| 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 |
|---|---|---|---|
| | 6 | 10 | 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<br>Cantidad aceptada / Cantidad total recibida | 100% | | | | | | |
| CANTIDAD<br>Cantidad entregada/ Cantidad solicitada | 100% | | | | | | |
| OPORTUNIDAD<br>Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada | 100% | | | | | | |
| TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN | 100% | | | | | | |
| CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL | SI | x | NO | | VALOR AUTORIZADO A PAGAR | $ | 109.182,50 |

| 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 | $ 251.685,00 | $ 3.368.363 |
| $ 3.368.363 | 68348 | 3/10/2025 | $ 62.921,25 | $ 3.305.442 |
| $ 3.305.442 | 68683 | 10/10/2025 | $ 109.182,50 | $ 3.196.259 |
| | | | SALDO | $ 3.196.259 |

| 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. 68683 |
| 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:

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.
Samira Dinas Rozzi
C.C. 31.503.520
ENFERMERA N 06595
JEFE PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN

SUPERVISOR
SAMIRA DINAS ROZZI

## 1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL: informe Número XI

INFORME FINAL:

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 de octubre 2025) HASTA (31 de octubre 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. EJECUCIÓN 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 | $ 251.685 | 67% | $ 3.368.363 |
| 3/10/2025 | $ 62.921,25 | 69% | $ 3.305.442 |
| 10/10/2025 | $ 109.182,50 | 70% | $ 3.196.259 |

## 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** | 2025-10 | 2025-10-01 | SI |
| **SALUD** | 2025-10 | 2025-10-01 | SI |
| **RIESGOS LABORALES** | 2025-10 | 2025-10-01 | SI |
| **APORTES PARAFISCALES** (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas) | 2025-10 | Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio) | 1075987531 |

## 9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

**NOMBRE:** SAMIRA DINAS POSSU

**CARGO:** LIDER GESTION DE HOSPITALIZACION

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.
Samira Dinas Possu
C.C. 34.568.540
ENFERMERA RUN 06598
LÍDER PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN

**FIRMA**

**Fecha presentación (15/ 10 / 2025)**