

 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 19	MM 12	AA 2024
PROVEEDOR:	JPSF SAS		NIT - C.C.N° 900800550-7
OBJETO CONTRACTUAL:			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	CAO-085-2024	ORDEN DE SERVICIO	ORDEN DE COMPRA
		CONTRATO	
CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0-100 PTOS)			
DETALLE		VALOR EN %	
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			
CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL		SI	NO
		VALOR AUTORIZADO A PAGAR \$ 52.836.000,00	
UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO
\$ 52.836.000,00	FACT-N.FE94	19/12/2024	\$ 52.836.000,00
		SALDO	
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.FE94
ENTRADA ALMACÉN	X		CEC-2176
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		X	CAO-085-2024
ORDEN DE COMPRA			
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO			
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		X	240378
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X		
REGISTRO PRESUPUESTAL		X	240840
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:			
SUPERVISOR: HELIO JOSE RAMIREZ MALDONADO - Jefe Oficina de Planeación.			



JPSF SAS
NIT 900.800.550-7
CR 61 16 27
Tel: (032) 3183330715
Cali - Colombia
gerenciajpsf@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE 94

Señores	HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE		
NIT	890.304.155-8	Teléfono	(032) 3223232
Dirección	CL 4 77 A 23	Ciudad	Cali - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	19/12/2024, 11:30
Expedición	19/12/2024, 11:30
Vencimiento	19/12/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	NEVERA Capacidad 509 LITROS Tipo de nevera No Frost Dispensador Sin dispensador Iluminación LED Energía 38,9 Kw/h Amperaje 3,6/4,0 Puertas 1 Peso 85 KG	1.00	18,000,000.00	3,420,000.00	21,420,000.00
2	TELEVISORES TV Imagen y Pantalla Tipo de Pantalla LED - Resolucion Pantalla 4K-UHD	4.00	5,700,000.00	4,332,000.00	27,132,000.00
3	HORNO MICROONDAS Capacidad 1,5 Pies Cúbicos/42 LITROS Dimensiones ancho x alto x profundo 308 mm x 544mm x 440 mm	3.00	1,200,000.00	684,000.00	4,284,000.00

Total Items: 3

Valor en Letras:
Cincuenta y dos millones ochocientos treinta y seis mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Efectivo - Efectivo \$ 52,836,000.00

Total Bruto	44,400,000.00
IVA 19%	8,436,000.00
Total a Pagar	52,836,000.00

Observaciones:
CONTRATO OFERTA DE BIENES Y/O SERVICIOS No CAO-085-2024

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764083149973 aprobado en 20241109 prefijo FE desde el número 91 al 5000 Vigencia: 12 Meses Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 4690 Comercio al por mayor no especializado Tanfa

CUFE: b5d675ce0f3f8744d3147864d3aa64bedcc2af7272b4a140f94e6c0b63c988563987108f40fcedfdca96d98c199c2f76



HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

[REntAlmc]

890304155-8

Fecha Reporte: 23/12/2024

ENTRADA DE ALMACEN No.: CEC-2176

Hora: 16:03:32

FECHA: 19/12/2024 14:22:24

TIPO Sin Orden

ESTADO Activa

Página: 1

FACTURA No.: FACT-N.FE94

REMISIÓN No.:

ORDEN No.:0

Proveedor: 900800550 JPSF SAS

Teléfono: 3363622

Dirección: CR 48A 12B 55

Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)(VALLE)

Bodega: ALMA ALMACEN GENERAL

Observación: FACTURA N. FE94 -19/12/2024 -CDP:240378-RP:240840-CAO-085-2024

Pago A:* 30 DIAS

Referencia	Descripción	Und	Cantid.	Vir.Unitario	Vir/Neto	Vir.IVA	Imp Saludable	Descuen	Vir.Total
5311	NEVERA NO FROST DE 509 LITROS	77	1,00	18.000.000,000000	18.000.000,00	3.420.000,00	0,00	0,00	21.420.000,00
5312	TELEVISOR DE 70" PANTALLA TIPO LED	77	4,00	5.700.000,000000	22.800.000,00	4.332.000,00	0,00	0,00	27.132.000,00
5313	HORNO MICROONDAS DE 42 LITROS	77	3,00	1.200.000,000000	3.600.000,00	684.000,00	0,00	0,00	4.284.000,00
Totales					44.400.000,00	8.436.000,00	0,00	0,00	52.836.000,00

Angelica Tabares

ELABORO ANGELICA TABARES

RECIBÍO

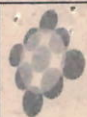
23/12/2024

*** FIN DEL REPORTE ***

16:03:32

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

Usuario: ATABARES



INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

CÓDIGO FOR-DES-10

VERSIÓN 03

VIGENCIA MAYO 2021

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL _____ informe Número 1

INFORME FINAL _____

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 / 12 / 2024) HASTA (31 / 12 / 2024)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. CAO-085-2024

Nombre Del Contratista: JPSF SAS

Identificación del Contratista: 900.800.550-7

Nombre (S) del Supervisor (Es): HELIO JOSE RAMIREZ MALDONADO

Objeto del Contrato u Orden de Compra y/o Servicio o Aceptación de Oferta: Suministro de nevera- horno microondas y tvs

Fecha de Inicio: 18 de diciembre de 2024

Fecha de terminación: 31 de diciembre 2024

Valor contrato: CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/CT (52.836.000)

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 240378

Número de Registro Presupuestal: 240840

GARANTIAS APROBADAS	SI	NO	NO APLICA
POLIZA CUMPLIMIENTO			
POLIZA DE CALIDAD			
POLIZA DE PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES			X
POLIZA DE ESTABILIDAD DE OBRA			X
POLIZA DE BUEN MANEJO DEL PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO			
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL			X
PAGARÉ DE RESPALDO			X
ARTÍCULO 44. Estatuto Interno Contratación. GARANTÍA PRESUNTA.	X		

NIT. 890.304.155-8

Calle 5 N° 80-00 / PBX: 3223232 / Santiago de Cali, Colombia
ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co / www.psiquiatricocali.gov.co

Salud Mental para todos con Calidad y Eficiencia



INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

CÓDIGO

FOR-DES-10

VERSIÓN

03

VIGENCIA

MAYO 2021

(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

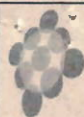
FECHA DE LA ADICIÓN Y/O PRORROGA: N/A

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 cláusulas 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.

