No. GS-2025- - 0 0 8 4 8 5 **DISAN-APRES-GADSE**

Bogotá D.C 0 4 FEB 2025

Señor Coronel
Carlos Alirio Fuentes Duran
Director de Sanidad Policía Nacional

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No.**07-2-20166-24**

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 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: 4

- El 01 de octubre mediante correo electrónico se solicita a los contratistas enviar listas de distribución de los insumos a nivel nacional.
- El 08 y 09 de octubre mediante correo electrónico los contratistas informan que las entregas de los insumos fueron realizadas en un 100% a todas las unidades. (se reciben cuadros de distribución).
- 28 de octubre de 2024 supervisora de contrato solicita al contratista realizar facturación.

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	09 de octubre entrega de insumos 100% a todas las unidades
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	

			Especificidad VIH superior al 99,5%. Parámetro que debe ser avalado con carta del fabricante o estudio técnico Debe adjuntar inserto de la prueba y registro INVIMA						
3	Adquisición de pruebas rápidas para la detección de Hepatitis HBsAg	PRUEBA	Pruebas rápidas detección cualitativa de antígeno del Hepatitis HBsAg por inmunocromatogradia con control interno por punción capilar y sangre total, que permita la detección de antígenos de superficie del virus de la hepatitis B que no requiera refrigeración, ni centrifuga. Sensibilidad y especificidad hayan sido demostradas en estudios científicos o estudio técnico mayor al 95 %. Debe adjuntar inserto de la prueba y registro INVIMA	14.500	ALL TEST	CASETE CAJA X 20 PRUEBAS	HBSAG PRUEBA RÁPIDA EN CASSETTE (SANGRE TOTAL/SUERO/PLASMA) MARCA ALL TEST	X	
4	Adquisición de pruebas rápidas para diagnóstico de Hepatitis C	PRUEBA	Pruebas rápidas de Hepatitis C por punción capilar y sangre total, que permita la detección de anticuerpos del virus de la hepatitis C, que no requiera refrigeración, ni centrifuga. Sensibilidad y especificidad hayan sido demostradas en estudios científicos y mayores al 95 %. Debe adjuntar inserto de la prueba y registro INVIMA	4.500	XERION	CASETE CAJA X20 PRUEBAS	HCV AC XERION, RACK DIAGNOSTI C	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:

Los pagos de harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: IMEX GROUP S.A.S
BANCO: BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA: CUENTA CORRIENTE
NUMERO DE CUENTA: 03214161615

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. **Balance general de pagos y entregas**		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato u orden de compra**
Valor total del contrato u orden de compra	$200.029.340,00	100%
Valor total de las entregas	$200.029.340,00	100%
Valor total facturado	$200.029.340,00	100%
Valor facturado pendiente de pago	0	0%
Valor pagado	$200.029.340,00	100%
Valor pendiente de entrega	0	0%

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	$ 200.029.340,00	01/12/2024 al 31/12/2024	$ 200.029.340,00	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

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. 07-2-20166-24
Constancia de recibido No.	No. 01
Contratista:	**IMEX GROUP S.A.S**
NIT del contratista:	817003673 – 4
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	**ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, 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:	**DOSCIENTOS MILONES VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS / MONEDA LEGAL COLOMBIANA ($200.029.340,00)**
Plazo de ejecución:	Fecha de inicio: 28/08/2024 Fecha terminación:28/10/2024 (2 meses a partir de la fecha de inicio)
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No aplica

Acta de recepción de bienes

Los insumos fueron entregados en los establecimiento de sanidad policial de las unidades prestadoras de salud como consta en los documentos anexos a este ras y relacionados a continuación:

