	ARMADA NACIONAL **DIRECCION DE SANIDAD NAVAL**
	GESTION CONTRACTUAL
	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL
	Versión: 3.0 — **Fechas: 25-06-2013**

Acta N° 01 Correspondiente al mes de diciembre de 2021

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	20/12/2021
Contrato, Orden o convenio N°	084-ARC-DISAN-2021
Contratista	PROCAST S.A.S. DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS EN SALUD
Identificación (Cedula o Nit)	900.254.662-0
Objeto	SUMINISTRO DE SILLAS DE RUEDAS A TODO COSTO REQUERIDAS PARA AFILIADOS Y/O BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ARC DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR DE LA ARMADA NACIONAL
Valor Total del Contrato	NOVENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($90.000.000,00 M/CTE), INCLUYENDO VIGENCIAS FUTURAS 2022 POR VALOR DE QUINCE MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($15.000.000.00)
Plazo de Ejecución	A PARTIR DE LA VERIFICACIÓN Y APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA EN LA PLATAFORMA SECOP II, PREVIA EXPEDICIÓN DEL REGISTRO PRESUPUESTAL Y HASTA EL 31 DE ENERO DE 2022. LA VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO MESES MÁS.
Forma y Condiciones de Pago	PAGOS PARCIALES
Número de la factura	(Factura N° FE-19)
Valor de la Factura	$ 51.000.000
Saldo del contrato	$ 39.000.000 57 % Ejecutado
No CDP	13421
No RP	21021-1321

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO N°**	**VALOR**
1A	Silla de ruedas convencional adulto	03	N/A	01	$ 5.550.000,00
4C	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Severa Pediátrica	01	N/A	02	$ 6.000.000,00
1A	Silla de ruedas convencional adulto	17	N/A	02	$ 31.450.000,00
5	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Severa Adulto	01	N/A	02	$ 8.000.000,00
ESM	HONAC-CEMED				
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 084-ARC-DISAN-2021, manifiesta que el contratista PROCAST S.A.S., cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato.				

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.

Recibido 21/12/21

	ARMADA NACIONAL DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
	GESTION CONTRACTUAL	
	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL	
	Versión: 3.0	Fechas: 25-06-2013

Certificado de Cumplimiento Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal de Fecha 20 de diciembre del 2021

NOTA: Cada factura debe venir con el Formato de Orden de Pedido anexo debidamente diligenciado -Aplica para suministro u tracto sucesivo de bienes. Para contratos de servicios en las casillas de orden de pedido favor colocar N/A.

JUAN CARLOS GIL CANO
NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO
CC. 73192557

PROCAST SAS DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS EN SALUD
NIT 900.254.662
CL 61 F 24 09
Tel: (031) 3137486032
Bogotá - Colombia
heidi_j@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE-19

	LA NACIÓN MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR- SANIDAD NAVAL		
	830.039.670-5	(031) 3278390	
	CARRERA 13 # 26 -50 PISO 5 EDIFICIO BACHUE	Bogotá - Colombia	

	20/12/2021, 11:35
	20/12/2021, 11:36
	20/12/2021

1	SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO ITEM 1 Pte FERNANDA EUGENIA PÉREZ CC 23.229.236	1.00	1,850,000.00	1,850,000.00
2	SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO ITEM 1 Pte MARÍA DEL CARMEN LEAL DE MEDINA CC 33.125.413	1.00	1,850,000.00	1,850,000.00
3	SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO ITEM 1 Pte ANGÉLICA ESCOBAR DE RODRÍGUEZ CC 22.753.284	1.00	1,850,000.00	1,850,000.00
4	SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO ITEM 1 Pte CELMO CÁRDENAS ANDINO CC 165.854	1.00	1,850,000.00	1,850,000.00
5	SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO ITEM 1 Pte MANUEL DEL CRISTO MARTÍNEZ CC 10.784.196	1.00	1,850,000.00	1,850,000.00
6	SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO ITEM 1 Pte ARNULFO GARZON GUARIN CC 15.885.138	1.00	1,850,000.00	1,850,000.00
7	ITEM 1 A SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO	13.00	1,850,000.00	24,050,000.00
8	SILLA DE RUEDAS PACIENTE LESIÓN NEUROLOGICA SEVERA MENOR 5 AÑOS ITEM 4C Pte SAMUEL SÁNCHEZ TRAVECEDO	1.00	6,000,000.00	6,000,000.00
9	1 SILLA DE RUEDAS PACIENTE LESIÓN NEUROLOGICA SEVERA ADULTO 5	1.00	8,000,000.00	8,000,000.00
10	SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO ITEM 1 73.091.122 ESILBERTO CASTRO COLLAZOS	1.00	1,850,000.00	1,850,000.00

