No. GS-2025- 20-008489 **DISAN-APRES-GADSE**

Bogotá D.C 04 FEB 2025

Señor Coronel
Carlos Alirio Fuentes Duran
Director de Sanidad Policía Nacional

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **07-2-20167-24**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X__ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**01/12/2024**	**Hasta**	**31/12/2024**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante orden interna 101 del 04/07/2023 la señora BG Sandra Patricia Pinzón Camargo obrando en calidad de directora de sanidad policía nacional, nombra como Jefe Grupo Administrador de Servicios Asistenciales de la Dirección de Sanidad a la señora MY. Sandra Mireya Vargas Vargas.
- Mediante comunicación oficial No. GS-2024-066418-DISAN de fecha 05/09/2024 se nombró como supervisora del contrato 07-2-20166-24 a la señora Mayor Sandra Mireya Vargas Vargas (Jefe Grupo Administrador de Servicios Asistenciales de la Dirección de Sanidad)
- Mediante Acta No. AE-2024-004216-DISAN de fecha 12 de octubre de 2024, se hace entrega de cargo temporal por comisión de la titular, al señor SI HELBER JOHANNY VARGAS GOMEZ.
- Mediante orden interna de la DISAN No.140 de fecha 10/10/2024 se nombra al SI HELBER JOHANNY VARGAS GOMEZ como Jefe Grupo Administrador de Servicios Asistenciales de la Dirección de Sanidad (E).
- Mediante acta de entrega AE-2025-000123-disan por periodo vacacional de la titular MY. Sandra Mireya Vargas Vargas se nombró como supervisor (E) del contrato u orden de compra del asunto al señor Subintendente Helber Johanny Vargas Gómez.

Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión: mensual

No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 3

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

No.	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1	Cumplir con el objeto contractual.	SI	
2	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas	SI	
3	Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule	SI	Entrega de insumos en su totalidad 08 de octubre de 2024
4	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago	SI	
5	Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	SI	
6	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	SI	directorio de almacenes a nivel nacional
7	No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la DIRECCION DE SANIDAD de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	
8	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	SI	
9	Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.	SI	
10	CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación	SI	
11	Incluir todas aquellas obligaciones que el contratista debe cumplir con el fin de alinear la actividad contractual a las buenas prácticas en materia ambiental. Tener además en cuenta lo establecido en la resolución 03049 del 2014, "Por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional", actualizada, modificada y complementada por las Resoluciones Nos. 00090 del 2018 apéndice 1 y apéndice 2 del 2020	SI	

2	Adquisición de preservativos (condones)	Unidad	Los preservativos deben cumplir con todos los estándares de calidad vigentes y buenas prácticas de manufactura para Colombia, entre otros la ISO 2859 2014 e ISO 4074 de 2016. Deben ser fabricados en látex, los preservativos no deben liberar sustancias tóxicas, alergénicas, irritantes o dañinas para el usuario. Los preservativos no deberán contener espermicida. ANCHURA: Requisitos mínimos: Anchura de 50 mm a 56 mm, que se permite para condones individuales y con una tolerancia de +/- 2 mm para el promedio del lote.	118.000	MANGO	KIT X144 UNIDADES	CONDON DE CAUCHO EN LATEX NATURAL	X	

2.1. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el período del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2024 NO se presenta ninguna novedad relevante con el contratista en mención.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido sesenta (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, cumpliéndose el plazo de ejecución el 11 de noviembre de 2024.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

Paso 1
De acuerdo a las ultimas disposiciones del Gobierno Nacional en la implementación de factura electrónica y dando alcance a la resolución No. 000042 de la DIAN del 5 de mayo 2020, a la Circular 053 del Ministerio de Hacienda SIIF del 01 de diciembre del 2020 y al manual el usuario de Olimpia (soporte tecnológico para la factura electrónica) el contratista deberá enviar al BUZON UNICO SIIF NACION al correo siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co la factura electrónica y colocar en el asunto la siguiente información: ASUNTO: 160102000; número del contrato u orden de compra; correo del supervisor del contrato.

EJEMPLO: 160102000;07-8-20xxx-21; ROSA.GOMEZ@CORREO.POLICIA.GOV.CO

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
01	$ 81.538.000,00	01/12/2024 al 31/12/2024	$ 81.538.000,00	01	En tramite	En tramite	En tramite

4.2 Entrada de Bienes

Para el período comprendido entre el 01/12/2024 al 31/12/2024, NO se realizaron entradas de suministros o insumos.

5. RECOMENDACIONES

Ninguna

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI X**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____

SI. HELBER JOHANNY VARGAS GOMEZ
Jefe Grupo Administrador de Servicios Asistenciales (E) Acta AE-2025-000123-DISAN.
Supervisor Contrato No. 07-2-20167-24
Correo electrónico: helber.vargas@correo.policia.gov.co

Ciudad y fecha:	Bogotá, 19 de noviembre de 2024
Unidad:	DIRECCIÓN DE SANIDAD
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: Contrato de compraventa: X Contrato de suministro: Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	No. 07-2-20167-24
Constancia de recibido No.	No. 01
Contratista:	**BIOLORE LTDA**
NIT del contratista:	830.087.855-5
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	**ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (CONDONES), PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL**
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	No aplica
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	**OCHENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA ($81.538.000,00)**
Plazo de ejecución:	Fecha de inicio: 11/09/2024 Fecha terminación:11/11/2024 (2 meses a partir de la fecha de inicio)
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Unidades Prestadoras de Salud nivel nacional (PAIS)
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO__x_	No
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Mayor SANDRA MIREYA VARGAS VARGAS Jefe Área Gestión Prestadora en Servicios en Salud

17	DENAR	50	$ 2.656.000,00
18	DESAN	3	$ 4.664.000,00
19	DENOR	2	$ 3.118.000,00
20	DEARA	6	$ 1.116.000,00
21	DEANT	3	$ 4.284.000,00
22	DEURA	8	$ 894.000,00
24	DECOR	40	$ 2.168.000,00
25	DECHO	37	$ 1.110.000,00
26	DEMET	13	$ 1.218.000,00
27	DEGUV	6	$ 812.000,00
28	DECAS	6	$ 894.000,00
29	DEVAU	1	$ 406.000,00
30	DEATA	118	$ 4.336.000,00
31	DEBOL	2	$ 1.916.000,00
32	DECES	1	$ 1.598.000,00
33	DEGUA	5	$ 1.300.000,00
34	DEMAG	24	$ 2.004.000,00
35	DESUC	5	$ 1.706.000,00
	TOTAL	1197	$ 81.538.000,00

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FEBI 23216	05/11/2021	$ 81.538.000,00	0	$ 81.538.000,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				**$ 81.538.000,00**

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: SE RECIBIERON LOS INSUMOS, SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DESCRITAS EN EL CONTRATO DE SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD DE LA DIRECCION DE SANIDAD. Calidad de la entrega, si fue dentro del plazo establecido, si cumplieron con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato; los bienes adquiridos son de origen extranjero de lo cual anexaran declaraciones de importación, previamente verificadas.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones
1	Para las pruebas rápidas el empaque del casete debe tener claramente escrito: Nombre del fabricante, Número de lote de producción (impreso en el momento de producción y no en el momento de uso), fecha de fabricación (mes y año), fecha de vencimiento (mes y año), leyenda visible en un color que contraste con el color del fondo del empaque: "DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL PROHIBIDA SU VENTA". Esta contramarca será exigida luego del proceso de adjudicación del	SI	