N.	UNIDAD	FORMATO DE RECEPCION DE BIENES N°	VALOR
1	MEBOG	51	$ 29.891.260,00
2	DECUN	5	$ 5.684.504,00
3	DESAP	1	$ 2.528.652,00
4	DEAMA	4	$ 1.421.126,00
5	DEVIC	1	$ 793.926,00
6	DEGUN	4	$ 793.926,00
7	DEBOY	97	$ 6.938.904,00
8	DETOL	105	$ 10.702.104,00
9	DEUIL	133	$ 9.447.704,00
10	DECAQ	18	$ 2.148.361,60
11	DEPUY	4	$ 1.734.726,00
12	DECAL	7	$ 3.996.616,40
13	DERIS	325	$ 9.741.452,00
14	DEQUI	1	$ 3.369.416,40
15	DEVAL	4	$ 13.210.904,00
16	DECAU	5	$ 5.517.778,00
17	DENAR	49	$ 5.517.778,00
18	DESAN	2	$ 9.908.178,00
19	DENOR	1	$ 7.859.852,00
20	DEARA	5	$ 2.215.052,00
21	DEANT	2	$ 10.535.378,00
22	DEURA	7	$ 2.148.361,60
24	DECOR	39	$ 5.517.778,00
25	DECHO	38	$ 2.215.052,00

2	El contratista debe comprometerse a dar el entrenamiento cada vez que sea necesario al personal de promoción y mantenimiento de la salud para el adecuado manejo de las pruebas rápidas y controles.	SI	
3	Para las pruebas rápidas debe incluir lancetas para obtener sangre capilar, Kit máximo con 30 Unidades en formato de cassettes con su respectivo dropper, pipeta capilar o gotero con lineas de medición que permitan la cuantificación de la muestra, que incluyan todos los elementos necesarios para realizar la muestra bajo condiciones de bioseguridad (material de asepsia) para garantizar el procedimiento correcto de la prueba. El kit debe ser rotulado de acuerdo con las normas vigentes.	SI	
4	Para las pruebas rápidas la fecha de vencimiento mínimo 12 meses desde el momento de la entrega. El contratista entrego con la oferta la carta de compromiso de recambio de pruebas el cambio se realizará hasta 3 meses antes de la fecha de vencimiento de las pruebas.	SI	
5	El registro de importación y certificado INVIMA de cada uno de los ítems del presente contrato fueron entregados con su oferta, así mismo con el inicio de ejecución del presente contrato, se entregará copia de los mismos a cada unidad donde sean despachados los elementos. En caso de encontrarse vencido, se deberá presentar el soporte de radicación ante el INVIMA, mediante el cual se solicitó la renovación del registro sanitario, previo a la fecha de cierre del proceso.	SI	
6	El contratista deberá entregar ficha técnica del producto.	SI	
7	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	
8	El contratista deberá presentar certificado vigente para productos importados, donde se demuestre la capacidad de almacenamiento y acondicionamiento CCAA para garantizar la provisión de los mismos.	SI	
9	El contratista deberá indicar, 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	
10	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	
11	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	
12	El contratista deberá entregar certificado de capacidad de distribución, una vez lo requiera el supervisor especificando que se puede cumplir con la cantidad solicitada y con el tiempo de entrega del insumo.	SI	
13	El contratista deberá entregar 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, una vez lo requiera el supervisor.	SI	
14	El contratista debera 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	
15	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	
16	El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".	SI	
17	El Contratista entrego junto con la propuesta certificado no superior a tres meses emitido por las Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST),donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a	SI	

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

Recepción De Bienes No. 51

Cuidad y Fecha: Bogotá, 03 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 03 de octubre de 2024, se reúnen en las instalaciones del Almacén UPRES Bogotá, el siguiente personal TC IVONN JOHANNA HERNÁDEZ RODRÍGUEZ (Jefe de la unidad prestadora de salud de Bogotá), el S.I DIEGO ALEJANDRO BARRERO OSPINA (Almacenista) y KAREN SOFIA ANAYA MARTELO (Supervisor contrato), con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al producto del contrato número 07-2-20166-24 de fecha 16 de agosto de 2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S,** para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte No. **07-2-20166-24** de fecha 16-08-2024

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

Prorroga o modificación ____N/A_____ de fecha ____N/A_____

OBJETO DEL CONTRATO: "ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, PARA LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL"

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADO

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDADES UNIDADES	LOTE	F. VENC	VALOR UNIDADES	IMPORTE
HIVPP0002	PRUEBA DE DETECCIÓN HIV 4G	4.500	HIV4GSSP5868	07/2026	$ 6.272,00	$ 28.224.000,00
HBVPP0002	PRUEBA DETECCIÓN HEPATITIS B	500	HBSG24050034	04/2026	$ 1.619,52	$ 809.760,00
HCVPP0001	PRUEBA DE DETECCIÓN HEPATITIS C	500	HCVSSP5870	07/2026	$ 1.715,00	$ 857.500,00
					TOTAL:	**$ 29.891.260,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos: NO APLICA.