Total items: 10

Total Bruto	51,000,000.00
	[illegible]

Valor en Letras:
Cincuenta y un millones de pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 51,000,000.00

Observaciones:
#$15-01-11-055;084-ARCDISAN-2021; juan.gil@armada.mil.co#$4

A esta factura de Venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización [illegible] aprobado en 2021 [illegible] Prefijo [illegible] desde el 1000 Vigencia: 12 [illegible]

CUFE: [illegible]

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S NIT: 830.048.145-8

PROCAST SAS

PAZ Y SALVO PAGO DE PARAFISCALES

Bogotá D.C.

Por medio de la presente me permito certificar, que la empresa ***PROCAST SAS*** sociedad legalmente constituida, identificada con número de Nit. 900254662-0, a quien represento legalmente, se encuentra a paz y salvo por todo concepto de pago de los aportes PARAFISCALES y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL exigidos por la ley. Es necesario mencionar, que los aportes parafiscales para ICBF y SENA fueron realizados únicamente en los meses de enero y febrero de 2.015, dado que la empresa que represento se acogió a la reforma tributaria vigente. La Ley 1607 de 2012 exonera a los aportantes del pago a salud por parte del empleador y parafiscales (SENA e ICBF); por ser la nuestra una empresa, la exoneración, conforme a la ley anterior, aplica solo para aquellos empleados que devenguen menos de 10 salarios mínimos mensuales, legales vigentes, en este caso los aportes a salud corresponden al 4% del IBC (antes 12,5%) y no se deben hacer aportes en SENA e ICBF, como es nuestro caso.



La planilla que se anexa como soporte, corresponden al período de salud que se cancela mes anticipado y a los períodos de pensión, ARL Y Caja de Compensación familiar que se cancelan de igual forma.

Lo anterior en cumplimiento de los dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, lo cual no nos obliga a tener revisor fiscal.

Dada en Bogotá D.C., a los Veinte (20) días del mes de Diciembre (12) del año dos mil veintiuno (2.021).

Atentamente,

PROCAST S.A.S.
NIT.900254662-0

Carolina González

CAROLINA GONZALEZ GARAVITO
C.C 52.155.848 de Bogota
Representante Legal
PROCAST SAS
NIT. 900254662-0

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900254662-0	PROCAST SAS DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS DE SALUD		CL 61F 24 09	3208198457	procast.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-12	2021-11	E	17/12/2021	55480415	$223.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	36.400	0		0		0	0	0	0	36.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.800				4.800	0	0	4.800			48	4.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.400	0	0	36.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	36.400	36.400
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	4.800	4.800
CCF	1	36.400	36.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	223.000	223.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Oficial de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900254662-0	PROCAST SAS DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS DE SALUD		CL 61F 24 09	3208198457	procast.sas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-12	2021-11	E	17/12/2021	55480415	$223.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Estudiante	INC	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aport MEN
CC	1015439467	CASTAÑEDA GONZALEZ LUIS SEBASTIAN	1	0			S																	25-14	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	36.400	14-23	908.526	I	4.800	CCF24	908.526	36.400	0	0	0	0	0

Este documento está clasifica como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
CADENA SUMINISTROS
ORDEN DE SUMINISTRO PARA PROVEEDORES