12	Debe incluir inserto en español con instructivo claro y legible, que facilite su correcta utilización y su procesamiento. Debe ilustrar el procedimiento para la lectura del resultado, su interpretación y los parámetros de referencia. El contenido debe informar el método de control de calidad del dispositivo diagnóstico y del procedimiento, así como las recomendaciones para su almacenamiento, conservación y las precauciones pertinentes.	SI	
13	El contratista presento certificado vigente para productos importados, donde se demuestre la capacidad de almacenamiento y acondicionamiento CCAA para garantizar la provisión de los mismos.	SI	
14	El Contratista debe incluir, además, una dirección electrónica y un número telefónico de acceso oportuno y ágil e información técnica relacionada con el uso adecuado del dispositivo diagnóstico.	SI	
15	Para las pruebas rápidas el resultado debe ser cualitativo y visible macroscópicamente, que no requiera refrigeración previa ni equipos de laboratorio para el procesamiento de la muestra ni para su lectura.	SI	
16	El contratista se compromete a cambiar los elementos sin costo alguno para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, que presenten cualquier defecto de fabricación dentro de los 15 días calendarios siguientes al requerimiento.	SI	
17	Anexar certificado de capacidad de distribución, especificando que se puede cumplir con la cantidad solicitada y con el tiempo de entrega del insumo.	SI	
18	Debe anexar certificado de calidad del producto emitido por el país de origen de la casa fabricante del insumo diagnóstico con su respectiva traducción si está en idioma distinto del español.	SI	
19	Debe incluir controles internos de cada una de las pruebas solicitadas garantizando la calidad y efectividad de los resultados de las mismas. La fecha de vencimiento mínimo 12 meses desde el momento de la entrega.	SI	
20	Se deberá hacer una única entrega de los ítems en las siguientes ciudades: Leticia, Tunja, Bogotá, Puerto Inírida, San Andrés, Florencia, Neiva, Mocoa, Ibagué, Manizales, Armenia, Pereira, Popayán, Pasto, Cali, Arauca, Cúcuta, Bucaramanga, Medellín, Quibdó, Montería, Yopal, San José del Guaviare, Villavicencio, Mitú, Puerto Carreño, Soledad, Cartagena, Santa Martha, Riohacha, Sincelejo, Valledupar, Apartado., según lo establecido en el estudio previo ITEM 5.1 "LUGAR DE ENTREGA".	SI	

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos

SI. HELBER JOHANNY VARGAS GOMEZ
Jefe Grupo Administrador de Servicios Asistenciales (E) Acta AE-2025-000123-DISAN.

Elaboró: **Camila Andrea Tolosa Tinjacá**
Enfermera Profesional GADSE

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

Recepción De Bienes No. 52

Cuidad y Fecha: Bogotá, 08 de octubre de 2024

Hora: 10:30 HORAS.

Lugar: ALMACEN.UPRES MEBOG

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN.

Siendo las 10:30 horas del día 08 de octubre de 2024, se reúnen en las instalaciones del Almacén UPRES Bogotá, el siguiente personal TC IVONNE JOHANNA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ (jefe de la unidad prestadora de salud de Bogotá), el SI DIEGO ALEJANDRO BARRERO OSPINA (Almacenista), y KAREN SOFIA ANAYA MARTELO, (enfermera RIAS PMS), con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al producto del contrato No 07-2-20167-24 de fecha 16/08/2024 , suscrito con la firma **BIOLORE LTDA – 07-2-20167-24,** para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No. 07-2-20167-24 de fecha 16/08/2024

Plazo de ejecución del contrato: 2 meses **Cumplió: SI: X, NO _____.**

OBJETO DEL CONTRATO: ""ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE SIFILIS Y PRESERVATIVOS (condones), PARA LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL"

2.RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADO

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRESERVATIVO CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	8.000	Lote: 20240109 / FV: Dic 2028	$216	$1.728.000,00
2	PRUEBA RAPIDA SIFILIS AB SANGE TOTAL	4.200	Lote: F0327V17E02D/ FV:01/04/2026	$1.900	$ 7.980.000,00
	TOTAL				**$ 9.708.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos:

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI X NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**	[ ]	**NO**	[X]	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**	[ ]	**NO**	[X]	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**	[X]	**NO**	[ ]	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CUNDINAMARCA

Recepción de bienes No. ____006___/

Ciudad y Fecha: Bogotá, 08 de octubre 2024
Hora: 14:00
Lugar: Unidad Prestadora de Salud CUNDINAMARCA

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:00 horas del día 08 del mes 10 del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Cundinamarca, los señores SI CRISTIAN CAMILO HERRERA BARRETO Almacenista, la señora DIANA ROSA INES BERMUDEZ ROMERO responsable de PYM y el señor MAYOR. RICHARD NEY DIAZ AGUILERA jefe UPRES Cundinamarca con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al CONTRATRO 07-2-20167-24 de fecha 16/08/2024. suscrito con la firma BIOLORE S.A.S (o donados por N/A, mediante el documento _____ de fecha _____), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 28/08/2024 Adición No. N/A de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato Cumplió: SI X NO_____

Prorroga o modificación No N/A_____ de fecha _____

OBJETO: "ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE SIFILIS Y PRESERVATIVOS, PARA LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL"

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN	CANTIDAD	NUMERO DE IDENTIFICACION DEL BIEN/ O LOTE (SERIE, CODIGO/MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO +IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE SIFILIS	850	F0327V1E02D / FV: 30/06/2028	$1.900.00	$1.615.000.00
2	CONDON NATURAL CAUCHO CLASICO	4000	2307C / FV: 01/04/2026	$216.00	$864.000.00
TOTAL					$2.479.000.00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO___X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones: Ninguna
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X___ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

Recepción de bienes No. 02

Ciudad y Fecha: San Andrés Isla, 02 de octubre de 2024.
Hora: 09:00
Lugar: Instalaciones Unidad Prestadora de Salud San Andrés, Providencia y Santa Catalina

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 09:00 horas del día 02 de octubre del 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud San Andrés, Providencia y Santa Catalina, los señores(as) Subteniente Erika Andrea García Castillo Jefe Unidad Prestadora de Salud San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Patrullera Angelica María Torres Ortega Almacenista Unidad Prestadora de Salud San Andrés, Providencia y Santa Catalina y la enfermera jefa Erika Giovanna Zapata Piñeiro Responsable de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Unidad Prestadora de Salud San Andrés, Providencia y Santa Catalina con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato No. 07-2-20167-24 de fecha 16 de agosto del 2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA los cuales están autorizados por la DISAN, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No. 07-2-20167-24 de inicio fecha 11 de septiembre del 2024

Plazo de ejecución del contrato, hasta el 11 de noviembre de 2024, Cumplió: SI___X_ NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA DETECCION SIFILIS Y PRESERVATIVOS (CONDONES), PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	ORIGEN (DISAN)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	DISAN	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	3000	LOTE 2307C FECHA DE VENCIMIENTO 06-2028	216	648.000.00
2	DISAN	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X 30 TEST	300	LOTE F0327V17E02D FECHA DE VENCIMIENTO 01/04/2026	1.900	570.000.00
					TOTAL	**1.218.000.00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

NO SE RECIBIERON ELEMENTOS ACCESORIOS ADICIONALES

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

ASISTENTES				
GR.	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**UNIDAD**	**CARGO**	**FIRMA**
ST	ERIKA ANDREA GARCIA CASTILLO	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DESAP	JEFE UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DESAP	
PT	ANGELICA MARIA TORRES ORTEGA	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DESAP	JEFE (E) DE ALMACEN UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DESAP	
EJ	ERIKA GIOVANNA ZAPATA PIÑEIRO	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DESAP	RESPONSABLE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DESAP	

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD – AMAZONAS

Recepción de bienes No. _005_/

Ciudad y Fecha: Leticia 9 de octubre del 2024
Hora: 16:00
Lugar: Almacén de insumos médicos UPRES DEAMA

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 16.00 horas del día 9 del mes de octubre de 2024, se reúnen en el Almacén de insumos médicos los señores, Subteniente MIGUEL ANTONIO BENITEZ GASCA, jefe Unidad Prestadora de Salud Amazonas y el señor Subintendente CAMILO MUÑOZ MONTOYA, responsable almacén de insumos médicos y la señora patrullera de policía MARIA FERNANDA SABOGAL HERNENDEZ, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al producto del contrato **No. 07-2-20167-24**, de fecha 16 de agosto del 2024, suscrito con la firma **BIOLORE LTDA** , para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 16/08/2024 Adición No. **NO** de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato N/A, Cumplió: SI **X** NO