- 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 CUNDINAMARCA

Recepción de bienes No. ____005___/

Ciudad y Fecha: Cundinamarca, 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 CPS-04 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 07-2-20166-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma IMEX GROUP 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. 07-2-20166-24 de fecha: 28/08/2024 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 VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, 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
1	ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE HIV 4G	800	HIV4GSSP5868 / FV:07/2026	$ 6.272,00	$ 5.017.600,00
3	ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE HEPATITIS B	200	HBSG24050034 / FV:04/2026	$ 1.619,52	$ 323.904,00
4	ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE HEPATITIS C	200	HCV24050026 / FV:07/2026	$ 1.715,00	$ 343.000,00
	TOTAL				**$ 5.341.847,00**

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** ☐ **NÚMERO** ☐ **CERTIFICADOR** ☐

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

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

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

Recepción de bienes No. 01

Ciudad y Fecha: San Andrés Isla, 09 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 09 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. 07-2-20166-24 de fecha 16 de agosto del 2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S 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. 07-2-20166-24 de fecha de inicio 28 de agosto del 2024

Plazo de ejecución del contrato, hasta el 28 de octubre de 2024, Cumplió: SI___X_ NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA DETECCION DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, 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	PRUEBA DETECCION VIH 4G	350	LOTE HIV4GSSP5868 FECHA DE VENCIMIENTO 07/2026	6.272,00	2.195.200,00
2	DISAN	PRUEBA DETECCION HEPATITIS B	100	LOTE HBSG24050034 FECHA DE VENCIMIENTO 04/2026	1.619,52	161.952,00
4	DISAN	PRUEBA DETECCION HEPATITIS C	100	LOTE HCV24050026 FECHA DE VENCIMIENTO 04/2026	1.715,00	171.500,00
					TOTAL	2,528,652.00

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

NO SE RECIBIERON ELEMENTOS ACCESORIOS ADICIONALES

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. _004_/

Ciudad y Fecha: Leticia 9 de octubre del 2024
Hora: 14:50
Lugar: Almacén de insumos médicos UPRES DEAMA

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

Siendo las 14.50 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. **07-2-20166-24**, de fecha 16 de agosto del 2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20166-24** 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 HIV 4G	200	HIV4GSSP5868 / FV: 07/2026	6.272,00	$1.254.400,00
2	PRUEBAS RAPIDAS DE DETECCION HEPETITIS B	50	HBSG24050034 / FV: 04/2026	1.619,52	$80.976,00
3	PRUEBAS RAPIDAS DE DETECCION HEPETITIS C	50	HCV24050026 / FV: 04/2026	1.715,00	$85.750,00
	TOTAL				**$1.421.126,00**

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 VICHADA

Recepción de bienes No. ____01 __

Ciudad y Fecha: Puerto Carreño – Vichada, 8 de octubre de 2024
Hora: 10:00
Lugar: Unidad Prestadora de Salud Vichada

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

Siendo las 10:00 horas del día 8 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. 07-2-20166-24, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S 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. 07-2-20166-24 de fecha: 16 de 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	HIV 4G	100	HIV4GSSP5868 FV 07/2024	$6.272,00	$627.200,00
2	HEPATITIS B	50	HBSG24050034 FV 02/2026	$1.619,52	$80.976,00
3	HEPATITIS C	50	HCV24050026 FV 02/2026	$1.715,00	$85.750,00
				TOTAL	**$793.926,00**

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:

NO APLICA

COMPROMISOS:

NO APLICA

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 GUAINIA

Recepción de bienes No. 04

Ciudad y Fecha: Inirida 11/10/2024
Hora: 16.00
Lugar: UPRES GUAINIA

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

Siendo las 16:00 horas del día 11 del mes 10 del año 2024 se reúnen en el Almacén de la UPRES GUAINIA, los señores SI TANIA ANDREA ORJUELA MEJIA jefe (E) de la unidad prestadora de salud Guainía y el PT. FLAMINIO QUINBAYO APONTE Almacenista de la Upres Guainia con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20166-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20166-24 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 de fecha N/A

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B y HEPATITIS C

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
	PRUEBA DE DETECCION HIV 4G	100	HIV4GSSP5868	6.272,00	627.200,00
	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS B	50	HBSG24050034	1.619,52	80.976,00
	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS C	50	HCV24050026	1.715,00	85.750,00
	TOTAL				**$793.926,00**

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. 07-2-20166-24 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 DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL".

