Hospital Departamental Psiquiátrico San Isidro 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
	22	12	2025

PROVEEDOR:	HECTOR MARIO LONDOÑO TOVAR	NIT 13452365-1

OBJETO CONTRACTUAL:	"SUMINISTROS E INSTALACIONES DE ESCOTILLAS Y SENSORES DETECCION DE INCENDIOS EN PASILLOS DE HOSPITALIZACION

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	CAO-076-2025	ORDEN DE SERVICIO	X	ORDEN DE COMPRA		CONTRATO	CAO 076

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (3 - 100 PTOS)

DETALLE	VALOR EN %	OBSERVACIONES
CALIDAD Cantidad aceptada / Cantidad total recibida	90 %	NA
CANTIDAD Cantidad entregada/ Cantidad solicitada	90 %	NA
OPORTUNIDAD Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada	90 %	NA
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN	90 %	

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI	X	NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	$ 6.698.541

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 6.698.541	FELE75	22/12/2025	$ 6.698.541	$ -
			SALDO	$ -

LISTA DE CHEQUEO PARA EL AREA FINANCIERA

DESCRIPCIÓN	MARQUE SI ANEXA DOCUMENTO EN FÍSICO	MARQUE SI EL DOCUMENTO ESTÁ ESCANEADO	OBSERVACIONES
ORDEN DE LIQUIDACIÓN O CAUSACIÓN	N/A		CAO -076-2025 , FELE 75
CUENTA DE COBRO / FACTURA ORIGINAL	N/A		
ENTRADA ALMACÉN	N/A		
ACTO ADMINISTRATIVO	N/A		
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	N/A		
ORDEN DE COMPRA	N/A		
ORDEN DE SERVICIO	N/A		
CONTRATO	CAO 076		
POLIZAS	SI		CCS-100043291 CCS-100009161
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI		No. 250216
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	SI		Presenta Planilla de pago de seguridad social No 9496329277. COLFONDOS, PORVENIR, SURA, COMFANDI, EMSSANAR,MALLAMAS, NUEVA EPS, SANITAS
REGISTRO PRESUPUESTAL	SI		No 250444
CONSTANCIA DE RECIBO ALMACEN ACTIVOS	N/A		
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO REQUISITOS TECNOLOGICOS	N/A		
ACTA DE AVANCE O LIQUIDACIÓN	N/A		
PRESENTA AVANCES O CIERRE DE NO CONFORMIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA DERIVADA DE LA AUDITORÍA A PROVEEDORES	N/A		
CUMPLE CON EL SST, DOTACIÓN Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y	N/A		
CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS AMBIENTALES QUE LE APLICAN	N/A		

SUPERVISORIA: Helio Jose Ramirez Maldonado - Jefe Oficina Asesora de Planeación

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL:
INFORME FINAL X

PERÍODO DEL INFORME: 08/09 (2025) A 19/09/ (2025)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. CAO -076-2025

Nombre Del Contratista: HECTOR MARIO LONDOÑO TOVAR

Identificación del Contratista: NITNIT 13452365-1

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

Objeto del Contrato u Orden de Compra y/o Servicio o Aceptación de Oferta:

"SUMINISTROS E INSTALACIONES DE ESCOTILLAS Y SENSORES DETECCION DE INCENDIOS EN PASILLOS DE HOSPITALIZACION

Fecha de Inicio: 19/08/25

Fecha de terminación:19/09/25

Valor contrato: $ 66.985.419

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: No 250216

Número de Registro Presupuestal: No 250444

GARANTÍAS APROBADAS	SI	NO	NO APLICA
PÓLIZA CUMPLIMIENTO	X		
PÓLIZA DE CALIDAD	X		
PÓLIZA DE PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	X		
PÓLIZA DE ESTABILIDAD DE OBRA	X		
PÓLIZA DE BUEN MANEJO DEL PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	X		
PÓLIZA 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:

