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

Acta N° 02 Correspondiente al mes de diciembre de 2021

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	29/12/2021
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-20) – (Nota Crédito N° 2-7)
Valor de la Factura	(Factura N° FE-20 $ 24.350.000) – (Nota Crédito N° 2-7 $ 350.000)
Saldo del contrato	$ 15.000.000 83.3 % 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	01	N/A	4	$ 1.850.000,00
3B	Silla de Ruedas Paciente con TRM	01	N/A	03	$ 7.500.000,00
2A	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Parcial Adulto	01	N/A	03	$ 3.500.000,00
2D	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Parcial Niño mayor de 5 años	01	N/A	05	$ 3.500.000,00
4A	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Severa Adulto	01	N/A	03	$ 8.000.000,00
ESM	HONAC-CEMED-ESM1049				
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

recibo Keily Ortiz. 1:14pm - 29/12/21

	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 28 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-20

Señores	LA NACIÓN MINISTERIO DE DEFENSA NACIONALDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR- SANIDAD NAVAL			**Fecha y hora Factura**	
NIT	830.039.670-5	**Teléfono**	(031) 3278390	**Generación**	27/12/2021, 15:05
Dirección	CARRERA 13 # 26 -50 PISO 5 EDIFICIO BACHUE	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	28/12/2021, 15:05
				Vencimiento	27/12/2021

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	SILLA DE RUEDAS PARA PACIENTE CON TRM ITEM 3B Pte EUCLIDES FERIA ÁVILA CC 1.040.360.637	1.00	7,500,000.00	7,500,000.00
2	SILLA DE RUEDAS PARA PACIENTE LESIÓN NEUROLOGICA SEVERA ADULTO ITEM 4A ALMACED CEMED	1.00	8,000,000.00	8,000,000.00
3	SILLA DE RUEDAS PARA PACIENTE LESIÓN NEUROLOGICA PARCIAL ADULTO ITEM 2A Pte JONNY ALEXANDER SUAREZ PÉREZ CC 1.012.410.803	1.00	3,500,000.00	3,500,000.00
4	SILLA DE RUEDAS PARA PACIENTE CON LESIÓN NEUROLOGICA PARCIAL NIÑO MAYOR 5 AÑOS ITEM 2D Pte SANTIAGO SOLAR BRACAMONTE TI 1.067.164.374	1.00	3,500,000.00	3,500,000.00
5	1 SILLA DE RUEDAS CONVENCIONAL ADULTO ITEM 1 Pte EDILBERTO CASTRO COLLAZOS CC 73.091.122	1.00	1,850,000.00	1,850,000.00

Total items: 5

Total Bruto	24,350,000.00
Total a Pagar	24,350,000.00

Valor en Letras:
Veinticuatro millones trescientos cincuenta mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 24,350,000.00

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

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

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 18764009248070 aprobado en 20201228 prefijo FE desde el número 1 al 1000 Vigencia: 12 Meses**
- Actividad Económica 4669 Comercio al por mayor de otros productos n.c.p. Tarifa 11.04
CUFE: 0551b574b3d84d51cfcf189208c3e5f8abc70c8d0fc190effc6a73c15e063789224a829[illegible]52a6e7019f405366477d89e

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

Nota Crédito
No. 2- 7

				Fecha Nota Crédito	2021-12-28
Señores	LA NACIÓN MINISTERIO DE DEFENSA NACIONALDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR- SANIDAD NAVAL			**Factura de Venta**	FE-19
NIT	830.039.670-5	**Teléfono**	(031) 3278390	**Generación**	28/12/2021, 14:00
Dirección	CARRERA 13 # 26 -50 PISO 5 EDIFICIO BACHUE	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	28/12/2021, 14:00
				Vencimiento	28/12/2021

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	DESCUENTO A LA FACTURA	1.00	350,000.00