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA

Recepción de bienes No. 97/

Ciudad y Fecha: Tunja, 23 de octubre del 2024
Hora: 15:00 horas
Lugar: Almacén UPRES Tunja Boyacá.

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

Siendo las 15:00 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. 07-2-20166-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S., para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No. 07-2-20166-24 de fecha: 16 de agosto del 2024,

Plazo de ejecución del contrato: 28 de octubre del 2024, Cumplió: SI__X__ NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: "La Adquisición De Pruebas Rápidas Para Detección De VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C 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 VIH	1000	LOTE: HIV4GSSP5868 FECHA DE VENCIMIENTO 07-2026	$ 6.272.00	$ 6.272.000,00
4	DISAN	Pruebas rápidas de Hepatitis B	200	LOTE: HBSG24050034 FECHA DE VENCIMIENTO 4-2028	$ 1.619,52	$ 323.904,00
5	DISAN	Pruebas rápidas de Hepatitis C	200	LOTE: HCVSSP5870 FECHA DE VENCIMIENTO 07-2026	$ 1.715,00	$ 343.000,00
					TOTAL	$ 6.938.904,00

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. 105

Ciudad y Fecha: Ibagué, 29/10/2024
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 29 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 tolima) ,el Subintendente HUBER ALFONSO BARRIOS SANCHEZ (responsable de almacén) y YINA PAOLA VERBEL (jefe de enfermería a cargo de PyM), con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al Contrato **No.07-2-20166-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte No. 07-2-20166-24 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 VIH, HEPATITIS B Y HEPATITIS C

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 RÁPIDAS PARA DIAGNÓSTICO DE VIH	1600	HIV4GSSP5868 / FV 07-2026	$6.272,00	$10.035.200,00
2	DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE HEPATITIS HBSAG	200	HBSG24050034 / FV 04-2026	$1.619,52	$323.904,00
3	DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS C	200	HCV24050026 / FV 07-2026	$1.715,00	$343.000,00
	TOTAL				**$10.702.104,00**

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 HUILA

Recepción de bienes No. 133/ 2024

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

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

Siendo las 08:00 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. **07-2-20166-24**, suscrito con la entidad **IMEX GROUP S.A.S** 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 **07-2-20166-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. N/A de fecha N/A

Plazo de ejecución del contrato: 28/10/2024, Cumplió: SI __X__ NO __

Prorroga o modificación No __N/A__ de fecha _____

OBJETO: OBJETO DEL CONTRATO: "ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C".

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	PRUEBA DE DETECCION HIV 4G	1400	HIV4GSSP5868 F. VENC. 07/2026	$ 6.272,00	$ 8.780.800,00
2	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS B	200	HBSG24050034 F. VENC: 04/2026	$ 1.619,52	$ 323.904,00
3	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS C	200	HCVSSP5870 F. VENC: 07/2026	$ 1.715,00	$ 343.00,00
TOTAL					$ 9.447.704,00

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	NUMERO 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	NUMERO 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. 018

Ciudad y Fecha: Florencia, 11 de octubre del 2024
Hora: 14:40 hrs
Lugar: Almacén Unidad Prestadora de Salud Caquetá.

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

Siendo las 14:40 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, el señor Subintendente **JORGE ALEJANDRO RODRIGUEZ REYES** almacenista, 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 07-2-20166-24 cuyo objeto es la ADQUISICION DE PRUEBAS RÁPIDAS LA DETECCION DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, PARA LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL, suscrito con **IMEX GROUP S. A. S.** NIT. 817.003.673-4, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No. **07-2-20166-24**, de fecha 16 de agosto del 2024 Adición No. N/A de fecha: N/A

