INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO RECURSOS FÍSICOS	RECEPCIÓN DE BIENES DEVOLUTIVOS Y ELEMENTOS DE CONSUMO	Versión: 03
		FOR-A10.2091-009	2021-10-01

CONTRATO, ORDEN DE COMPRA, ACTO ADMINISTRATIVO U OFICIO	FECHA INICIAL CONTRATO:	2022-09-05	PRORROGA: SI ____ NO X
No. INS-CYT-141-2022	FECHA FINAL CONTRATO:	2021-12-09	Fecha final prorroga: ____

PROVEEDOR	FACTURA No: 13419	FECHA DE FACTURA: 7.XII.22	ENTREGA: UNICA ____ PARCIAL X
Medipunto SAS.	TOTAL DE BIENES O ELEMENTOS RECIBIDOS	FECHA DE RECIBIDO DE BIENES O ELEMENTOS: 2022-12-09	

Item	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA	MARCA	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	No. DE SERIE	No. DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	No. REMISIÓN	Cumple con especificaciones técnicas	NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE	DEPENDENCIA EN LA QUE SE RECIBE	NOMBRE DE FUNCIONARIO Y DEPENDENCIA AL QUE SE LE ASIGNA EN INVENTARIO EL BIEN O ELEMENTO
724	Pinzas Rochester C. 263	220275	Dimeda	Unidad	5	N/A	N/A	N/A	7987	NA	Mónica Sarmiento	Hda Galindo - Sep.	Mónica Sarmiento - HGJ
725	Pinzas Rochester R. 264	220276	Dimeda	Unidad	5	N/A	N/A	N/A	7987	NA	Mónica Sarmiento	Hda Galindo - Serpent.	Mónica Sarmiento - HGJ
997	Tijera Mayo Recta 170g	220340 1/2	Dimeda	Unidad	7	N/A	N/A	N/A	7987	NA	Mónica Sarmiento	Hda Galindo - Sep.	Mónica Sarmiento - HGJ

NOTA: ESTE FORMATO DEBE SER DEBIDAMENTE DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD POR EL FUNCIONARIO DE LA DEPENDENCIA QUIEN RECIBE LOS BIENES O ELEMENTOS. (EN LOS CAMPOS QUE NO APLIQUE INDICAR N/A)

OBSERVACIONES:

Francisco Ruiz

NOMBRE Y FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE VERIFICA: (ALMACÉN GENERAL)