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

Acta Nº 12 Correspondiente al mes de NOVIEMBRE de 2019

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	Noviembre 26 - 2019
Contrato, Orden o convenio Nº	029-DISAN-ARC-2019
Contratista	ORTOPEDICOS FUTURO COLOMBIA SAS
Identificación (Cedula o Nit)	900824186-2
Objeto	Contratar el suministro a todo costo de elementos ortésicos, ayudas para la marcha y la movilidad, requeridos por los pacientes, sean ellos afiliados o beneficiarios del subsistema de salud de las Fuerzas Militares ARC.
Valor Total del Contrato	Grupo III Ayudas Quirúrgicas: $11.835.750. Grupo IV: Medias: $8.835.750.00. Total contrato $ 20.671.500.00
Plazo de Ejecución	A partir de la aprobación de la garantía única, previa expedición del registro presupuestal hasta el 31 de Diciembre de 2019.
Forma y Condiciones de Pago	La Dirección de Sanidad Militar, cancelara al Contratista el valor del contrato en pagos en parciales, de conformidad con los elementos efectivamente suministrados y facturados mensualmente a la Dirección de Sanidad Naval a la cuenta corriente N° 82139181910 de Banco Bancolombia dentro de los 90 días calendario siguientes a la autorización expedida por el Supervisor del presente contrato.
Número de la factura	MAY1-18503
Valor de la Factura	$734.706
Saldo del contrato	$10.132.528 ejecutado 50.98%
No CDP	5519-30-01-2019
No RP	7419-25-04-2019

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO Nº**	**VALOR**
1 – G4		1	NO VARIX	6	$33.915
2-G4	MEDIAS DE COMPRESION GRADUABLE BAJA Y MEDIANA COMPRESION	13	NO VARIX	6	$700.791
ESM	Centro de Medicina Naval CEMED.				
Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 029- DISAN-ARC-2019, manifiesta que el contratista ORTOPEDICOS FUTURO con Nit 900824186-2, 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.				

NOMBRE MÉDICO FIRMA MÉDICO

	ARMADA NACIONAL **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: NOVIEMBRE 2019.

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.

LEIDY Y. GÓMEZ CABEZA
SUPERVISOR CONTRATO 029 DISAN-ARC-2019
CC. 60.265.095

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

1. **CONTRATO No.** 029-DISAN-ARC

3**No. PEDIDO** 6

2. CONTRATISTA ORTOPEDICOS FUTURO COLOMBIA NIT 900.824185.2

4. No. ITEM	5. No. ITEM CONTRATO	6. DESCRIPCIÓN	7. MARCA	8. PRESENTACIÓN (INCLUÍDO NUM. UNIDADES)	9. CANTIDAD	10. VALOR PRESENTE INCLUIDO IVA	11. OBSERVACIONES
1	1 -G4	MEDIAS ANTIEMBOLICAS	NO- VARIX	1	1	33.915	
2	2 -G4	MEDIAS DE COMPRESION GRADUABLE BAJA Y MEDIANA COMPRESION	NO-VARIX	1	13	700.791	
					TOTAL	**734.706**	

12. ESM/ CIUDAD DESTINO: BOGOTA

13. FECHA PEDIDO: Según requerimiento de usuario

14. PERSONA CONTACTO (Almacenista): Sub. Carmen Valverde

15. NUMERO CONTACTO 3115628790

16. DIRECCIÓN DEL ENVÍO Cra 58 No 9-67 Puente Aranda

17. AUTORIZA (Nombre Completo y Grado Supervisor) SMSM Leidy Gómez. Supervisora

18. ALMACENISTA QUE RECIBE (Nombre Completo y Grado) Carmen Valverde

19. FECHA RECIBIDO Según requerimiento de usuario

20. FIRMA Leidy Gomez Supervisora

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)

Essity Internal

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)