Prorroga o modificación No **NO** de fecha N/A

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS RAPIDAS DE DETECCION SIFILIS AB SANGRE	200	F0327V1E02D / FV: 01/04/2026	1900	380.000,00
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	2500	2307C / VF: 06/2028	216	540.000,00
	TOTAL				**920.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

- Entrega Parcial: SI_____ NO____X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI_X___ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_X____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI_X_____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**	X	**NO**		**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VICHADA

Recepción de bienes No. ____02 __

Ciudad y Fecha: Puerto Carreño – Vichada, 11 de octubre de 2024
Hora: 08:30
Lugar: Unidad Prestadora de Salud Vichada

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 08:30 horas del día 11 de octubre del 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Vichada, los señores SI YONATAN DIAZ POLO Jefe Unidad Prestadora de Salud Vichada (E), AA-32 DENNYS NAHIR CORTES CISNEROS Almacenista Unidad Prestadora de Salud Vichada y la enfermera jefe ALEJANDRA ARGEL SIMANCA Responsable de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Unidad Prestadora de Salud Vichada con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato No. **07-2-20167-24**, suscrito con la firma **BIOLORE LTDA** los cuales están autorizados por la DISAN, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte No. Contrato No. 07-2-20167-24 de fecha: _16 – agosto -2024 Adición No. _ N / A de fecha: N / A

Plazo de ejecución del contrato 2 MESES, Cumplió: SI_X_ NO_____

Prorroga o modificación No _____ de fecha _____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DIAGNOSTICO DE SIFILIS	100	F0327V17E02D FV: 01/04/2024	$1.900,00	$190.000,00
2	PRESERVATIVOS	2500	2307C FV: 06/2028	$216,00	$540.000,00
3					
				TOTAL	**$730.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO___X_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**	[ ]	**NO**	[X]	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**	[ ]	**NO**	[X]	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**	[ ]	**NO**	[X]	**NÚMERO**		

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD – GUAINÍA

Recepción de bienes No. 03

Ciudad y Fecha: Inírida 10/10/2024
Hora: 16.00
Lugar: UPRES GUAINIA

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 16:00 horas del día 10 del mes 10 del año 2024 se reúnen en el Almacén de la UPRES GUAINIA, los señores SI TANIA ANDREA ORJUELA MEJIA (jefe unidad prestadora de salud Guainía) (E) y el PT. FLAMINIO QUINBAYO APONTE (responsable de almacén de la Upres Guainía), con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20167-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **BIOLORE LTDA**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 16/08/2024 Adición No. N/A de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato: 02 meses Cumplió: SI_X___ NO_____

Prorroga o modificación No N/A de fecha N/A

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	2500	**LOTE:** 2307C **FV:** JUNIO 2028	$216,00	$540.000,00
	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X30 TEST	100	**LOTE:** F0327V17E02D **FV:** 01 ABRIL 2026	$1.900,00	$190.000,00
	TOTAL				**$730.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO_____X___, Observaciones:
- Entrega Total: SI_X___ NO_____, Observaciones: SIN NOVEDAD
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI___X__ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

OBSERVACIONES: se recepcionaron los insumos de acuerdo a las especificaciones técnicas del contrato, sin novedad.

COMPROMISOS: . N/A

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		

CONTRATO NO. 07-2-20167-24 CELEBRADO ENTRE LA NACION- POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD Y LA EMPRESA IMEX GROUP S.A.S. QUE TIENE POR OBJETO "LA ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DETECCIÓN SIFILIS Y PRESERVATIVOS PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL".

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA

Recepción de bienes No. 98/

Ciudad y Fecha: Tunja, 23 de octubre del 2024
Hora: 15:30 horas
Lugar: Almacén UPRES Tunja Boyacá.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 15:30 horas del día 23 de octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, la señora Subteniente CINDY PAOLA SOTELO HOYOS Jefe ESPCO Tunja UPRES BOYACA, Subintendente MILTON.FERNANDO GARCIA MILLAN Almacenista (E), CPS-4 KARLA PATRICIA VEGA Enfermera PMS UPRES, con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato de compraventa No. 07-2-20167-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA., para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No. 07-2-20167-24 de fecha: 16 de agosto de 2024,

Plazo de ejecución del contrato: 11 de noviembre 2024, Cumplió: SI__X__ NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: "La adquisición de pruebas rápidas para detección de SIFILIS Y PRESERVATIVOS (CONDONES) para la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional".

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	ORIGEN (FUENTE DE FINANCIA MIENTO)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO EXENTO DE IVA	VALOR UNITARIO EXENTO DE IVA
3	DISAN	Pruebas rápidas de Sífilis	1000	LOTE: F0327V17E02D FECHA DE VENCIMIENTO 01/04-2026	$ 1.900,00	$ 1.900.000,00
4	DISAN	Preservativos (Condones)	6500	LOTE: 2307C FECHA DE VENCIMIENTO 06-2026	$ 216,00	$ 1.404.000,00
					TOTAL	$ 3.304.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos:

_____

_____

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE	GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA	No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

Recepción de bienes No. 106

Ciudad y Fecha: Ibagué, 15/10/2024
Hora: 08:50
Lugar: Unidad Prestadora de Salud Tolima

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 08:50 horas del día 15 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén UPRES-TOLIMA, los señores Capitan FERNEY ANDRES BARBOSA MORALES (jefe de la unidad prestadora de salud) y el señor Subintendente HUBER ALFONSO BARRIOS SANCHEZ (almacenista) y YINA PAOLA VERBEL ROMERO (jefe de enfermería a cargo de PyM) , con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al Contrato No.**07-2-20167-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **BIOLORE LTDA**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte No: **07-2- 20167-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. ____N/A____ de fecha: ___N/A

Plazo de ejecución del contrato: 2 MESES Cumplió: SI__X__ NO_____

Prorroga o modificación No: N/A

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (condones)

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
4	PRUEBAS RÁPIDAS PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	1600	F0327V1E02D / FV 01-04-2026	$1.900	$3.040.000,00
5	ADQUISICIÓN DE PRESERVATIVOS (CONDONES)	5000	2307C / FV 06-2028	$216	$1.080.000,00
	TOTAL				**$4.120.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

- Entrega Parcial: SI_____ NO_____X___, Observaciones:
- Entrega Total: SI___X_ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_x_ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**	[ ]	**NO**	[x]	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**	[ ]	**NO**	[x]	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**	[x]	**NO**	[ ]	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA

Recepción de bienes No. 134/ 2024

Ciudad y Fecha: Neiva, 08 de octubre de 2024
Hora: Siendo las 10:00
Lugar: Almacén de Intendencia UPRES ESPCO

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 10:00 horas del día, 08 de octubre de 2024, se reúnen en el Almacén de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA, la señora Subintendente **EDNA VIVIANA URBANO** Almacenista UPRES y la señora Capitán **RUTH STELLA CARMONA PUERTA** jefe Unidad Prestadora de Salud Huila (E), SM-116 **EMILIA VASQUEZ GALEANO** Responsable P Y M UPRES Huila (E), con el fin de realizar la recepción de los bienes producto de la compara bajo contrato No. **07-2-20167-24**, suscrito con la entidad **BIOLORE LTDA** los cuales están autorizados por la DISAN, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No **07-2-20167-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. N/A de fecha N/A

Plazo de ejecución del contrato: 11/11/2024, Cumplió: SI __X__ NO __

Prorroga o modificación No __N/A__ de fecha _____

OBJETO: OBJETO DEL CONTRATO: "ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (condones)".