Cumplió: SI X NO_____

OBJETO DEL CONTRATO: ADQUISICION DE PRUEBAS RÁPIDAS LA DETECCION DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, PARA LA DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA 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	PRUEBA DE DETECCIÓN HIV 4G	300	Lote: HIV4GSSP5868 Fecha de vencimiento: 07/2026	$5.272,00	$1.581.600,00
2	DISAN	PRUEBA DETECCIÓN HEPAPTITIS B	80	Lote HBSG24050034 Fecha de vencimiento: 04/2026	$1.619,52	$129.561,60
3	DISAN	PRUEBAS DE DETECCIÓN HEPATITIS C	80	Lote HCV24050026 Fecha de vencimiento: 04/2026	$1.715,00	$137.200,00
VALOR TOTAL						2.148.361,60

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

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO

Recepción de bienes No. 004 /

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. 07-2-20166-24, de fecha 16 de agosto de 2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S (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. **07-2-20166-24** 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 VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C

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 DETECCION HIV 4G	250	HIV4GSSP5868 07-2026	$ 6.272,00	$ 1.568.000
2	PRUEBAS DE DETECCION HEPATITIS B	50	HBSG24050034 04-2026	$ 1.619,52	$ 80.976
3	PRUEBAS DE DETECCION HEPATITIS C	50	HCV24050026 04-2026	$ 1.715,00	$ 85.750
		TOTAL			$ 1.734.726

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. 007 /

Ciudad y Fecha: Manizales, 11 de octubre del 2024
Hora: 14:40
Lugar: Almacén UPRES DECAL

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

Siendo las 14:40 horas del día 11 del mes octubre del año 2024, se reúnen en el Almacén de la UPRES DECAL, la señorita Subteniente LUIS ALEXANDER QUINTANA ROJAS (jefe Unidad prestado 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 **07-2-20166-24** de fecha 16 de agosto del 2024 suscrito con la firma **IMEX GROUP SAS**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20166-24** 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.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS DE DETENCION HIV 4G	600	HIV4GSSP5868 FV:07/2026	$6.272,00	$3.763.200,00
2	PRUEBAS DETENCION HEPATITIS B	70	HBSG24050034 FV:04/2026	$1.619,52	$ 113.366,40
3	PRUEBA DE DETENCION HEPATITIS C	10	HCV24050026 FV:07/2026	$1.715,00	$ 17.150,00
4	PRUEBA DE DETENCION HEPATITIS C	60	HCVSSP5870 FV: 07/2026	$1.715,00	$102.900;00
	TOTAL				**$3.996.616,40**

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.

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	Jenny Cardenas Molina
CPS	MOLINA PINZON JENNY CAROLINA	UPRES DECAL	LIDER PROGRAMA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	

NOMBRE UNIDAD QUE ORIGINA

Recepción de bienes No. 324

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 **07-2-20166-24** celebrado con la entidad **IMEX GROUP S.A.S** (o donados por _____, mediante el documento _____ de fecha _____), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20166-24** 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	PRUEBAS DE DETENCION HIV 4G	1500	HIV4GSSP5868 FV 07/2026	$6.272,00	$9.408.000,00
2	PRUEBAS DETENCION HEPATITIS B	100	HBSG24050034 FV 04/2026	$1.619,52	$ 161.952,00
3	PRUEBA DE DETENCION HEPATITIS C	100	HCVSSP5870 FV 07/2026	$1.715,00	$ 171.500,00
	TOTAL				**$9.741.452**

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.

ASISTENTES

GR:	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
CT	DIANA CAROLINA BETANCOUR PIEDRAHITA	UPRES DECAL	JEFE AREA LOGISTICA 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. 094/

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

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 Quindío, los señores Capitán YESENIA GONZÁLEZ TUQUERRES Jefe Unidad Prestadora de Salud Quindío, 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.07-2-20166-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No.07-2-20166-24 de fecha: 16/08/2024 Adición 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 VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, 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	PRUEBA DE DETECCIÓN HIV 4G	500	HIV4GSSP5868 - 07/2026	$6.272,00	$3.136.000
2	PRUEBA DETECCION HEPATITIS B	70	HBSG24050034-04/2026	$1.619,52	$113.366,40
3	PRUEBA DETECCION HEPATITIS C	10	HCV24050026-04/2026	$1.715,00	$17.150,00
4	PRUEBA DETECCION HEPATITIS C	60	HCVSSP5870-07/2026	$1.715,00	$102.900,00
	TOTAL				**$3.369.416,40**