ANTICIPO: SI NO :X VALOR: $ 66.985.419

ENTIDAD DONDE SE CONSTITUYE FIDUCIA PARA PAGO DE ANTICIPO: N/A

EN CASO DE PAGO DE ANTICIPO DISCRIMINAR LA EJECUCIÓN DEL PAGO: N/A

3. MODIFICACIONES AL CONTRATO

ADICIONES EN VALOR $_____ N/A: X

PRORROGA EN TIEMPO: _____ N/A: X

FECHA DE LA ADICIÓN Y/0 PRORROGA: X

4. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Prestar los servicios que por el presente contrato se compromete, conforme a los procedimientos y requisitos exigidos por EL HOSPITAL.	**SI**		
A diligenciar la información conforme a las disposiciones legales, contractuales, o administrativas a que esté sometido EL HOSPITAL y que se requiera para el gestiona miento que se derive del servicio prestado por EL CONTRATISTA.	**SI**		
Prestar los servicios aquí establecidos o que en anexo se entiendan incorporados, dentro de los parámetros mínimos que prevean las disposiciones legales, buscando siempre una óptima utilización de su estructura física, tecnológica, de recurso humano y gestión.	**SI**		

Responder, custodiar y velar por los inventarios de los elementos devolutivos asignados y velar por la actualización permanente.	**SI**		
A no divulgar información alguna de que tenga conocimiento por razón de sus servicios, a menos que cuente para el efecto con la autorización previa y por escrito del HOSPITAL	**SI**		
A que, una vez terminado el presente contrato por cualquier causa, suministrar al HOSPITAL la información que eventualmente le sea requerida.	**SI**		
A tener en cuenta las recomendaciones y sugerencias realizadas por el Supervisor del presente contrato, para una mejor y eficiente prestación del servicio.	**SI**		
Hacer entrega mediante inventario documental de los documentos de archivo que se estén bajo su poder, independientemente del medio en el que se encuentren (físico y/o electrónico). Para los archivos electrónicos incluye los que están dispuestos en equipos de cómputo, portátiles y en general cualquier dispositivo ó medio electrónico. So pena de ser denunciado ante los organismos de control por el incumplimiento de esta obligación para las acciones del caso.	**SI**		
Presentar oportunamente los soportes correspondientes para el pago.	**SI**		
Aplicar las normas que establezca el Archivo General de la Nación respecto a	**SI**		

la gestión documental que le aplique al hospital, así como las directrices dadas en los manuales, guías, procedimientos y demás documentación que el hospital disponga para tal fin.			
Cumplir con el pago al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensión, ARL propia y de su personal, así como el pago de los aportes parafiscales cuando a ello haya lugar de conformidad el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y demás normas que reglamenten la materia. Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.	**SI**		
Aportar listado de trabajadores que efectivamente desarrollarán la obra, que incluya documento de identificación, cargo y asignación salarial.	**SI**		
Entregar Certificados para trabajos de alto riesgo y alturas, si aplica	**SI**		
Presentar Hoja de vida del responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y – si aplica – del responsable del proyecto.	**SI**		
Presentar plan de trabajo anual correspondiente al Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (o el Programa de Salud Ocupacional en tanto se cumplen los plazos para contar con el sistema).	**SI**		

Presentar Constancia de Autoevaluación vigente de los estándares mínimos del SGSST es línea con las exigencias de la Resolución 0312 de 2019 en su artículo 26 y 27 que determina la tabla de valores y calificación de los Estándares Mínimos del SGSST.	**SI**		
Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato.	**SI**		

NOTA: Utilice las filas que sean necesarias.

5. EJECUCIÓN CONTRACTUAL			
FECHA FACTURA	**VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO**	**PORCENTAJE DE AVANCE**	**SALDO DE EJECUCIÓN**
FELE 75	$ 6.698.541	100 %	0

NOTA: Utilice las filas que sean necesarias.

6. INFORME TÉCNICO

RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS:

Se recibe por parte del HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E, los servicios con base en las condiciones establecidas en el Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. CAO-076-2025 y que a continuación se describen

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	2025-12	2025-12-11	SI
SALUD	2025-12	2025-12-11	SI
RIESGOS LABORALES	2025-12	2025-12-11	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	**NA**	Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio)	
PENSIÓN	2025-12	2025-12-11	SI
SALUD	2025-12	2025-12-11	SI
RIESGOS LABORALES	2025-12	2025-12-11	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	**NA**		

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: HELIO JOSE RAMIREZ MALDONADO
CARGO: Jefe Oficina Asesora de planeación

Fecha presentación 22/12/2025