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	5000	2307C F. VENC: 30/06/2028	$ 216,00	$ 1.080.000,00
2	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X 30 TEST	1600	F0327V17E02D F. VENC: 01/04/2026	$ 1.900,00	$ 3.040.000,00
3	LANCETAS ON CALL X 100 UNIDADES	1600	2405003 F. VENC: 09/05/2029	N/A	N/A
4	ISOPAÑIN TOALLA ANTISEPTICA CON ALCOHOL AL 70% X 1000	1600	2340623-3 F. VENC: 30/06/2026	N/A	N/A
	TOTAL				$ 4.120.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos_____

_____

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	TOTAL				

2.2 INSERVIBLES: No se reciben repuestos o equipos en condiciones inservibles. (Para el caso de aviación).

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	TOTAL				

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CAQUETÁ

Recepción de bienes No. 019

Ciudad y Fecha: Florencia, 11 de octubre del 2024
Hora: 16:00 hrs
Lugar: Almacén Unidad Prestadora de Salud Caquetá.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 16:00 horas del día 11 del mes de octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Caquetá, el señor Subintendente **JORGE LUIS GIRALDO PALACIO** Jefe Administrativo Unidad Prestadora de Salud Caquetá, el señor Subintendente **JORGE ALEJANDRO RODRIGUEZ REYES** almacenista de la Unidad Prestadora de Salud Caquetá, Patrullera LEIDY ALEJANDRA SAAVEDRA CIFUENTES coordinadora de activos fijos y el señor enfermero jefe JOSE DAIRO RICO GUTIERREZ responsable PYM, con el fin de realizar la recepción de los bienes producto de la compra bajo contrato 07-2-20167-24 cuyo objeto es ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (condones) PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL, suscrito con **BIOLORE LTDA** NIT. 830087855-5, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No. **07-2-20167-24**, de fecha 16 de agosto del 2024 Adición No. N/A de fecha: N/A

Cumplió: SI X NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (condones) PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	ORIGEN (FUENTE DE FINANCIAMIENTO)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	DISAN	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	2500	Lote 2307C Fecha vencimiento:03 - 2025	216	540.000,00
2	DISAN	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X 30 TEST	300	Lote: F0327V17E02D Fecha vencimienio: 01/04/2026	1.900	570.000,00
VALOR TOTAL						1.110.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos.

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO

Recepción de bienes No. 005 /

Ciudad y Fecha: Mocoa, 22 de octubre de 2024
Hora: 10:00 AM
Lugar: Almacén de insumos UPRES DEPUY

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 10:00 horas del día 22 del mes OCTUBRE del año 2024, se reúnen en el Almacén de insumos los señores, Teniente MIGUEL ANDRES MUÑOZ BOLAÑOS, jefe Unidad Prestadora de Salud Putumayo y la señora Patrullera JOHANNA LUCIA ARDILA QUIJANO, responsable de almacén y la señora CPS-04 LIZ LEIDYS FRIAS CASTRO, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al producto del Contrato No. 07-2-20167-24, de fecha 16 de agosto de 2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA (o donados por N/A mediante el documento N/A de fecha N/A), para lo cual se verifican los documentos que soportan entrega.

Soporte: No. **07-2-20167-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato N/A, Cumplió: SI X NO

Prorroga o modificación No. NO de fecha: N/A

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SIFILIS Y PRESERVATIVOS (CONDONES)

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS RAPIDAS DE DETECCION SIFILIS AB SANGRE	250	F0327V17E02D 01/04/2026	$ 1.900	$ 475.000
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	2500	2307C 06/2028	$ 216	$ 540.000
		TOTAL			$ 1.015.000

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO___X___, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI_____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD – CALDAS

Recepción de bienes No. 009 /

Ciudad y Fecha: Manizales, 15 de octubre del 2024
Hora: 10:10
Lugar: Almacén UPRES DECAL

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 10:00 horas del día 15 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la UPRES DECAL, el señor Subteniente LUIS ALEXANDER QUINTANA ROJAS, jefe Unidad prestadora de salud Caldas, señor Patrullero HECTOR HERNANDO REINA CARDENAS (Auxiliar de almacén) y la señora Enfermera JENNY CAROLINA MOLINA PINZON (Jefe líder programa Promoción y prevención Upres) , con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20167-24** de fecha 16 de agosto del 2024 suscrito con la firma **BIOLORE LTDA**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20167-24** de fecha: **16/08/2024** Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato N/A Cumplió: SI X NO

Prorroga o modificación No N/A de fecha N/A

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (condones) PARA LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS DE DETENCION SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X30 TEST	600	F0327V17E02D FV: 01/04/2026	$1.900,00	$1.140.000,00
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	3000	2307C FV: 06/2028	$216	$ 648.000,00
	TOTAL				**$1.788.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

- Entrega Parcial: SI_____ NO __X__ , Observaciones:
- Entrega Total: SI __X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI X NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI __X__ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

ASISTENTES

GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
ST	LUIS ALEXANDER QUINTANA ROJAS	UPRES DECAL	JEFE UNIDAD PRESTADO DE SALUD DECAL	
PT	REINA CARDENAS HECTOR HERNANDO	UPRES DECAL	AUXILIAR DE ALMACEN	
CPS	MOLINA PINZON JENNY CAROLINA	UPRES DECAL	LIDER PROGRAMA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	

NOMBRE UNIDAD QUE ORIGINA

Recepción de bienes No. 326

Ciudad y Fecha: Pereira, 24 de octubre del 2024
Hora: 14:40
Lugar: Almacén UPRES DERIS

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:40 horas del día 24 del mes de octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la UPRES DERIS, la señora Capitán DIANA CAROLINA BETANCUR PIEDRAHITA Jefe Área Logística y Financiera(E), la señora Subteniente SARA YESENIA BLANCO GRIMALDO, Jefe Unidad Prestadora de Salud Risaralda y el señor Intendente Jefe ANDRÉS FELIPE ATEHORTUA MUÑOZ Almacenista Unidad Prestadora de Salud Risaralda, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20167-24** suscrito con la entidad **BIOLORE LTDA** (o donados por _____, mediante el documento _____ de fecha _____), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20167-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato N/A Cumplió: SI X NO

Prorroga o modificación No N/A de fecha N/A

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.) /FV	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBA DE DETENCION SIFILIS	1500	F0327V17E02D FV 01/04/2026	$1900	$2.850.000,00
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	5000	2307C FV 06/2028	$216	$1.080.000,00
	TOTAL				**$3.930.000**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

REALIZAR ENTRADA Y SALIDA DE BIENES EN LOS ALMACENES

RECEPCIÓN DE BIENES

POLICÍA NACIONAL

- Entrega Parcial: SI_____ NO _X__ Observaciones:
- Entrega Total: SI __X__ NO_____ Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI X NO_____ Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI _X_____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: SI [ ] NO [X] NÚMERO [ ] CERTIFICADOR [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: SI [ ] NO [X] NÚMERO [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: SI [ ] NO [X] NÚMERO [ ]

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

ASISTENTES

GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
CT	DIANA CAROLINA BETANCUR MEDRANITA	UPRES DECAL	JEFE ÁREA LOGÍSTICA Y FINANCIERA	
ST	SARA YESENIA BLANCO GRIMALDO	UPRES DECAL	JEFE UNIDAD PRESTADO DE SALUD RISARALDA	
IJ	ANDRÉS FELIPE ATEHORTUA MUÑOZ	UPRES DECAL	ALMACENISTA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD RISARALDA	

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD - QUINDÍO

Recepción de bienes No. 093 /

Ciudad y Fecha: Armenia Quindío 26/10/2024
Hora: 11:00
Lugar: Almacen Unidad Prestadora de Salud Quindio

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 11:00 horas del día 26 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Quindio, la Señora Capitán YESENIA GONZÁLEZ TUQUERRES Jefe Unidad Prestadora de Salud Quindio, Subcomisario ELIO FRANE ARIAS SOLARTE Almacenista de la unidad Prestadora de Salud Quindío y SM 12-6 MARTHA CECILIA ARÁNZAZU RIVAS Jefe de programa PMS Prestadora de Salud Quindío, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al Contrato **No.07-2-20167-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **BIOLORE LTDA**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No.07-2-20167-24 de fecha: 16/08/2024 Adición No. ___NO__ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato: 2 meses, Cumplió: SI__X__ NO_____

