PROCESO	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				
AGENCIA LOGÍSTICA FUERZAS MILITARES	TITULO: **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:	007-014-2026	FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	27/03/2026
OBJETO DEL CONTRATO:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS PRE OCUPACIONALES O DE PRE INGRESOS, EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS (PROGRAMADAS O POR CAMBIOS DE OCUPACIÓN), EVALUACIÓN MÉDICA POS OCUPACIONAL PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE LABORAN EN LA SEDE PRINCIPAL Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS OPERATIVOS DE LAS UNIDADES DE NEGOCIO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA."		
CONTRATISTA:	SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S		
NIT/CC/CE:	890.933.726-1		
REPRESENTANTE LEGAL:	LINA MARCELA ECHEVERRY PIEDRAHITA		
INTERVENTOR:			
SUPERVISOR:	LEIDY JOHANNA GARZÓN HERRERA		
FECHA ACTA DE COORDINACIÓN O DE INICIO:	7/04/2026		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	28/12/2026		
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRACTUAL:	28/12/2026		

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:	25/04/2026	HORA:	14:00:00 p. m.	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
SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO S.A.S	LINA MARCELA ECHEVERRY PIEDRAHITA	REPRESENTANTE LEGAL:	ENTREGA DEL BIEN
REGIONAL ANTIOQUIA CHOCÓ DE LA AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS	LEIDY JOHANNA GARZÓN HERRERA	SUPERVISOR:	RECIBE EL BIEN
(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 CONTINUACIÓN:

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	V/UNITARIO	V/ IVA	V/TOTAL
1	COPROLOGICO	1	COP 7,000	0%	COP 7,000
2	ELECTROCARDIOGRAMA	3	COP 24,000	0%	COP 72,000
3	AUDIOMETRIA	2	COP 14,000	0%	COP 28,000
4	VALORACIÓN PSICOLOGICA	1	COP 65,000	0%	COP 65,000
5	PRUEBA ALCOHOL EN SANGRE	3	COP 45,000	0%	COP 135,000
6	PAQUETE DIRECTIVO EXAMEN PERIODICO	1	COP 104,000	0%	COP 104,000
7	PAQUETE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS EXAMEN PERIODICO	1	COP 114,000	0%	COP 114,000
8	PAQUETE CADS EXAMEN PERIODICO	2	COP 126,000	0%	COP 252,000
9	PAQUETE CONDUCTORES CAMIÓN TRACTOCAMIÓN EXAMEN PERIODICO	3	COP 179,000	0%	COP 537,000
10	PAQUETE ADMINISTRATIVO EXAMENES PERIODICOS	19	COP 80,000	0%	COP 1,520,000
11	PAQUETE EXAMEN PERIODICO CERTIFICADO MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	19	COP 146,000	0%	COP 2,774,000
				0%	
		VALOR SIN I.V.A			COP 5,608,000
		VALOR I.V.A		19%	
		VALOR TOTAL			**COP 5,608,000**

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

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

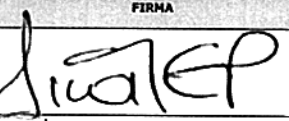
UNA VEZ REVISADOS LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO, POR PARTE DE: ***MARCAR CON UNA X A LOS QUE APLIQUEN***

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. SM 293452

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, INTERVIENEN :

ENTIDAD/EMPRESA	NOMBRE	CARGO	EN CALIDAD DE	FIRMA
SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO S.A.S	LINA MARCELA ECHEVERRY PIEDRAHITA	REPRESENTANTE LEGAL:	REPRESENTANTE LEGAL:	
REGIONAL ANTIOQUIA CHOCÓ DE LA AGENCIA LOGÍSTICA DE LAS FUERZAS MILITARES.	LEIDY JOHANNA GARZÓN HERRERA	SUPERVISOR:	SUPERVISOR:	