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
	25	8	2025

PROVEEDOR:	MEGASI BIOMEDICA INTEGRAL SAS	NIT - C.C N° 900.480017-8

OBJETO CONTRACTUAL:	mantenimiento preventivo y correctivo para los equipos Biomédicos del hospital psiquiátrico universitario del valle en sus sedes.

CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA		ORDEN DE SERVICIO	OS-006-2025	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	$ 14.500.000

UTILIZACIÓN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

SALDO ANTERIOR	CUENTA COBRO	FECHA DE CUENTA DE COBRO	VR.CUENTA DE COBRO	NUEVO SALDO
$ 170.895.900	2185	18/02/2025	$ 28.482.650	$ 142.413.250
$ 142.413.250	2189	19/03/2025	$ 14.500.000	$ 127.913.250
$ 127.913.250	2193	15/04/2025	$ 14.500.000	$ 113.413.250
$ 113.413.250	2199	16/5/20258	$ 14.500.000	$ 98.913.250
$ 98.913.250	2208	16/06/2025	$ 14.500.000	$ 84.413.250
$ 84.413.250	2211	16/07/2025	$ 14.500.000	$ 69.913.250
$ 69.913.250	2215	19/08/2025	$ 14.500.000	$ 55.413.250
			SALDO	$ 55.413.250

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. 2215
ENTRADA ALMACÉN			
ACTO ADMINISTRATIVO			
CARTA DE ACEPTACIÓN DE OFERTA			
ORDEN DE COMPRA			
ORDEN DE SERVICIO			
CONTRATO	x		OS 006 2025
POLIZAS			

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	x		250036
CERTIFICACIÓN, PLANILLA DE PAGO APORTES SEGUIRIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	x		
REGISTRO PRESUPUESTAL	x		250058
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_____

Shirley Chilatra Osorio

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL: informe Número V

INFORME FINAL:

PERÍODO DEL INFORME: DESDE (01 de agosto 2025) HASTA (31 de agosto 2025)

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. OS – 006 – 2025

Nombre Del Contratista: MEGASI BIOMEDICO INTEGRAL SAS

Identificación del Contratista: 900480017-8

Nombre del Supervisor: SHIRLEY CHILATRA OSORIO

Mantenimiento preventivo y correctivo para los equipos Biomédicos del hospital psiquiátrico universitario del valle en sus sedes.

Fecha de Inicio: 18 / 02 / 2025

Fecha de terminación: 28 / 02 / 2025

Valor contrato: $ 170.895.900

Número de Certificado de Disponibilidad Presupuestal: 250036

Número de Registro Presupuestal: 250058

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 contratante , que para todos los efectos se consideran parte esencial del presente contrato.	SI		

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 que 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
18/02/2025	$28.482.650	9.09%	$142.413.250
19/03/2025	$14.500.000	18%	$127.913.250
15/04/2025	$14.500.000	27%	$ 113.413.250
16/05/2025	$14.500.000	36%	$ 98.913.250
16/06/2025	$14.500.000	45%	$ 84.413.250
16/07/2025	$14.500.000	54%	$ 69.913.250
19/08/2025	$14.500.000	63%	$ 55.413.250

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. OS-006-2025 y que a continuación se describen:

El contratista entrega como soporte el plan de trabajo y cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos del hospital; como evidencia se presentan los reportes de los mantenimientos realizados de forma óptima en el mes junto con el indicador de cumplimiento de mantenimiento.
En lo que ha avanzado el contrato no se han presentado perjuicios de ningún tipo, hasta el momento no se le ha solicitado información adicional.
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.
Hasta la fecha, el contratista ha acatado y seguido todas las recomendaciones observaciones, sugerencias y disposiciones de la supervisora tales como el acompañamiento en el programa institucional de tecno vigilancia, entre otras.

El contratista ha atendido los llamados para revisiones de fallas y mantenimientos correctivos que se han presentado durante el desarrollo del contrato dentro de los tiempos estipulados.

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	2025-08	2025-08-05	SI
SALUD	2025-08	2025-08-05	SI
RIESGOS LABORALES	2025-08	2025-08-05	SI
APORTES PARAFISCALES (Solo para personas naturales obligadas a ello y Personas Jurídicas)	2025-08	Fecha de certificación (Relacione todas las certificaciones presentadas durante la ejecución del contrato/convenio)	Planilla N° 79899153

9. SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

NOMBRE: SHIRLEY CHILATRA

CARGO: COORDINADORA ASISTENCIAL.

FIRMA Shirley Ch.

Fecha presentación (31/08/2025)