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
	17	9	2025

PROVEEDOR:	ESTERILIZAR SAS	NIT - C.C N°	900.681.300-0

OBJETO CONTRACTUAL:	SERVICIO DE ESTERILIZACION

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	CAO-021-2025	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	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	$	245.657,25

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
SALDO ANTERIOR	FACTURA FEVP	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 4.760.000	59866	11/03/2025	$ 158.418,75	$ 4.601.581
$ 4.601.581	60724	1/04/2025	$ 127.925,00	$ 4.473.656
$ 4.473.656	60725	1/04/2025	$ 123.760,00	$ 4.349.896
$ 4.349.896	61170	11/04/2025	$ 62.921,00	$ 4.286.975
$ 4.286.975	62667	21/05/2025	$ 142.353,75	$ 4.144.622
$ 4.144.622	64142	26/06/2025	$ 208.067,00	$ 3.936.555
$ 3.936.555	65835	5/08/2025	$ 127.742,72	$ 3.808.812
$ 3.808.812	66926	1/09/2025	$ 188.763,75	$ 3.620.048
$ 3.620.048	67349	10/09/2025	$ 245.657,25	$ 3.374.391
			SALDO	$ 3.374.391

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. 67349
ENTRADA ALMACÉN			
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		X	CAO-021-2025
ORDEN DE COMPRA			
ORDEN DE SERVICIO			

CONTRATO			
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		X	250058
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	x		
REGISTRO PRESUPUESTAL		X	250069
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 Samira Dinas Possu SAMIRA DINAS POSSU			

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL: informe Número IX

INFORME FINAL:

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 de septiembre 2025) HASTA (18 de septiembre 2025)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. CAO – 021 – 2025

Nombre Del Contratista: ESTERILIZAR SAS

Identificación del Contratista: 900.681.300-0

Nombre del Supervisor: SAMIRA DINAS POSSU

Objeto del contrato: Servicio de esterilización

Fecha de Inicio: 21 / 02 / 2025

Fecha de terminación: 31 / 12 / 2025

Valor contrato: $ 4.760.000

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 250058

Número de Registro Presupuestal: 250069

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	SI		

contratante, que para todos los efectos se consideran parte esencial del presente contrato.			
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 quep sean necesarias de acuerdo con la naturaleza y objeto del contrato.	**SI**		

5. EJECÚCIÓN CONTRACTUAL

FECHA FACTURA	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO	PORCENTAJE DE AVANCE	SALDO DE EJECUCIÓN
11/03/2025	$ 158.419	9%	$ 4.601.581
01/04/2025	$ 127.925	18%	$ 4.473.656
01/04/2025	$ 123.760	27%	$ 4.349.896
11/04/2025	$ 62.921	36%	$ 4.286.975
21/05/2025	$ 142.354	45%	$ 4.144.622
26/06/2025	$ 208.067	54%	$ 3.936.555
05/08/2025	$ 127.742,72	63%	$ 3.808.812
01/09/2025	$ 188.763,75	65%	$ 3.620.048
10/09/2025	$ 245.657.25	67%	$ 3.374.391

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. CAO-021-2025 y que a continuación se describen:

Servicios de esterilización
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.

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	2025-09	2025-09-02	SI
SALUD	2025-09	2025-09-02	SI
RIESGOS LABORALES	2025-09	2025-09-02	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	2025-09	Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio)	1075281348

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: SAMIRA DINAS POSSU

CARGO: LIDER GESTION DE HOSPITALIZACION

FIRMA Samira Dinas Possu

Fecha presentación (17/ 09 / 2025)