Prorroga o modificación No ___NO____ de fecha _____

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (CONDONES), PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	CONDÓN NATURAL DE CAUCHO CLÁSICO	3000	**LOTE:** 2307C **FV:** 12/2028	$216	$648.000,00
2	SÍFILIS AB SANGRE TOTAL/PLASMA KITX30 TEST	800	**LOTE:** F0327V17E02D **FV:** 01/04/2026	$1900	$1.520.000,00
	TOTAL				**$ 2.168.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO____X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI___X__ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA

Recepción de bienes No. 005

Ciudad y Fecha: Cali, 17 de octubre 2024
Hora: 14:00 horas
Lugar: Establecimiento Policial Primario Nuestra Señora de Fátima.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:00 horas del día 17 del mes 10 del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, la señora Capitán CINTHIA ALEXANDRA CARABALI COSSIO Jefe Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, a la señora Intendente Jefe LAURA KATHERIN PELAEZ ORTEGA Almacenista Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca y la Enfermera Jefe LAURA VALENTINA RENGIFO Responsable de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al producto del contrato No 07-2-20167-24 de fecha del 16 de agosto del 2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA_, (o donados por N/A, ,mediante el documento N/A de fecha N/A), para lo cual se verifican los documentos que soportan la que entregan

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato N/A, Cumplió: Si X NO__

Prorroga o modificación No NO de fecha N/A

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	4500	2307C FV: 30/06/2028	$216	$972.000
2	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS	2500	F0327V17E02D FV: 01/04/2026	$1.900	$4.750.000
	TOTAL				$5.722.000.00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI _ NO X Observaciones:
- Entrega Total: SI X NO _ Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI __NO_ Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI X NO__

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	x	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	x	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**	x	**NO**		**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CAUCA

Recepción de bienes No. 004/

Ciudad y Fecha: Popayán, 17 de octubre de 2024
Hora: 15:00 Horas
Lugar: Unidad prestadora de salud Cauca

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 15:00 horas del día 17 de octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora De Salud Cauca, los señores Capitán **ORLANDO DAVID ZAMBRANO YAMA** jefe UPRES CAUCA, el señor Subintendente **JOSE JULIAN CERON ZAMBRANO** responsable de Almacén UPRES CAUCA (E) y la enfermera jefe responsable del programa PYP de la Unidad prestadora de salud Cauca **EBELYN DAYANNA FAJARDO ZUÑIGA**, con el fin de realizar la recepción de los bienes del **Contrato No.07-2-20167-24** celebrado con el contratista **BIOLORE LTDA**, mediante el cual se realizó la **ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X 30 TEST Y PRESERVATIVOS** (condones) de fecha 16 de agosto de 2024, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. DES-46361 de fecha: 27-09-2024 Adición No. ____X____ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato_____02 meses_____, Cumplió: SI __x__ NO_____

Prorroga o modificación No ___N/A_____ de fecha ____N/A_____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	3500	LOTE 2307C/ FV: 06/2028	$ 216	$ 756.000
2	SIFILIS SANGRE TOTAL	800	F0327V17E02D/ FV: 01/04/2026	$ 1900	$ 1.520.000
	TOTAL				$ 2.276.000

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

Se entregan LANCETAS ON CALL X 100 Unidades Lote 2405003 cantidad 800 unidades, ISOPAÑIN TOALLA ANTISEPTICA CON ALCOHOL AL 70% X 1000 lote 2340623 X 800 unidades

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación)

- Entrega Parcial: SI_____ NO____X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI___X__ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO

Recepción de bienes No. 0050/

Ciudad y Fecha: San juan de Pasto 09 de octubre de 2024
Hora: 09: 00 Horas
Lugar: Unidad Prestadora De Salud Nariño.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 09:00 horas del día 09 de octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora De Salud Nariño, los señores Mayor LINDA IBARRA ALVAREZ, jefe UPRES DENAR, la señora Intendente ANGIE LICET LOPEZ CUARAN, jefe Administrativo de la Unidad Prestadora de Salud Nariño (e), el señor Subintendente ALEX MANUEL HERNANDEZ CARDENAS Responsable de Almacén UPRES DENAR y el señor Subintendente EDGAR ARMANDO BENAVIDES PAZ, con el fin de realizar la recepción de los bienes del Contrato No.07-2-20167-24 celebrado con el contratista BIOLORE LTDA, mediante el cual se realizó la ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (condones).

de fecha 16 de agosto de 2024, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. Despacho des-46360 de fecha: 27/09/2024 Adición No. ___X_____ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato 02 meses. Cumplió: SI_ x___ NO_____

Prorroga o modificación No ___NO APLICA _____ de fecha ___NO APLICA _____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	3500	LOTE 2307C FECHA DE VENCIMIENTO 06/2028	$ 216	$ 756.000
2	SIFILIS SANGRE TOTAL	1000	F0327V17E02D FECHA DE VENCIMIENTO 01/04/2026	$ 1900	$ 1.900.000
	TOTAL				$ 2.656.000

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

Se entregan LANCETAS ON CALL X 100 Unidades Lote 2405003 cantidad 1000 unidades, ISOPAÑIN TOALLA ANTISEPTICA CON ALCOHOL AL 70% X 1000 CANTIDAD 100

N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

- Entrega Parcial: SI_____ NO___X_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__x___ NO_____, Observaciones N/A
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X____ NO_____ N/A

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [x] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [x] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [x] **NÚMERO** [ ]

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER

Recepción de bienes No. 003 /

Ciudad y Fecha: Bucaramanga, 10 Octubre 2024
Hora: 11:26 am
Lugar: Almacén de insumos médicos Clínica ESPOC DESAN.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 11:26 am horas del día 10 del mes Octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén Clínica ESPOC DESAN, los señora CT Lucy Carolina Salcedo Duran (Jefe Unidad Prestadora de Salud Santander), SI Mauricio Sánchez Hernández(Almacenista Unidad Prestadora de Salud Santander), Enfermera Jefe Silvia Lorena Rojas García (Jefe PyM) y Sr. Rafael León Aparicio (Auxiliar de almacén), con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato N° **07-2-20167-24** de fecha 06 de agosto de 2024, suscrito con la firma **BIOLORE LTDA** ,para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No.07-2-20167-24 de fecha 06 de agosto de 2024 Adición No. ___NO_ de fecha: _N/A__

Plazo de ejecución del contrato: 2 meses, Cumplió: SI__X__ NO_____

Prorroga o modificación No ___X_____ de fecha ___N/A_____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	Condón natural de caucho clásico	4000	Lote: 20307C Fecha de vencimiento 30/06/2028	216	864.000,00
2	Sífilis AB sangre total / plasma kit x30 test	2000	Lote: F032V17E02D Fecha de vencimiento 01/04/2026	1900	3.800.000,00
3	Lancetas ON CALL X 100 Unidades	2000	Lote: 2405003		
4	Isopañin Toalla Antiséptica con alcohol al 70% x 100	2000	Lote:2340623-3		
	TOTAL				**$4.664.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO____X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI_X___ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_X____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER

Recepción de bienes No. 002 /

Ciudad y Fecha: Cúcuta, 10 de octubre del 2024
Hora: 14:40
Lugar: Almacén UPRES DENOR

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:40 horas del día 10 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la UPRES DENOR, la señora Capitán DIDIANA MARCELA RAMIREZ CARDENAS, jefe Unidad Prestado de Salud Upres Denor, señor subintendente FREDDDY MARTINEZ RODRIGUEZ, almacenista y la señora Enfermera ROZO MOGOLLON SANDRA MILENA Jefe líder programa Promoción y prevención, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20167-24** de fecha 16/08/2024 suscrito con la firma **BIOLORE LTDA** , para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20167-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato 11/11/2024 Cumplió: SI X NO