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 VALLE DEL CAUCA

Recepción de bienes No. 004

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 07-2-20166-24 de fecha del 16 de agosto del 2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S_, (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. 07-2-20166-24 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 DETCCIÓN HIV 4G	2000	HIV4GSSP5868 FV:07/2026	$6.272.00	$12.544.000.00
2	PRUEBA RAPIDA DETECCIÓN HEPATITIS B	200	HBSG24050034 FV: 04/2026	$1.619.52	$323.904.00
3	PRUEBA RAPIDA DETECCIÓN HEPATITIS C	200	HCV24050026 FV:04/2026	$1.715.00	$343.000.00
	TOTAL				$13.210.904.00

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 CAUCA

Recepción de bienes No. 005/

Ciudad y Fecha: Popayán, 18 de octubre de 2024
Hora: 09:00 Horas
Lugar: Unidad prestadora de salud Cauca

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

Siendo las 09:00 horas del día 18 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.07-2-20166-24** celebrado con el contratista **IMEX GROUP S.A.S**, mediante el cual se realizó la **ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C** de fecha 16 de agosto de 2024, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 30092024017 de fecha: 30/09/2024 Adición No. ____X____ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato 28-10-2024, 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
1	PRUEBA DE DETECCION HIV 4G	800	HIV4GSSP5868 / FV: 07/2026	$ 6.272,00	$ 5.017.600.00
2	PRUEBA DETECCION HEPATITIS B	150	HBSG24050034 / FV:04/2026	$ 1.619,52	$ 242.928,00
3	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS C	150	HCV24050026/ FV: 04/2026	$ 1.715,00	$ 257.250,00
				TOTAL	**5.517.778,00**

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 NARIÑO

Recepción de bienes No. 0049 /

Ciudad y Fecha: San juan de Pasto 08 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 08 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.07-2-20166-24 celebrado con el contratista IMEX GROUP S.A.S, mediante el cual se realizó la ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C.

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

Soporte No. Remisión 30092024016 de fecha: 30/09/2024 Adición No. ___X_____ de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato 28 DE OCTUBRE DE 2024, 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	PRUEBA DE DETECCION HIV 4G	800	HIV4GSSP5868 FECHA DE VENCIMIENTO 07/2026	$ 6.272,00	$ 5.017.600,00
2	PRUEBA DETECCION HEPATITIS B	150	HBSG24050034 FECHA DE VENCIMIENTO 04/2026	$ 1.619,52	$ 242.928,00
3	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS C	150	HCV24050026 FECHA DE VENCIMIENTO 04/2026	$ 1.715,00	$ 257.250,00
	TOTAL				5.517.778,00

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

_____

_____

_____

	DEL ALMACENISTA	**SOPORTA LA RECEPCIÓN**		
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. 002 /

Ciudad y Fecha: Bucaramanga, 04 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 04 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 y Sr. Rafael León Aparicio Auxiliar de almacén, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **N° 07-2-20166-24** de fecha 16 de agosto de 2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte **No. 07-2-20166-24** de fecha: 16 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	Prueba de detección HIV 4G	1500	HIV4GSSP5868 fecha de vencimiento 07/2026	6.272,00	9.408.000,00
2	Prueba de detección Hepatitis B	150	HBS624050034 fecha de vencimiento 07/2026	1.619,52	242.928,00
3	Prueba de detección Hepatitis C	150	HCV24050026 fecha de vencimiento 07/2026	1.715,00	257.250,00
	TOTAL				**$9.908.178,00**

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. 001 /

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 Prestadora de Salud Upres Denor, señor subintendente FREDDY MARTINEZ RODRIGUEZ, almacenista y la señora Enfermera profesional ROZO MOGOLLON SANDRA MILENA Jefe líder programa Promoción y prevención, con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato **07-2-20166-24** de fecha 16 de agosto del 2024 suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S** , para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20166-24** de fecha: 16/08/2024 Adición No. NO de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato 28/10/2024 Cumplió: SI X NO

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

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, 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	PRUEBAS DE DETENCION HIV 4G	1.200	HIV4GSSP5868 / FV: 07/2026	$6.272,00	$7.526.400,00
2	PRUEBAS DETENCION HEPATITIS B	100	HBSG24050034 / FV:04/2026	$1.619,52	$161.952,00
3	PRUEBA DE DETENCION HEPATITIS C	100	HCV24050026 / FV :04/2026	$1.715,00	$171.500,00
	TOTAL				**$7.859.852,00**

