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

Acta Nº 003 correspondiente al mes de Diciembre de 2024

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL	
Fecha	13/02/2025
Contrato, Orden o convenio Nº	**371-ARC-DISAN-DHONAC-2024**
Contratista	OPTIMUS HEALTH SAS
Identificación (Cedula o Nit)	900874167-6
Objeto	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DE APOYO TERAPEÚTICO EN TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE-FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA FÍSICA, TERAPIA BRAILLE, NEUROPEDIATRÍA, PSIQUIATRÍA INFANTIL Y NEUROPSICOLOGÍA PARA LOS USUARIOS DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL I COROZAL.
Valor Total del Contrato	$ 30.400.000,00 MÁS ADICIÓN: $ 15.200.000,00. VALOR TOTAL: $ 45.600.000,00
Plazo de Ejecución	31 DE DICIEMBRE DEL 2024 DE ACUERDO A MODIFICATORIO DEL 30/09/2024.
Forma y Condiciones de Pago	PAGOS PARCIALES
Número de la factura	OH164630,OH164626,OH164628,OH164629,OH164672,OH166891.
Valor de la Factura	**$ 13.939.000,00**
	SALDO TOTAL **$ 1.462.400,00**
No CDP	**59524 DEL 30 DE ENERO DEL 2024.**
No CRP	**70624 DEL 28 DE JUNIO DEL 2024.**

CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**MARCA**	**ORDEN PEDIDO Nº**	**VALOR**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ESM 1048					

Observaciones	Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato 371-ARC-DISAN-DHONAC-2024. Manifiesta que el contratista OPTIMUS HEALTH SAS, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato , y dentro del termino 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.

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 371-ARC-DISAN-DHONAC-2024. Manifiesta que el contratista OPTIMUS HEALTH SAS, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato , y dentro del termino 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

CCASPS. YURY NATALIA ROJAS LARA
SUPERVISOR 371-ARC-DISAN-DHONAC-2024