Prorroga o modificación No N/A de fecha N/A

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (CONDONES), PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRESERVATIVO CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	3.000	N7A/ FV :06/2028	$216	$648.000,00
2	PRUEBA RAPIDA SIFILIS AB SANGE TOTAL	1.300	F0327V17E02D / FV: 01/04/2026	$1.900	$ 2.470.000,00
	TOTAL				**$ 3.118.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

- Entrega Parcial: SI_____ NO __X__ , Observaciones:
- Entrega Total: SI __X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI X NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI __X__ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA

Recepción de bienes No. ____006___/

Ciudad y Fecha: Arauca, 11 de octubre 2024
Hora: 08:00
Lugar: Unidad Prestadora de Salud Arauca

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 08:00 horas del día 11 del mes 10 del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, los señores AS-28 LUIS ALBERTO CUELLAR PEREZ Almacenista, la señora Patrullera LEIDI JOHANA JAIMES ORTEGA Responsable de PYM (E) y el señor Subintendente CRISTIAN EDUARDO ESCOBAR ANAYA Jefe UPRES Arauca (E), con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al CONTRATRO 07-2-20167-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA (o donados por _____, mediante el documento _____ de fecha _____), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 11/09/2024 Adición No. ____N/A____ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato DOS (02) MESES Cumplió: SI X NO____

Prorroga o modificación No ____N/A____ de fecha _____

OBJETO: "ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE SIFILIS Y PRESERVATIVOS (CONDONES), PARA LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL".

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
2	ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS	360	R.S. INVIMA 2019 RD-0002387 R1 F.V: 01/04/2026	$ 1.900,00	$ 684.000,00
5	ADQUISICION DE PRESERVATIVOS (CONDONES)	2000	RG.SAN. INVIMA 2018DM-0017477 F.V: 01/06/2028	$ 216,00	$ 432.000,00
	TOTAL				**$ 1.116.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO__X_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones: Ninguna
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X___ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD - ANTIOQUIA

Recepción de bienes No. 003/

Ciudad y Fecha: Envigado 09 de octubre del 2024
Hora: 14:00 horas
Lugar: Almacén Unidad Prestadora de Salud Antioquia
Carrera 43ª No. 48 C SUR 45 Barrio Primavera Envigado.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:00 horas del día 09 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad prestadora en Salud, el señor, IT. JEFERSON HERRERA LUGO Almacenista y el señor SI. VICTOR ROTAVISTA LEMUS, supervisor del contrato, con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato **No.07-2-20167-24**, suscrito con la empresa **BIOLORE LTDA**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte No. **07-2-20167-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. ___N/A_____ de fecha: _____N/A_____

Plazo de ejecución del contrato: 11/10/2024 a 11/11/2024 , Cumplió: SI_X___ NO_____

Prorroga o modificación No __N/A_____ de fecha _____N/A____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	ORIGEN (FUENTE DE FINANCIAMIENTO)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	DISAN	ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SIFILIS,	1800	**LOTE:** F0327V17E02D **FV:** 01/04/2026	$ 1.900,00	$ 3.420.000,00
2	DISAN	ADQUISICIÓN DE PRESERVATIVOS	4000	**LOTE:** 2307C **FV:** 12/2028	$ 216,00	$ 864.000,00
TOTAL						**$ 4.284.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO____X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_X____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X____ NO_____

OBSERVACIONES:

N/A

COMPROMISOS:

N/A

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD URABA

Recepción de bienes No. 008

Ciudad y Fecha: Apartadó, 08 de Octubre de 2024
Hora: 10:00 horas
Lugar: Almacén Unidad Prestadora de Salud Urabá

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 10:00 horas del día 08 del mes Octubre del año 2024 se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Urabá los señores Patrullero YEILER SMITH PALACIO SANCHEZ Responsable Almacenista UPRES DEURA (E) ,el señor Subteniente ALVARO JOSE ESTUPIÑAN HENAO Jefe Unidad Prestadora de Salud Urabá y KENIA ISABEL BARRERA MOSQUERA (enfermera a cargo de PyM) ,con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato No. **07-2-20167-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **BIOLORE LTDA**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. Despacho No. 46368 de fecha: 27/09/2024 Adición No. N/A de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato 11/11/2024, Cumplió: SI X NO_____

Prorroga o modificación No N/A de fecha N/A

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBA RÁPIDA PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (condones)

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	CONDON NATURAL DE DE CAUCHO CLASICO	1500	2307C/ FV: JUNIO 2028	$216	$324.000,00
2	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X 30 TEST	300	F0327V17E02D/ FV: 01/04/2026	$1.900	$570.000,00
3	LANCETAS ON CALL X 100 UNIDADES				
4	ISOPAÑIN TOALLA ANTISEPTICA CON ALCOHOL				
				TOTAL	**$894.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI____ NO X, Observaciones:
- Entrega Total: SI X NO___, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI X NO__, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual: SI X NO__

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** ☐ **NO** ☐ **NÚMERO** ☐ **CERTIFICADOR** ☐

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** ☐ **NO** ☐ **NÚMERO** ☐

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** ☐ **NO** ☐ **NÚMERO** ☐

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

ASISTENTES

GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
PT	YEILER SMITH PALACIO SÁNCHEZ	UPRES DEURA	ALMACENISTA (E)	
ST	ALVARO JOSE ESTUPIÑAN HENAO	UPRES DEURA	JEFE UPRES URABÁ	
CPS	KENIA ISABEL BARRERA MOSQUERA	UPRES DEURA	ENFERMERA JEFE PYM	

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA

Recepción de bienes No. 040/

Ciudad y Fecha: Montería 09 octubre de 2024
Hora: 15:00 horas
Lugar: Almacén de la Unidad Prestadora de salud Córdoba.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 15:00 horas del día 09 del mes de octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén UPRES DECOR, la señora Mayor DORA YANNETH RISCANEVO ESPITIA Jefe Unidad Prestadora De Salud Córdoba, Señor Intendente ANTONIO ELIAS BULA DIAZ Almacenista UPRES DECOR, con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato No. 07-2-20167-24 De fecha 16/08/2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA. (o donados por _____, los cuales están autorizados por la DIRAF, mediante el documento _____ de fecha _____), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No 07-2-20167-24 De fecha 16/08/2024 Adición No.___N/A_____ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato, Cumplió: SI__X__ NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN SIFILIS Y PRESEVATIVOS (CONDONES), PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	ORIGEN (FUENTE DE FINANCIAMIENTO)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO+ IVA	VALOR TOTAL+ IVA
1	COMPRA	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	3000	2307C FV:06/2028	$ 216,00	$ 648.000,00
2	COMPRA	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA/KIT 30 X TEST	800	F0327V1E02D FV:01/04/2026	$1.900	$ 1.520.000,00
VALOR TOTAL						$ 2.168.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos.

_____

_____

REALIZAR ENTRADA Y SALIDA DE BIENES EN LOS ALMACENES

FORMATO DE RECEPCIÓN DE BIENES

POLICÍA NACIONAL

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: SI [ ] NO [ ] NÚMERO [ ]

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	ASISTENTES UNIDAD	CARGO	FIRMA
LTY	DORA YANNETH RISCANEVO ESPITIA	UPRES DECOR	JEFE UPRES DECOR	
IT	ANTONIO ELIAS BULA DIAZ	UPRES DECOR	ALMACENISTA	

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ

Recepción de bienes No. 037 /

Ciudad y Fecha: Quibdó, 29 de octubre del 2024
Hora: 14:40
Lugar: Almacén UPRES DECHO

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:40 horas del día 29 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la UPRES DECHO, la señorita intendente SUGEIDY PALACIOS MARTINEZ, jefe Unidad prestado de salud Chocó (E), señor Subintendete MELQUI MOSQUERA BUENAÑOS, Responsable de almacén y la señora Enfermera DARLYN JHANET MENA PALACIOS, Jefe líder programa RIAS, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20167-24** de fecha 16 de agosto del 2024 suscrito con la firma BIOLORE LTDA. (o donados por _____, mediante el documento _____ de fecha _____), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20167-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato N/A Cumplió: SI X NO