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. ____005___/

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

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 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 07-2-20166-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma IMEX GROUP 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. 07-2-20166-24 de fecha: 28/08/2024 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 VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, 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
1	ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE HIV 4G	300	HIV4GSSP5868 RS-INVIMA-2020RD-0003113-R1 F.V: 01/07/2026	$ 6.272,00	$ 1.881.600,00
3	ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE HEPATITIS B	100	HBSG24050034 RS-INVIMA-2023RD-0007916-R1 F.V: 01/04/2026	$ 1.619,52	$ 161.952,00
4	ADQUISICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE HEPATITIS C	100	HCV24050026 RS-INVIMA-2023RD-0008040-R1 F.V: 01/04/2026	$ 1.715,00	$ 171.500,00
	TOTAL				**$ 2.215.052,00**

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** ☐ **NÚMERO** ☐ **CERTIFICADOR** ☐

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

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

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

Recepción de bienes No. 002/

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.07-2-20166-24**, suscrito con la empresa **IMEX GROUP S.A.S**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte No. **07-2-20166-24** 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 de fecha N/A

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HB Y HC

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH,	1600	HIV4GSSP5868 FV: 07/26	$ 6.272,00	$10.035.200,00
2	ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE HEPATITIS B	150	HBSG24050034 FV: 04/26	$ 1.619,52	$242.928,00
3	ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE HEPATITIS C.	150	HCV24050026 FV: 04/26	$ 1.715,00	$257.250,00
				TOTAL	**$10.535.378,00**

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos
_____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
- 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**		
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	**SI**	[ ]	**NO**	[X]	**NÚMERO**		

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD URABA

Recepción de bienes No. 007

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) y 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. **07-2-20166-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S.**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. Remisión de venta No. 30092024024 de fecha: 30/09/2024 Adición No. N/A de fecha: N/A

Plazo de ejecución del contrato: 28/10/2024, Cumplió: SI X NO

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

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B Y C

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	PRUEBA DE DETENCIÓN HIV 4G	300	HIV4GSSP5868/ FV: JULIO 2026	$6.272,00	$1.881.600,00
2	PRUEBA DETENCIÓN HEPATITIS B	80	HBSG24050034/ FV: ABRIL 2026	$1.619,52	$129.561,60
3	PRUEBA DE DETENCIÓN HEPATITIS C	80	HCV24050026/ FV: 04/2026	$1.715,00	$137.200,00
				TOTAL	**$2.148.361,60**

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.

ASISTENTES

GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
PT	YEILER SMITH PALACIO SDANCHEZ	UPRES DEURA	ALMACENISTA (E)	
ST	ALVARO JOSE ESTUPIÑAN HENAO	UPRES DEURA	JEFE UPRES URABA	
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. 039/

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. 07-2-20166-24 De fecha 16/08/2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S, (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 07-2-20166-24 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 DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C 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	PRUEBAS RAPIDAS DE DETECCION HIV 4G	800	HIVGSSP5868 FV:07/2026	$ 6.272,00	$ 5.017.600,00
2	COMPRA	PRUEBAS RAPIDAS DE DETECCION DE HEPATITIS B	150	HBSG24050034 FV:04/2026	$ 1.619,52	$ 242.928,00
3	COMPRA	PRUEBAS RAPIDAS DE DETECCION DE HEPATITIS C	150	HCV240526 FV:04/2026	$1.715,00	$ 257.250,00
VALOR TOTAL						$ 5.517.778,00

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 RECEPCION 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.

ASISTENTES

GR.	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD	CARGO	FIRMA
MY	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. 038 /

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 **07-2-20166-24** de fecha 16 de agosto del 2024 suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S (o donados por _____, mediante el documento _____ de fecha _____), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20166-24** 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	PRUEBA DE DETECCION HIV 4G	300	HIV4GSSP5868	07/2026	$ 6.272,00	$ 1.881.600,00
2	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS B	100	HBSG24050034	04/2026	$1.619,52	$ 161.952,00
3	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS C	100	HCV24050026	04/2026	$ 1.715,00	$ 171.500,00
TOTAL						$2.215.052,00

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: 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. 012/

Ciudad y Fecha: Villavicencio. 11 de octubre del 2024
Hora: 08:00 horas
Lugar: Almacén UPRES Meta.

