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
	31	12	2025

PROVEEDOR:	CIMEX COLOMBIA SAS	NIT - C.C N° 800202146

OBJETO CONTRACTUAL:	Compra de dotación hospitalaria para el funcionamiento de salas de hospitalización , colchones , forro para colchon , guillotina , gradilla de dos pasos , para el HDPUV

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		ORDEN DE SERVICIO		ORDEN DE COMPRA	010 2025	CONTRATO	

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0 - 100 PTOS)

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

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI		NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	$ 114.109.100,00

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 114.109.100,00	1FE2871	19/12/2025	$ 91.534.800,00	$ 22.574.300,00
$ 22.574.300,00	1FE2887	30/12/2025	$ 22.574.300,00	$ -
Observacion servicios prestados mes de diciembre 2025			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			PAGO FACTURA 1FE 2871 - 1FE2887
ENTRADA ALMACÉN			
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA			
ORDEN DE COMPRA			OC 010 2025
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO			
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			250163 de 13 de mayo 2025
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES			PLANILLA DE APORTES EN LINEA PENSIÓN 2025 -12-04 - SALUD 2025-12-04
REGISTRO PRESUPUESTAL			250780
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 PAT _____ LUIS HERNANDO ESCOBAR

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
	31	12	2025

PROVEEDOR:	CIMEX COLOMBIA SAS	NIT - C.C N° 800202146

OBJETO CONTRACTUAL:	Compra de dotación hospitalaria para el funcionamiento de salas de hospitalización , colchones , forro para colchon , guillotina , gradilla de dos pasos , para el HDPUV

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		ORDEN DE SERVICIO		ORDEN DE COMPRA	010 2025	CONTRATO	

CALIFICACION DEL SUMINISTRO O SERVICIO (0 - 100 PTOS)

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

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI		NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	$ 114.109.100,00

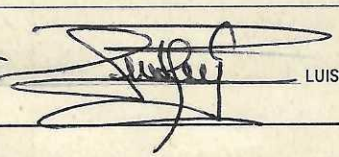
UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 114.109.100,00	1FE2871	19/12/2025	$ 91.534.800,00	$ 22.574.300,00
$ 22.574.300,00	1FE2887	30/12/2025	$ 22.574.300,00	$ -
Observacion servicios prestados mes de diciembre 2025			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			PAGO FACTURA 1FE 2871 - 1FE2887
ENTRADA ALMACÉN			
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA			
ORDEN DE COMPRA			OC 010 2025
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO			
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			250163 de 13 de mayo 2025
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES			PLANILLA DE APORTES EN LINEA PENSIÓN 2025 -12-04 - SALUD 2025-12-04
REGISTRO PRESUPUESTAL			250780
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 PAT  LUIS HERNANDO ESCOBAR

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL ____ informe Número __1__

INFORME FINAL ____

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 / 12 / 2025) HASTA (31 / 12 / 2025)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. ___OC 010 2025_____

Nombre Del Contratista: CIMEX COLOMBIA SAS

Identificación del Contratista: 800202146

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 dotación hospitalaria para el funcionamiento de salas de hospitalización, colchones, forro para colchón, guillotina, gradilla de dos pasos, para el HDPUV.

Fecha de Inicio: 18/12/2025

Fecha de terminación: 31/12/2025

Valor contrato: $114.109.100

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 250163 DEL 13 DE MAYO 2025

Número de Registro Presupuestal: 250780

GARANTIAS APROBADAS	SI	NO	NO APLICA
POLIZA CUMPLIMIENTO			
POLIZA DE CALIDAD			
POLIZA DE PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES			
POLIZA DE ESTABILIDAD DE OBRA			
POLIZA DE BUEN MANEJO DEL PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO			
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
PAGARÉ DE RESPALDO			
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: _____

7. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES AL CONTRATISTA:

(ESCRIBA SI LAS HAY. SINO LAS HAY ESCRIBA 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	2025-12	2025/12/04	SI
SALUD	2025-12	2025/12/04	SI
RIESGOS LABORALES			
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)		Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio)	9496021769

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: LUIS HERNANDO ESCOBAR MOSQUERA

CARGO: LIDER SERVICIOS AMBULATORIOS

FIRMA

Fecha presentación (31/12/2025): / /