Prorroga o modificación No N/A de fecha N/A

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	F. VENC	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	2.500	2307C	30/06/2028	$ 216,00	$ 540.000,00
2	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X 30 TEST B	300	F0327V17E02D	01/04/2026	$1.900,00	$ 570.000,00
3	LANCETAS ON CALL X 100 UNIDADES	300	2405003	09/05/2029	N/A	N/A
4	ISOPAÑIL ROALLA ANTISEPTICA CON AL 70% X 1000	60	HCVSSP5870	30/06/2026	N/A	N/A
TOTAL						$1.110.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO __X__ , Observaciones:
- Entrega Total: SI __X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI X NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI __X__ NO_____

OBSERVACIONES: Se entregaron los bienes de acuerdo al objeto del contrato

COMPROMISOS: N/A

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

ASISTENTES				
GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
IT	SUGEIDY PALACIOS MARTINEZ	UPRES DECHO	Jefe Unidad Prestado De Salud Chocó (E)	
SI	MELQUI MOSQUERA BUENAÑOS	UPRES DECHO	Responsable de Almacén	
CPS	DARLYN JHANET MENA PALACIOS	UPRES DECHO	Jefe líder programa RIAS	

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META

Recepción de bienes No. 013/

Ciudad y Fecha: Villavicencio. 18 de octubre del 2024
Hora: 14:00 horas
Lugar: Almacén UPRES Meta.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:00 horas horas del día 18 de octubre del 2024, se reúnen en el Almacén de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META, los señores Mayor DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ jefe Unidad Prestadora de Salud Meta, Subintendente ALBEIRO MARIÑO APOLINAR Almacenista UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META (E) con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al producto del contrato No. 07-2-20167-24, de fecha 16 de agosto del 2024, suscrito con la firma BIOLORE LTD_(o donados por N/A, mediante el documento N/A de fecha N/A), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato N/A, Cumplió: SI X NO_____

Prorroga o modificación No NO de fecha N/A

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS RAPIDAS DE DETECCION RAPIDA SIFILIS AB SANGRE	300	LOTE: F0327V1E02D F.V 01/04/2026	1900	570.000,00
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	3000	LOTE: 2307C F.V 06/2028	216	648.000,00
	TOTAL				1.218.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

- Entrega Parcial: SI_____ NO X, Observaciones:
- Entrega Total: SI X NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI_____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**	[ ]	**NO**	[X]	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**	[ ]	**NO**	[X]	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**	[X]	**NO**	[ ]	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD – GUAVIARE

Recepción de bienes No. 006

Ciudad y Fecha: San José del Guaviare, 30 de septiembre del 2024
Hora: 14:00 Horas.
Lugar: Almacén de Sanidad Unidad Prestadora de Salud Guaviare.
Calle 9 N 21-20 barrio la Esperanza

1 VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:00 horas del 30 de septiembre del 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare, **EL SEÑOR TENIENTE NELSON OSWALDO ULLOA BLANCO**, el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare y la señorita **PP ANYI PAOLA BURBANO MEDINA** almacenista (E) con el fin de realizar recepción de los bienes producto del contrato No **07-220167-24** de la fecha 16-08-2024 suscrito con la empresa **BIOLORET LTDA** ,para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte N**o.07-220167-24** de fecha: de 16/08/2024 No. N/A de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato: 2 meses Cumplió: SI X NO

Prorroga o modificación: No N/A de fecha N/A

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	ORIGEN (FUENTE DE FINANCIAMIENTO)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
01	DISAN	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	2000	LOTE: 2307C / FV: 30-06-2028	$ 216,00	$ 432.000,00
02	DISAN	SIFILIS AB SANGRE TOTAL SUERO PLASMA KIT X 30 TEST	200	LOTE: F0327V17E02D FV:01-04-2026	$ 1.900,00	$ 380.000,00
VALOR TOTAL						**$ 812.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos:

2.1 CALIBRADOS repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller para caso de aviación

- Entrega Parcial: SI_____ NO_____X___, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X___ NO_____, Observaciones.
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI_____ NO_____

OBSERVACIONES: N/A

COMPROMISOS: N/A

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

ASISTENTES

GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
TE	NELSON OSWALDO ULLOA	UPRES-DEGUV	JEFE UPRES DEGUV	
PP	ANYI PAOLA BURBANO MEDINA	UPRES ALMJIN	Almacenista UPRES DEGUV (E)	Anyi Paola B

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CASANARE

Recepción de bienes No. 006 /

Ciudad y Fecha: Yopal, 22 de octubre del 2024
Hora: 14:50
Lugar: Almacén UPRES DECAS

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:50 horas del día 22 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la UPRES DECAS, el señor Teniente CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO, jefe Unidad prestado de salud Casanare, señor Subintendente CARLOS EMIRO OVIEDO GOMEZ, Jefe de almacén y la señora Enfermera LINA YOHANA CAMARGO PEREZ Jefe líder programa Promoción y prevención Upres , con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20167-24** de fecha 16 de agosto del 2024 suscrito con la firma **BIOLORE LTDA**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20167-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato: 2 MESES Cumplió: SI X NO

Prorroga o modificación No N/A de fecha N/A

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC,)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X 30 TEST	300	LOTE: F0327V17E02D FV: 01/04/2026	$1.900,00	$570.000,00
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	1500	LOTE: 2307C FV: 09/05/2029	$216,00	$324.000,00
	TOTAL				**$894.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

- Entrega Parcial: SI_____ NO __X__ , Observaciones:
- Entrega Total: SI __X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI X NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI __X__ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

ASISTENTES				
GR.	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**UNIDAD**	**CARGO**	**FIRMA**
TE	ROBLES GUERRERO CRITIAN DAVID	UPRES DECAS	JEFE UNIDAD PRESTADO DE SALUD DECAL	
SI	OVIEDO GOMEZ CARLOS EMIRO	UPRES DECAS	JEFE DE ALMACEN	
RU	CAMARGO PEREZ LINA YOHANA	UPRES DECAS	LIDER PROGRAMA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Lina Camargo.

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VAUPÉS

Recepción de bienes No. 001

Ciudad y Fecha: Mitú, 02 de octubre de 2024
Hora: 14:00
Lugar: Unidad prestadora de salud Vaupés.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:00 horas del día 02 del mes Octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la unidad prestadora de salud Vaupés, el señor CT Dair León Idrobo Machado y la señora almacenista PT Beatriz Elena Cárdenas Romero con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato No.07-2-20167-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA (o donados por _____N/A_____, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 11/09/2024 Adición No. ___N/A_____ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato_____, Cumplió: SI__X__ NO_____

Prorroga o modificación No _____N/A____ de fecha _____

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS Y PRESERVATIVOS (condones) PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RAPÍDAS PARA LA DETECCIÓN DE SIFILIS	100	F0327V1E02D/ FV 01/04/2026	$ 1.900	$ 190.000,00
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLÁSICO	1000	2307C/ FV 30/06/2028	$ 216,00	$ 216.000,00
	TOTAL				$ 406.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

- Entrega Parcial: SI_____ NO____X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI___X__ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

OBSERVACIONES:

/

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

Recepción de bienes No. 118

Ciudad y Fecha: Soledad Atlántico 08 de octubre de 2024
Hora: 15:00
Lugar: Almacén UPRES DEATA

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 15:00 horas del día 08 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la UPRES DEATA, el señor Capitán RAUL RAMIREZ RAMIREZ Jefe Upres Deata (e), la señora Subteniente MABEL BOTELLO HERNANDEZ Jefe Gupas Upres Deata, y el señor MARLON HERNÁNDEZ ACUÑA almacenista Upres Deata, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al producto del contrato No 07-2-20167-24, de fecha 16 de agosto de 2024, suscrito con la firma BILORE LTDA (o donados por N/A, mediante el documento N/A de fecha N/A), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 16/08/2024 Adición No. ___N/A_____ de fecha: ____N/A_____