Versión: 2.0 | **Fecha: 22/07/2016**

1. CONTRATO No. 084-ARC-DISAN-2021
2. CONTRATISTA PROCAST S.A.S.
3. No. PEDIDO 02

4. No. ITEM	5. No. ITEM CONTRATO	6. DESCRIPCIÓN	7. MARCA	8. PRESENTACIÓN (INCLUIDO NUM UNIDADES)	9. CANTIDAD	10. VALOR UNITARIO	11. OBSERVACIONES
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto (PTE CELIMQ CARDENAS ANDINO CC 165854)	N/A	Unidad	Uno	$ 1.850.000	Silla entregada y recibida a satisfacción.
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto (PTE MANUEL DEL CRISTO MARTINEZ CC 10784198)	N/A	Unidad	Uno	$ 1.850.000	Silla entregada y recibida a satisfacción.
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto (PTE ARNULFO GARZON GUARIN CC 15885138)	N/A	Unidad	Uno	$ 1.850.000	Silla entregada y recibida a satisfacción.
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto	N/A	Unidad	Trece	$ 24.050.000	Silla entregada al Almacén del CEMED
4C	4C	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Severa (PTE SAMUEL SANCHEZ TRAVECEDO)	N/A	Unidad	Uno	$ 6.000.000	Silla entregada al Almacén del CEMED
5	5	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Severa adulto	N/A	Unidad	Uno	$ 8.000.000	Silla entregada al Almacén del CEMED
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto (PTE ESILBERTO CASTRO COLLAZOS CC 73091122)	N/A	Unidad	Uno	$ 1.850.000	Silla entregada y recibida a satisfacción.
					TOTAL	$ 45.450.000	

12. ESM/ CIUDAD DESTINO: CEMED - BOGOTÁ
13. FECHA PEDIDO: 20 de diciembre de 2021
14. PERSONA CONTACTO (Almacenista): S1 Consuegra Páez Carlos
15. NUMERO CONTACTO 3152547470
16. DIRECCIÓN DEL ENVÍO Carrera 27 No. 43-39
17. AUTORIZA (Nombre Completo y Grado Supervisor) CC Juan Carlos Gil Cano

18. ALMACENISTA QUE RECIBE (Nombre Completo y Grado) S1 Consuegra Páez Carlos
19. FECHA RECIBIDO 20 de diciembre de 2021
20. FIRMA

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

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. (diligencja 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)

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

1. CONTRATO No. 084-ARC-DISAN-2021
2. CONTRATISTA PROCAST S.A.S.
3. No. PEDIDO 01

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
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto (PTE FERNANDA EUGENIA PEREZ)	N/A	Unidad	UNO	$ 1.850.000	Silla entregada y recibida a satisfacción
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto (PTE MARIA DEL CARMEN LEAL DE MEDINA)	N/A	Unidad	UNO	$ 1.850.000	Silla entregada y recibida a satisfacción
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto (PTE ANGELICA ESCOBAR DE RODRIGUEZ)	N/A	Unidad	UNO	$ 1.850.000	Silla entregada y recibida a satisfacción
					TOTAL	$ 5.550.000	

12. ESM/ CIUDAD DESTINO: HONAC - Cartagena
13. FECHA PEDIDO: 20 de agosto de 2021
14. PERSONA CONTACTO (Almacenista): SVCIM CENTENO GALINDO JULIO CESAR
15. NUMERO CONTACTO 3126245358
16. DIRECCIÓN DEL ENVÍO Carrera 2 N° 14 210 AV San Martín
17. AUTORIZA (Nombre Completo y Grado Supervisor) CC Juan Carlos Gil Cano

18. ALMACENISTA QUE RECIBE (Nombre Completo y Grado) SVCIM CENTENO GALINDO JULIO CESAR
19. FECHA RECIBIDO 20 de diciembre de 2021
20. FIRMA

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

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** Dia mes y año del recibido delos insumos. . (diligencia almacenista)
20. **FIRMA** Firma del almacenista encargado (diligencia almacenista)