Total ítems: 1

Total Bruto 350,000.00

Valor en Letras:
Trescientos cincuenta mil pesos m/cte

Total **350,000.00**

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 350,000.00

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

CUDE: 580acbdaa948608a8e4e35ca3442039040e1c22db7a7554040e0f8ad8a1154fea3b065d8e80178f3edd6ab1c2eb07e93
CUFE factura: fa321d13fb8eb51152e1da1adb615e11a851a40abdb07424ad2580de902e12317b4b14b1c37b859ec892273a197a1fcf

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

	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** 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
1A	1A	Silla de ruedas convencional adulto (PTE EDILBERTO CASTRO COLLAZOS)	N/A	Unidad	UNO	$ 1.850.000	Silla entregada y recibida a satisfacción
				TOTAL		$ 1.850.000	

12. **ESM/ CIUDAD DESTINO:** HONAC - Cartagena
13. **FECHA PEDIDO:** 27 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 Martin
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** 27 de diciembre de 2021
20. **FIRMA**

Escaneado con CamScanner

	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** 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** 05

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
2D	2D	Silla de ruedas Paciente con lesiones neurológica parcial niño mayor de 5 años (PTE Santiago Solar Bracamonte)	N/A	Unidad	UNO	$ 3.500.000	Silla entregada y recibida a satisfacción
				TOTAL		**$ 3.500.000**	

12. **ESM/ CIUDAD DESTINO:** ESM1049 - COVEÑAS
13. **FECHA PEDIDO:** 27 de agosto de 2021
14. **PERSONA CONTACTO (Almacenista):** Ma1 KAMELL DIAZ HARRISON ANDRES
15. **NUMERO CONTACTO** 3147807129
16. **DIRECCIÓN DEL ENVIO** COVEÑAS SUCRE
17. **AUTORIZA** (Nombre Completo y Grado Supervisor) CC Juan Carlos Gil Cano
18. **ALMACENISTA QUE RECIBE** (Nombre Completo y Grado) Ma1 KAMELL DIAZ HARRISON ANDRES
19. **FECHA RECIBIDO** 27 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**

1. **CONTRATO No.** 084-ARC-DISAN-2021
2. **CONTRATISTA** PROCAST S.A.S.
3. **No. PEDIDO** 03

4. No. ITEM	5. NO. ITEM CONTRATO	6. DESCRIPCION	7. MARCA	8. PRESENTACION (INCLUIDO NUM. UNIDADES)	9. CANTIDAD	10. VALOR PRESENTE INCLUIDO IVA	11. OBSERVACIONES
3B	3B	Silla de ruedas convencional adulto (PTE EUCLIDES FERIA AVILA CC 1040360637)	N/A	Unidad	Uno	$ 7.500.000	Silla entregada y recibida a satisfacción.
4A	4A	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Severa adulto	N/A	Unidad	Uno	$ 8.000.000	Silla entregada al Almacén del CEMED
2A	2A	Silla de Ruedas Paciente Lesión Neurológica Parcial adulto (PTE JONNY ALEXANDER SUAREZ PEREZ CC 1012410803)	N/A	Unidad	Uno	$ 3.500.000	Silla entregada y recibida a satisfacción.
					TOTAL	$ 19.000.000	

12. **ESM/ CIUDAD DESTINO:** CEMED - BOGOTÁ
13. **FECHA PEDIDO:** 27 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** 27 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)

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	554804 15	$223.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Exterior	Extranjero	Cotiz. estudio	Exonerado	IRP	RET	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	Aporte MEN
CC	1015439467	CASTAÑEDA GONZALEZ LUIS SEBASTIAN	1	0																				25-14	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	36.400	14-23	908.526	1	4.800	CCF24	908.526	90.400	0	0	0	0	0

Este documento está clasific como PRIVADO por parte de Compensar Oper r de Información

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 Veintiocho (28) días del mes de Diciembre (12) del año dos mil veintiuno (2.021).

Atentamente,

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

Carolina Gonzalez

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