Plazo de ejecución del contrato_____N/A_____, Cumplió: SI____ NO_____

Prorroga o modificación No _____N/A____ de fecha _____N/A____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS RAPIDAS DE DETENCION SIFILIS AB SANGRE	1600	F0327V17E02D- F. VENC 01/04/2026	1.900	3.040.000
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO	6000	2307C- F. VENC 30/06/2028	216	1.296.000
	TOTAL				4.336.000

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO____X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI_X___ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI_____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLIVAR

Recepción de bienes No. __02_____/

Ciudad y Fecha: Cartagena de indias 29 de octubre 2024
Hora: 16:05
Lugar: Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Bolivar

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 16:05 horas del día 29 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén Unidad Prestadora de Salud Bolivar, los señores LINA MARCELA ARROYO RIVERA JEFE UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR, le Señor Patrullero YAIR MORALES GAVIRIA RESPONSABLE DE ALMACEN UPRES BOLIVAR(E) y Enfermera Jefe PAOLA VILLAFAÑEZ Líder de PYMS, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al Contrato No. 07-2-20167-24 de fecha 16 de agosto 2024, suscrito con el contratista BIOLORE LTDA (o donados por N/A, mediante el documento N/A_ de fecha N/A), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato N/A, Cumplió: SI__X__ NO_____

Prorroga o modificación No _X_ de fecha _____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS DE DETENCCION DE SIFILIS AB SANGRE	440	F0327V17E02D-F/V-(01-04-2026)	$1900	$836.000
2	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	5000	2307C-F/V-(06-2028)	$216	$1.080.000.00
	TOTAL				$1.916.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

- Entrega Parcial: SI_____ NO __x_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI_ x___ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__x___ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___x___ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [x] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [x] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [x] **NÚMERO** [ ]

NOMBRE UNIDAD QUE ORIGINA

Recepción de bienes No. 1 /

Ciudad y Fecha: Valledupar, 11/10/2024
Hora: 08:000
Lugar: Unidad Prestadora de Salud Cesar

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 08.00 horas del día 11 del mes 10 del año 2024, se reúnen en el Almacén Upres Cesar, los señores Teniente KELLYS PADILLA ESQUEA, Jefe UPRES-CESAR, (E), SI. Lutgardo Antonio Blandón Reyes, Responsable Almacén Upres-cesar (E) y CPS-04 Margarita Marrugo Hernández, Responsable enfermera del programa Promoción y Mantenimiento de la Upres-Cesar, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo a contrato No. 07-2-20167-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA (o donados por _____, mediante el documento _____ de fecha _____), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. _____ De fecha: _____ Adición No. _____ De fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato 11 de noviembre 2024, Cumplió: SI X NO____

Prorroga o modificación No X de fecha _____.

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NUMERO DE IDENTIFICACION DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBA SIFILIS AB	500	F0327V17E02D F.V 01/04/2026	$ 1.900,00	$ 950.00,00
2	CONDONES NATURAL DE CAUCHO	3000	2307C F.V 06/2028	$ 216,00	$ 648,000,00
	TOTAL				$ 1.598.00,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2.1 CALIBRADOS: Repuestos o equipos calibrados retomados a su respectivo taller. (Para el caso de aviación).

- Entrega Parcial: SI_____ NO__X__, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI__X__ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI__X__ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: SI [ ] NO [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: SI [ ] NO [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: SI [ ] NO [X] **NÚMERO** [ ]

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

Recepción de bienes No. 005 /

Ciudad y Fecha: Riohacha- La Guajira 05/10/2024
Hora: 15:00
Lugar: Almacén UPRES-DEGUA

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 15:00 horas del día 05 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén **UPRES-DEGUA**, los señores ST Ferley Leitón Chito (Jefe Unidad prestadora de salud Guajira), SI Norlley Restrepo Lopez (Almacén) y la Enfermera líder de PYM Elvira Carrillo Rios, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20167-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **BIOLORE LTDA**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. _____ de fecha: _____ Adición No. _____ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato 11 de noviembre 2024, Cumplió: SI__x__ NO_____

Prorroga o modificación No ___N/A_____ de fecha __N/A__

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
4	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT X 30 TEST	400	LOTE: F0327V17E02D FV: 01/04/2026	1.900,00	760.000,00
5	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	2500	LOTE: 2307C FV: 30/06/2028	216,00	540.000,00
6	LANCETAS ON CALL X100 UNIDADES	400	LOTE: 2405003 FV: 09/05/2029	N/A	N/A
7	ISOPAÑIN TOLLA ANTISEPTICA CON ALCOHOL AL 70% X 1000	400	LOTE: 2340623 FV: 06/2026	N/A	N/A
	TOTAL				**1.300.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- Entrega Parcial: SI_____ NO____X____, Observaciones:
- Entrega Total: SI__X__ NO_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato:SI_X_ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI_X_____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		**CERTIFICADOR**
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**		**NO**	X	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD MAGDALENA

Recepción de bienes No. 024 /

Ciudad y Fecha: Santa Marta D. T. C. H , 10 Octubre 2024
Hora: 0 8 : 00
Lugar: Almacén Unidad Prestadora de Salud Magdalena.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 08 00horas del día 10 del mes octubre del año 2024 , se reúnen en el Almacén de la unidad Prestadora de Salud Magdalena , los señores Mayor **LUIS EDUARDO MEJIA RUIZ** Jefe Unidad Prestadora de Salud Magdalena ,el señor Intendente **CIRO ALFONSO TARAZONA JAIMES** Almacenista Unidad Prestadora de Salud Magdalena y **ALEXANDER JAVIER HERNÁNDEZ BERNAL** (logístico de la unidad), con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato número **07-2-20167-24** de fecha 16 de agosto 2024 , suscrito con la firma **BIOLORE LTDA** , para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-2 16/08/2024 Adición No N/A de fecha: _____N/A____

Plazo de ejecución del contrato: 2 MESES, Cumplió: SI X NO_____

Prorroga o modificación No ___X__ de fecha _____

OBJETO: ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE SIFILIS Y PRESERVATIVOS (CONDONES

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS RAPIDAS SIFILIS	600	Lote F0327V17E02D / FV: 01/04/2026	$1.900,00	$1.140.000,00
2	PRESERVATIVOS MARCA MANGO	4000	LOTE-2307C/ FV: 06/2028	$216,00	$864.000,00
	TOTAL				**$ 2.004.000,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

UNIDAD DE PRESTADORA DE SALUD SUCRE

Recepción de bienes No. 005/

Ciudad y Fecha: Sincelejo Sucre 09 de octubre 2024
Hora: 16:00 Horas
Lugar: Almacén de Insumos Médicos UPRES DESUC.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 16:00 horas del día 09 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de insumos, el señor Capitán Miguel Angel Mendoza Tuñón, Jefe Unidad Prestadora de Salud Sucre, con los señores Subintendente Miguel David Cavadia Tano Responsables (E) del Almacén y Patrullero Andrés Mauricio Avilez Reyes Auxiliar de Almacén, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo a el producto del contrato número 07-2-20167-24 de fecha 16 de agosto 2024, suscrito con la firma BIOLORE LTDA ___ (o donados por N/A, mediante el documento N/A de fecha N/A), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20167-24 de fecha16/08/2024 Adición No. ___NO___de fecha: ____N/A_____

Plazo de ejecución del contrato____N/A _____, Cumplió: SI__X__ NO____

Prorroga o modificación No ____NO____ de fecha ___N/A_____

OBJETO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	CONDON NATURAL DE CAUCHO CLASICO	3500	2307C Feche vencimiento 06/2028	216	756.000,00
2	SIFILIS AB SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA KIT POR 30 TEST	500	F0327V17E02D Feche vencimiento 01/04/2026	1.900	950.000,00
	TOTAL				1.706.000,00

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos

_____

_____

_____

Powered by CamScanner

- Entrega Parcial: SI_____ NO___X___, Observaciones:
- Entrega Total: SI___SI_____, Observaciones:
- Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI_____ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

Powered by CamScanner