



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
	26	2	2025

PROVEEDOR:	IMPREBARRAS SAS	NIT - C.C N° 900.519.811-10
------------	-----------------	-----------------------------

OBJETO CONTRACTUAL:	"COMPRA DE MANILLAS TYVEK PARA IDENTIFICACION DE ACOMPAÑANTES EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE"
---------------------	--

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	CAO-016-2025	ORDEN DE SERVICIO	ORDEN DE COMPRA	CONTRATO
-------------------------------	--------------	-------------------	-----------------	----------

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0- 100 PTOS)

DETALLE	VALOR EN %	OBSERVACIONES
CALIDAD Cantidad aceptada / Cantidad total recibida		El proveedor cumple con lo pactado en las cláusulas, según CAO-016-2025 entregando el bien con la referencia que colizo.
CANTIDAD Cantidad entregada/ Cantidad solicitada		El proveedor cumple con lo pactado en las cláusulas, según CAO-016-2025 entregando el bien Total
OPORTUNIDAD Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada		El proveedor cumple con lo pactado en las cláusulas, según CAO-016-2025 entregando el bien, en el tiempo acordado.
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN		
CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI	NO
		VALOR AUTORIZADO A PAGAR \$ 1.666.000,00

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR. CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
\$ 1.666.000,00	FACT-CR-13986	24/02/2025	\$ 1.666.000,00	\$ -
			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-CR-13986
ENTRADA ALMACÉN	X		CEC-2237
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		X	CAO-016-2025
ORDEN DE COMPRA			
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO			
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		X	250046
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X		
REGISTRO PRESUPUESTAL		X	250067
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: LUIS HERNANDO ESCOBAR MOSQUERA -LIDER DE SERVICIOS AMBULATORIOS



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 / 02 / 2025) HASTA (28 / 0 / 2025)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. CAO-016-2025

Nombre Del Contratista: IMPREBARRAS S.A.S

Identificación del Contratista: 900519811-0

Nombre (S) del Supervisor (Es): LUIS HERNANDO ESCOBAR MOSQUERA

Objeto del Contrato u Orden de Compra y/o Servicio o Aceptación de Oferta: "COMPRA DE MANILLAS TYVEK PARA IDENTIFICACION DE ACOMPAÑANTES EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE"

Fecha de Inicio: 06 de febrero 2025

Fecha de terminación: 31 de diciembre 2025

Valor contrato: UN MILLÓN SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE (\$1.666.000) INCLUIDO IVA

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 250046

Número de Registro Presupuestal: 250067

GARANTÍAS 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 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.

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

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 DECUBRO	PORCENTAJE DE AVANCE	SALDO DE EJECUCIÓN
24/02/2025	\$ 1.666.000	100%	\$ 0

NIT. 890.304.155-8

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



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

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-016-2025 "COMPRA DE MANILLAS TYVEK PARA IDENTIFICACION DE ACOMPAÑANTES EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE"

7. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES AL CONTRATISTA:

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	2025/01	2025/02/05	SI
SALUD	2025/02	2025/02/05	SI
RIESGOS LABORALES	2025/02	2025/02/05	SI
APORTES PARAFISCALES	2025/02	2025/02/05	SI

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: LUIS HERNANDO ESCOBAR MOSQUERA

CARGO: LIDER DE SERVICIOS AMBULATORIOS

FIRMA

Fecha presentación :27/02/2025

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