y apellidos: HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE ESE

Número de documento
NIT - 890304155-8

Tipo de persona
Persona Jurídica

Régimen fiscal
Impuesto sobre las ventas – IVA

Tipo de responsabilidad
R-99-PN (No aplica – Otros)

Departamento
Valle del Cauca

Municipio
Cali

Dirección
CALLE 5 # 80 - 00

Teléfono
3223232

Correo
ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co

Detalle de los productos y/o servicios facturados

Item	Código	Descripción	Cantidad	U. de Med.	Valor unitario	Dcto	IVA	INC	Valor total
1	SV001	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO EQUIPOS MEDICOS	1,00	UNIDAD	$23.935.000,00	0%	19%		$23.935.000,00

Total Items: 1

Observaciones
EJECUCION CONTRATO N° OS-006-2025

Moneda		COP
Subtotal bruto	=	**$23.935.000,00**
Descuentos	-	$0,00
Recargos	+	$0,00
Subtotal neto	=	**$23.935.000,00**
Impuesto IVA (19%)	+	$4.547.650,00
Subtotal más impuestos	=	**$28.482.650,00**
Total deducciones	=	**$0,00**
Total a pagar	=	**$28.482.650,00**

Numero de autorización: 18764180072733
Rango Autorizado: desde 2170 hasta 3000
Expedida: 2024-09-23 **Vigencia:** 18 meses **Vencimiento:** 2026-03-23
Firma Digital:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.
NIT. 890.304.155-8
VENTANILLA UNICA
FAC2025000060
18 FEB 2025
HORA: 8:28 Am
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL S.A.S.

Hospital Dptal. Psiquiatrico Universitario del Valle

Bases de Datos General /2025

Cronograma Plan de Mantenimiento Hospitalario Año 2025

Anexo-0

TIPO DE MANTENIMIENTO	**01. PREVENTIVO**		**1.854**
Cantidad Equipos Programados al Mes	02-FEB	**309**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	03-MAR	**134**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	04-ABR	**175**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	05-MAY	**134**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	06-JUN	**175**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	07-JUL	**134**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	08-AGO	**175**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	09-SEP	**134**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	10-OCT	**175**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	11-NOV	**134**	
Cantidad Equipos Programados al Mes	12-DIC	**175**	
	Total Programados Año 2025	**1.854**	

MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL S.A.S.
NIT. 900.480.017 - 8 Régimen Común
Mantenimiento, Venta, Repuestos, Accesorios de Equipos Médicos y Apoyo Hospitalario

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA JURÍDICA

Yo, **JORGE ENRIQUE GODOY NABOYAN**, identificado con cédula de ciudadanía No. **76.332.108**, en mi condición de Representante Legal de **MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS**, identificada con **Nit 900.480.017-8**, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Yo, **LIRIS YAMIR GODOY**, identificada con cédula de ciudadanía No. **34.678.780**, y con T**arjeta Profesional No. 81042-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Contador Público de **MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS** identificada con **NIT. 900.480.017-8**, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en SANTIAGO DE CALI, a los18 días del mes de Febrero de 2025.

JORGE ENRIQUE GODOY NABOYAN
Representante Legal

LIRIS YAMIR GODOY NABOYAN
Contadora Pública
T.P No. 81042-T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34.678.780**

GODOY NABOYAN

APELLIDOS

LIRIS YAMIR

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1977**

GUAPI
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-MAY-1996 **GUAPI**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1102800-00163348 F-0034678780-20090717 0013598860A 2 32091926



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
81042-T
LIRIS YAMIR
GODOY NABOYAN
C.C. 34678780
RESOLUCION INSCRIPCION 116 FECHA 23/08/2001
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
PRESIDENTE
JAIME A. HERNANDEZ V.
90284



04/2001-25034

-FIRMA DEL TITULAR-

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

enlace operativo

SuAporte | Prefactura

Fecha creación reporte: 2025-02-17, 03:04:14 PM **Tipo Planilla:** E. PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Número Planilla:** 76179982

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

Fecha limite de pago: 2025-02-06

PAGADA 14/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS				
Documento	NI900480017	**Dirección**	CL 5 NORTE #2 - 52 OFICINA 602		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3452784		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	4
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	GODOY NABOYAN JORGE ENRIQUE	**Identificación**	CC76332108		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades															Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
C 16857222	TIMOTE PRADO EDIER DAVID	01	00																0	30	30	30	30	PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	NUEVA EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	ARL SURA	$ 1.423.500	$ 34.700	COMFANDI	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 376.500
C 1002367387	RIVILLAS CASTRILLON VERONICA	01	00	X															0	1	1	1	1	COLPENSIONES	$ 47.450	$ 7.600	NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	$ 47.450	$ 1.900	ARL SURA	$ 47.450	$ 1.200	COMFANDI	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.600
C 1088384229	LONGARIC OVIEDO ANA GABRIELA	01	00	X															0	1	1	1	1	PROTECCION	$ 47.450	$ 7.600	NUEVA EPS	$ 47.450	$ 1.900	ARL SURA	$ 47.450	$ 1.200	COMFANDI	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.600
C 1113660363	BARBOSA CARDENAS JAIME ANDRES	01	00	X															0	1	1	1	1	PORVENIR	$ 47.450	$ 7.600	EPS SURA	$ 47.450	$ 1.900	ARL SURA	$ 47.450	$ 1.200	COMFANDI	$ 47.450	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.565.850	$ 1.565.850	$ 1.565.850	$ 1.565.850	$ 250.800	$ 0	$ 0	$ 62.700	$ 38.300	$ 62.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 414.300	$ 3.500	$ 417.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA