| | | |
|---|---|---|
| | **ARMADA NACIONAL**<br>**DIRECCION DE SANIDAD NAVAL** | |
| | **GESTION CONTRACTUAL** | |
| | **ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL** | |
| | **Versión: 3.0** | **Fecha** :25-06-2013 |

**Acta Nª 04 Correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2018**

| DIRECCION DE SANIDAD NAVAL | |
|---|---|
| **Fecha** | SEPTIEMBRE 16 – 2018 |
| **Contrato, Orden o convenio Nº** | 022-DISAN-ARC-2018 |
| **Contratista** | Ortopédicos Futuro Colombia S.A.S |
| **Identificación (Cedula o Nit)** | Nit. 900824186-2 |
| **Objeto** | Contratar el suministro a todo costo de elementos Ortesicos, ayudas para la Marcha y Movilidad, Requeridos por los Pacientes, sean ellos afiliados y/o Beneficiarios del subsistema de las Fuerzas Militares ARC. |
| **Valor Total del Contrato** | Seis Millones Quinientos Veinte Mil Pesos Moneda Corriente ($ 6.520.000,00 M/CTE) |
| **Plazo de Ejecución** | A partir de la aprobación de la Garantía Única, previa expedición del registro Presupuestal Hasta el 30 de Noviembre del 2018. |
| **Forma y Condiciones de Pago** | La Dirección de sanidad Naval, cancelara al Contratista el valor del contrato en pagos parciales, de conformidad con los elementos efectivamente suministrados y facturados mensualmente a la Dirección de Sanidad Naval en la Cuenta de Ahorros N°: 82139181910 del Banco Bancolombia dentro de los 90 días calendario siguientes a la autorización expedida por el Supervisor. |
| **Número de la factura** | 13078 |
| **Valor de la Factura** | $ 90.419,77 |
| **Saldo del contrato** | $ 5.856.779,28 % EJECUTADO: 10.17% |
| **No CDP** | No. 5718 de fecha 01-02-2018 por $ 41.520.000 de pesos |
| **No RP** | No. 7518 de fecha 19-04-2018 por $ 6.520.000,00 de pesos |

| CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **DESCRIPCION** | **CANTIDAD** | **MARCA** | **ORDEN PEDIDO Nº** | **VALOR** |
| 7 | **ELEVADOR DE SANITARIO SENCILLO, ELABORADO EN PLÁSTICO BLANDO DE ALTA RESISTENCIA.** | 1 | CAREX | 04 | $ 90.419,77 |
| **ESM** | Centro de Medicina Naval CEMED. | | | | |
| **Observaciones** | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 022- DISAN-ARC-2018, manifiesta que el contratista **ORTOPEDICOS FUTURO COLOMBIA S.A.S NIT. 900824186-5,** cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra. | | | | |

20/09/18

| | | |
|---|---|---|
| | **ARMADA NACIONAL**<br>**DIRECCION DE SANIDAD NAVAL** | |
| | **GESTION CONTRACTUAL** | |
| | **ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL** | |
| | **Versión: 3.0** | **Fecha :**25-06-2013 |

| **CARACTERISTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO** | |
|---|---|
| **Descripción** | Especifique el servicio prestado y el número de la orden de servicio. |
| **Observaciones** | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. _____, manifiesta que el contratista _____, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra. |

**Certificado de Cumplimiento Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal de Fecha SEPTIEMBRE 2018**

**PIEDAD JANETH DE LOS RIOS MARTIN**
**SUPERVISOR CONTRATO**
**CC. 52.698.126**

| | ARMADA NACIONAL<br>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL | |
|---|---|---|
| | CADENA SUMINISTROS | |
| | ORDEN DE SUMINISTRO PARA PROVEEDORES | |
| | Versión: 2.0 | Fecha: 22/07/2016 |

1. CONTRATO No. 022-DISAN-ARC
2. CONTRATISTA ORTOPÉDICOS FUTURO COLOMBIA SAS
3. No. PEDIDO 04

| 4. No. ITEM | 5. No. ITEM CONTRATO | 6. DESCRIPCIÓN | 7. MARCA | 8. PRESENTACIÓN (INCLUIDO NUM. UNIDADES) | 9. CANTIDAD | 10. VALOR PRESENTE INCLUIDO IVA | 11. OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 7 | ELEVADOR DE SANITARIO SENCILLO ELABORADO EN PLASTICO BLANCO DE ALTA RESISTENCIA, ALTURA DE 14 CM, DISEÑO CONTORNEADO Y AJUSTABLE A LOS SANITARIOS COMUNES, PESO MAXIMO DE SOPORTE 113 KG, 38 CM DE ANCHO X 40.5 CM, PROFUNDIDAD 17.5 CM. IMPORTADO | CAREX | 1 | 1 | $90.419,77 | |
| | | | | | TOTAL | $90.419,77 | |

12. ESM/ CIUDAD DESTINO: BOGOTA
13. FECHA PEDIDO: 14/Agosto/2018
14. PERSONA CONTACTO (Almacenista): ST Sandra Hernandez
15. NUMERO CONTACTO 3004618111
16. DIRECCIÓN DEL ENVÍO Dispensario Conjunto ARC-FAC
17. AUTORIZA

18. ALMACENISTA QUE RECIBE (Nombre Completo y Grado)
19. FECHA RECIBIDO 16/Agosto/2018
20. FIRMA

SMSM Piedad Delgados

VoBo ST Hernando Pardo
Jefe Suministros.

El Jefe de suministros da su visto bueno ya que el almacenista no recibe los elementos

| | | |
|---|---|---|
| | **ARMADA NACIONAL**<br>**DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL** | |
| | **CADENA SUMINISTROS** | |
| | **ORDEN DE SUMINISTRO PARA PROVEEDORES** | |
| | **Versión: 2.0** | **Fecha: 22/07/2016** |

**(Nombre Completo y Grado Supervisor)**

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO

1. **CONTRATO No.** Número del contrato el cual se está ejecutando (diligencia supervisor)
2. **CONTRATISTA** Proveedor que entrega el pedido (diligencia supervisor)
3. **No. PEDIDO** Número del pedido consecutivo acuerdo control del supervisor del contrato (diligencia supervisor)
4. **No. ITEM** Numero consecutivo de los materiales (diligencia supervisor)
5. **No. ITEM CONTRATO** Número ítem del material según anexo del contrato (diligencia supervisor)
6. **DESCRIPCIÓN** Nombre del insumo o material a pedir acuerdo anexo del contrato (diligencia supervisor)
7. **MARCA** Marca del bien en caso de presentarse en el anexo del contrato (diligencia supervisor)
8. **PRESENTACIÓN (INCLUÍDO NUM. UNIDADES)** Tipo de presentación del insumo, ej.: (und, caja x 100 ,bolsa,) (diligencia supervisor)
9. **CANTIDAD** Numero de insumos a pedir (diligencia supervisor)
10. **VR. PRESENTE INCLUIDO IVA** Valor total más IVA. (diligencia supervisor)
11. **OBSERVACIONES** Anotaciones, novedades, faltantes de insumos. (diligencia supervisor)
12. **ESM/ CIUDAD DESTINO:** Nombre del ESM y ciudad de ubicación. (diligencia supervisor)
13. **FECHA PEDIDO:** Fecha de la solicitud del pedido. (diligencia supervisor)
14. **PERSONA CONTACTO (Almacenista)**: contacto grado del almacenista del ESM que recibe los bienes. (diligencia supervisor)
15. **NUMERO CONTACTO** Número de teléfono almacenista del ESM que recibe los bienes (diligencia supervisor)
16. **DIRECCIÓN DEL ENVÍO** Dirección de completa envió del pedido. (diligencia supervisor)
17. **AUTORIZA** Nombre completo legible, grado y firma del supervisor del contrato (diligencia supervisor)
18. **ALMACENISTA QUE RECIBE** Nombre legible y grado del almacenista del ESM que recibe los bienes. (diligencia almacenista)
19. **FECHA RECIBIDO** Día mes y año del recibido delos insumos. . (diligencia almacenista)
20. **FIRMA** Firma del almacenista encargado (diligencia almacenista)