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
	16	6	2026

PROVEEDOR:	JPSF SAS	NIT - C.C N° 900,800,550
OBJETO CONTRACTUAL:	Suministro de dotación para la permanencia de población sujeta de atención en el Hospital Departamenta Psiquaitrico Universitario del Valle .	

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	063 - 2026	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%	El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas según CAO 063 2026 , entregado al servicio .
CANTIDAD Cantidad entregada/ Cantidad solicitada	100%	El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas según CAO 063 2026 , total al servicio .
OPORTUNIDAD Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada		El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas según CAO 063 2026 , entregado al servicio .en el tiempo acordado .
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN		

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI		NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	$12,511,422

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 41.704.740,00	2026 - 29 ANTICIPO	11/06/2026	$ 12.511.422,00	$ 29.193.318,00
ANTICIPO MES JUNIO			SALDO	$ 29.193.318,00

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		ANTICIPO 2026-29
ENTRADA ALMACÉN			
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		X	CAO 063 2026
ORDEN DE COMPRA			
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO			
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		X	260190 - 8 de mayo 2026
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X		
REGISTRO PRESUPUESTAL		X	260202 - 9 de junio 2026
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 PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E. NIT. 890306166-8 BERENICE RIVERA TRUJILLO C.C. 24336447 / TUN. 02689 LIDER PROGRAMA ISC

SUPERVISOR _____

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
	16	6	2026

PROVEEDOR:	JPSF SAS	NIT - C.C N° 900,800,550
OBJETO CONTRACTUAL:	Suministro de dotación para la permanencia de población sujeta de atención en el Hospital Departamenta Psiquaitrico Universitario del Valle .	

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA	063 - 2026	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%	El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas según CAO 063 2026 , entregado al servicio .
CANTIDAD Cantidad entregada/ Cantidad solicitada	100%	El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas según CAO 063 2026 , total al servicio .
OPORTUNIDAD Fecha de entrega real / Fecha de entrega acordada		El proveedor cumple con lo pactado en las clausulas según CAO 063 2026 , entregado al servicio .en el tiempo acordado .
TOTAL PROMEDIO CALIFICACIÓN		

CUMPLE CON OBJETO CONTRACTUAL	SI		NO		VALOR AUTORIZADO A PAGAR	$12,511,422

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 41.704.740,00	2026 - 29 ANTICIPO	11/06/2026	$ 12.511.422,00	$ 29.193.318,00
ANTICIPO MES JUNIO			SALDO	$ 29.193.318,00

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		ANTICIPO 2026-29
ENTRADA ALMACÉN			
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		X	CAO 063 2026
ORDEN DE COMPRA			
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO			
POLIZAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		X	260190 - 8 de mayo 2026
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	X		
REGISTRO PRESUPUESTAL		X	260202 - 9 de junio 2026
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 PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO E.S.E. NIT. 890304185-8 BERENICE RIVERA TRUJILLO C.C. 66.847.761 LIDER PROGRAMA

SUPERVISOR _____

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL _X___ informe Número ____

INFORME FINAL ____

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 / 06 / 2026) HASTA (30 / 06 / 2026)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. CAO 063 2026_____

Nombre Del Contratista: JPSF SAS

Identificación del Contratista: 900.800.550 - 7

Nombre (S) del Supervisor (Es): MARIA BERENICE RIVERA TRUJILLO

Objeto del Contrato u Orden de Compra y/o Servicio o Aceptación de Oferta: DOTACIÓN PARA POBLACIÓN INIMPUTABLES QUE SE ENCUENTRAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE.

Fecha de Inicio: 09/06/2026

Fecha de terminación: 09/09/2026

Valor contrato: $ 41.704.740

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 260190 -08 DE MAYO 2026

Número de Registro Presupuestal: 260202 – 09 DE JUNIO 2026

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__X_ NO___ VALOR: $ 12.511.422

ANTICIPO: SI__X_ NO __ VALOR: $ 12.511.422 .

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
Garantizar la entrega de los bienes de forma oportuna y con calidad .	x		
Cumplir con las especificaciones técnicas de acuerdo con lo solicitado por EL HOSPITAL y con lo ofertado en su propuesta .	x		
Coordinar las entregas con el supervisor del contrato	x		

NOTA: Utilice las filas que sean necesarias.

5. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

FECHA FACTURA	VALOR FACTURA O CUENTA DECOBRO	PORCENTAJE DE AVANCE	SALDO DE EJECUCIÓN
16/06/2026	$12.511.422	30%	$ 29.193.318

NOTA: Utilice las filas que sean necesarias.

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 No. 063 2026_____ y que a continuación se describen: S e recibe dotación de permanencia de población sujeta de atención en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

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	2026 – 05	2026-05 -22	SI
SALUD	2026 – 05	2026-05-22	SI
RIESGOS LABORALES	2026 - 05	2026 -05-22	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	**2026 - 05**	Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio)	**9503776802**

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: MARIA BERENICE RIVERA TRUJILLO.

CARGO: Lider Programa ISC.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E. NIT. 890304155-8 BERENICE RIVERA TRUJILLO C.C. 31945247 T.P. LIDER PROGRAMA ISC

FIRMA

Fecha presentación (DD/MM/AAAA): 16 / 06 / 2026.

30%