NIT. 890.304.155-8

Calle 5 N° 80-00 / PBX: 3223232 / Santiago de Cali, Colombia
ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co / www.psiquiatricocali.gov.co
Salud Mental para todos con Calidad y Eficiencia



INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

CÓDIGO

FOR-DES-10

VERSIÓN

03

VIGENCIA

MAYO 2021

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 DECOBRO	PORCENTAJE DE AVANCE	SALDO DE EJECUCIÓN
19/12/2024	\$52.836.000	100%	0

NIT. 890.304.155-8

Calle 5 N° 80-00 / PBX: 3223232 / Santiago de Cali, Colombia
ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co / www.psiquiatricocali.gov.co
Salud Mental para todos con Calidad y Eficiencia



INFORME DE EJECUCION DE CONTRATOS

CÓDIGO FOR-DES-10

VERSIÓN 03

VIGENCIA MAYO 2021

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 -CAO-085-2024 - Suministro de nevera- horno microondas y tvs

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	2024/11	2024/12/09	SI
SALUD	2024/12	2024/12/09	SI
RIESGOS LABORALES	2024/12	2024/12/09	SI
APORTES PARAFISCALES	2024/12	2024/12/09	SI

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: HELIO JOSE RAMIREZ MALDONADO

CARGO: JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN.

FIRMA

Fecha presentación :27/12/2024

NIT. 890.304.155-8

Calle 5 N° 80-00 / PBX: 3223232 / Santiago de Cali, Colombia
ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co / www.psiquiatricocali.gov.co
Salud Mental para todos con Calidad y Eficiencia

CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICACIÓN PERSONA JURÍDICA

El Suscrito Representante Legal, certifica que la sociedad JPSF SAS, identificada con NIT. 900.800.550-7 se encuentra a Paz y Salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

APORTE PARAFISCAL	INDIQUE LOS SEIS ÚLTIMOS MESES CALENDARIO LEGALMENTE EXIGIBLES A LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA PARA EL PRESENTE PROCESO					
	JUN	JUL	AGOST	SEPT	OCT	NOV
Sistema de Seguridad Social: Salud	X	X	X	X	X	X
Riesgos Profesionales	X	X	X	X	X	X
Pensiones	X	X	X	X	X	X
Aportes Parafiscales: Cajas de Compensación Familiar	X	X	X	X	X	X
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF	X	X	X	X	X	X
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	X	X	X	X	X	X

La presente se expide a los 10 días del mes de diciembre del año 2024, en Cali.

Atentamente,

Alba Milena Ruiz Burbano

ALBA MILENA RUIZ BURBANO

Representante Legal

JPSF S.A.S

Nit: 900.800.550-7

Telefono: 3126731076 Correo: comercialjpsfsas@gmail.com



JPSF SAS
NIT: 900800550-7
Régimen Común

Oficina Principal

Cra 61 # 16-27

comercialjpsfsas@gmail.com

Cel: 3183330715

proveedor_jpsf

Cali - Colombia

JPSF SAS, ¡Tú proveedor!

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE													
Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e RGIF					
NIT 900800550	7	JPSE SAS	B - MENOS DE 200 COLTIZANTES	OFCINA	CARRERA 61 No. 16 - 27	CALI VALLE	3181130715	SI					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo		Clave		Fecha		Pago							
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor				
2024-11	2024-12	1108871272	9678661344	E	2024/12/12	2024/12/09	BANCOLOMBIA	0	\$1,275,200				
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES													
EMPLEADO				PENSION			SALUD			RIESGO			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
1	CC 14462380	CASTAÑEDA SIERRA CHRISTIAN FELIPE	230201	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5005	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF57	30	\$1,300,000
2	CC 25378417	GOMEZ VICTORIA MARILJA	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5010	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF57	30	\$1,300,000
3	CC 45324906	DE LA OSA RODRIGUEZ ADRIANA MARGARITA	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5010	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF57	30	\$1,300,000
4	CC 15483920	RUIZ BORBANO ALBA MELIANA	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5010	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF57	30	\$1,300,000
Total	Afiliados (4)				\$5,200,000		5832,000		\$5,200,000				\$5,200,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				4	\$832,000	\$0	\$0	\$832,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PORVENIR	230201	800,224,808	8	2	\$416,000	\$0	\$0	\$416,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	\$27,200	\$0	\$0	\$27,200
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	\$27,200	\$0	\$0	\$27,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	4	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
EPS SUIA (ANTES SUSALUD)	EP5010	800,088,702	2	3	\$156,000	\$0	\$0	\$156,000
SANITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$52,000	\$0	\$0	\$52,000
TOTAL				4	\$1,275,200	\$0	\$0	\$1,275,200



DAVIVIENDA

CERTIFICACION

SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA, 16/12/2024

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **JPSF SAS** con NIT **900.800.550-7** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

108900414401

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA