| PROCESO | GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES | TÍTULO: ACTA DE ENTREGA Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN | CÓDIGO: CT-FO-01 | | | |
| | | VERSIÓN No. 02 | Página 1 de 2 | | |
| | | FECHA: | 24 | 7 | 2024 |

**DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 007-036-2025 | FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO: | 04/08/2025 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ""PRESTACION DE SERVICIO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES DE INGRESO; RETIRO Y/O PERIÓDICOS PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA REGIONAL ANTIOQUÍA-CHOCÓ UBICADOS EN LA CIUDAD DE QUIBDÓ (CHOCÓ)." | | |
| CONTRATISTA: | PACIFIC SALUD LAB IPS SAS | | |
| NIT/CC/CE: | 901.910.423-5 | | |
| REPRESENTANTE LEGAL: | SARA PAZ GIRALDU URREA | | |
| INTERVENTOR: | | | |
| SUPERVISOR: | LEIDY JOHANNA GARZÓN HERRERA | | |
| FECHA ACTA DE COORDINACIÓN O DE INICIO: | 04/08/2025 | | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | 15/12/2025 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN CONTRACTUAL: | 15/12/2025 | | |

**DATOS DE LA ENTREGA PARCIAL O TOTAL DEL BIEN O SERVICIO**

**TRATA DE LA ENTREGA (parcial/ total) QUE HACE EL CONTRATISTA A LA AGENCIA LOGISTICA DE LAS FUERZAS MILITARES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA: | 15/09/2025 | HORA: | | ENTREGA PARCIAL N° | 1 | ENTREGA TOTAL | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | JURISDICCIÓN DE LA REGIONAL ANTIOQUIA CHOCO | | | DIRECCIÓN : | | COMEDORES Y CADS | |

**INTERVIENEN EN LA ENTREGA:**

| ENTIDAD/EMPRESA | NOMBRE | CARGO | EN CALIDAD DE |
|---|---|---|---|
| PACIFIC SALUD IPS S.A.S | SARA PAZ GIRALDO URREA | REPRESENTANTE LEGAL: | ENTREGA DEL BIEN/ SERVICIO |
| REGIONAL ANTIOQUIA CHOCÓ DE LA AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS | LEIDY JOHANNA GARZÓN HERRERA | SUPERVISOR: | RECIBE EL BIEN/ SERVICIO |
| | | | |
| *(Incluya las filas que sean requeridas)* | | | |

EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No.:

ENTIDAD CONTRATANTE/CLIENTE:

**DATOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS A ENTREGAR Y/O RECIBIR**

**SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACION:**

| ITEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | V/UNITARIO | V/ IVA | V/TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EXAMENES DE INGRESO Y/O PERIODICOS A NECESIDAD, PAQUETE CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS | 1 | COP 257.000 | | COP 257.000 |
| 2 | | 1 | COP 0 | | COP 0 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | COP 0 |
| | | | | | COP 0 |
| | | VALOR SIN I.V.A | | | COP 257.000 |
| | | VALOR I.V.A | | 19% | |
| | | VALOR TOTAL | | | COP 257.000 |

**SE HACE ENTREGA DE LOS BIENES Y /O SERVICIOS DISCRIMINADOS A CONTINUACION:**

| ITEM | DESCRIPCION | UND/MED | CANTIDAD | V/UNITARIO | VALOR PARCIAL 1 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0,00 | COP 0 | COP 0 |
| | | | 0,00 | COP 0 | COP 0 |
| | | | 0,00 | COP 0 | COP 0 |
| | *(Incluya las filas que sean requeridas)* | | 0,00 | COP 0 | COP 0 |
| | | | 0,00 | COP 0 | COP 0 |
| | **VALOR PARCIAL 2** | | | | COP 0 |
| Administración | | | 5,00% | | COP 0 |
| Imprevistos | | | 2,00% | | COP 0 |
| Utilidades | | | 1,00% | | COP 0 |
| | | I.V.A / Utilidades | | 0% | COP 0 |
| | | VALOR TOTAL | | | COP 0 |

**CUMPLIENDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN: *MARQUE CON UNA X LOS QUE APLIQUEN***

OBJETO DEL CONTRATO: [X] ANEXO DEL CONTRATO: [ ] FICHA TECNICA : [ ] ESPECIFICACIONES TECNICAS: [ ]

NORMA TECNICA: [ ] CUÁL?: _____

EVIDENCIADO DE ACUERDO CON LA APLICACIÓN DE: ***MARQUE CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN***

| ACTIVIDAD | APLICA | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| INSPECCION VISUAL REALIZADA | | X | *Aquí se debe anotar lo encontrado en el producto durante la inspeccion visual.* |
| INFORMES DE LABORATORIO REALIZADOS | | X | *Aquí se deben relacionar los informes de laboratorio realizados exigidos* |
| CERTIFICACION EXPEDIDA | | X | *Aquí se debe relacionar el tipo de certificacion expedida* |
| SOPORTES DE ENTREGA DE LOS PRODUCTOS EN LAS UNIDADES DE NEGOCIO | X | | Se adjuntan los soportes de entrega y registros |

**DATOS DEL RECIBO PARCIAL O TOTAL DE LOS BIENES O SERVICIOS**

**TRATA DEL RECIBO A SATISFACCION QUE HACE LA ENTIDAD CONTRATANTE /CLIENTE**

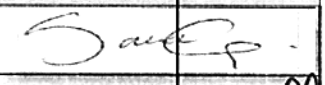
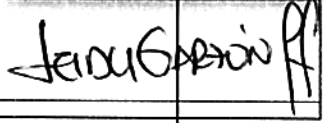
UNA VEZ REVISADOS LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO, POR PARTE DE: ***MARCAR CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN***

COMITÉ TECNICO: | SUPERVISOR : x

SE PUDO VERIFICAR QUE ESTOS CUMPLEN A ENTERA SATISFACCIÓN CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL CONTRATO.x

**OBSERVACIONES GENERALES : factura NO. FVE -658**

**PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, INTERVIENEN :**

| ENTIDAD/EMPRESA | NOMBRE | CARGO | EN CALIDAD DE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| PACIFIC SALUD LAB IPS SAS | SARA PAZ GIRALDO URREA | REPRESENTANTE LEGAL: | REPRESENTANTE LEGAL: |  |
| REGIONAL ANTIOQUIA CHOCÓ DE LA AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES. | LEIDY JOHANNA GARZÓN HERRERA | SUPERVISOR: | SUPERVISOR: |  |

*(Incluya las filas que sean requeridas)*