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

Siendo las 08:00 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. 07-2-20166-24, de fecha 16 de agosto del 2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S_(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. 07-2-20166-24 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 HIV 4G	1400	LOTE: HIV4GSSP5868 F.V: 07/2026	6.272,00	8.780.800,00
2	PRUEBA DETECCION HEPATITIS B	150	LOTE: HBSG25050034 F.V: 04/2026	1.619,52	242.928,00
3	PRUEBA DETECCION HEPATITIS C	150	LOTE: HCV24050026 F.V:04/2026	1.715,00	257.250,00
	TOTAL				9.280.978,00

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).

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE

Recepción de bienes No. 005

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 07-2-20166-24** de la fecha 16-08-2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S,** para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Soporte N 07-2-20166-24 de fecha: de 16/08/2024 Adición : 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

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	PRUEBAS DE DETENCION DE VIH 4G	300	HIV4GSSP5888 /FV:07/26	$ 6.272,00	$ 1.881,600,00
02	DISAN	PRUEBAS DE DETENCION HEPATITIS B	80	HBSG24050034/ FV: 04-26	$ 1.619,52	$ 129.561,60
03	DISAN	PRUEBAS DE DETENCION HEPATITIS C	80	HCV24050026/FV :04-26	$1.715,00	$ 137.200,00
TOTAL						**$ 2.148.361,60**

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

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.
- 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**	
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 - ALMIN	Almacenista UPRES DEGUV (E)	Anyi Paola B

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CASANARE

Recepción de bienes No. 005 /

Ciudad y Fecha: Yopal, 22 de octubre del 2024
Hora: 14:40
Lugar: Almacén UPRES DECAS

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

Siendo las 14:40 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 **07-2-20166-24** de fecha 16 de agosto del 2024 suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S , para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. **07-2-20166-24** 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.)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL + IVA
1	PRUEBAS DE DETENCION HIV 4G	300	HIV4GSSP5868	$6.272,00	$1.881.600,00
2	PRUEBAS DETENCION HEPATITIS B	80	HBSG24050034	$1.619,52	$ 129.561,6
3	PRUEBA DE DETENCION HEPATITIS C	80	HCV24050026	$1.715,00	$137.200,00
	TOTAL				**$2.148.361,60**

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, 07 de octubre de 2024
Hora: 17:30
Lugar: Unidad prestadora de salud Vaupés.

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

Siendo las 17:30 horas del día 07 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.07-2-20166-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S (o donados por _____N/A_____, mediante el documento REMISIÓN DE VENTA de fecha 30/09/2024), para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No. 07-2-20166-24 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: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C 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 HIV 4G	100	HIV4GSSP5868/ FV 07/2026	6.272.00	627.200,00
2	ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE HEPATITIS B	50	HBSG24050034/ FV 04/2026	1.619,52	80.976,00
3	ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE HEPATITIS B	50	HCV24050026/ FV 04/2026	1.715,00	85.750,00
	TOTAL				793.926,00

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 ATLANTICO

Recepción de bienes No. 116

Ciudad y Fecha: Soledad Atlántico 04 de octubre de 2024
Hora: 10:00
Lugar: Almacén UPRES DEATA

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

Siendo las 10:00 horas del día 04 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 07-2-20166-24, de fecha 16 de agosto de 2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S. (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. 07-2-20166-24 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____
X
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 DETENCION HIV 4G	2.000	HIV4GSSP5868- F. VENC. 07/2026	6.272.00	12.544.000
2	PRUEBAS DETENCION HEPATITIS B	500	HBSG24050034- F. VENC. 04/2026	1.619.52	809.760
3	PRUEBA DE DETENCION HEPATITIS C	500	HCV24050026- F. VENC. 04/2026	1.715.00	857.500
	TOTAL				14.211.260

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 04 de octubre 2024
Hora: 16:05
Lugar: Almacén de la Unidad Prestadora de Salud Bolívar

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

Siendo las 16:05 horas del dia 04 del mes agosto del año 2024, se reúnen en el Almacén Unidad Prestadora de Salud Bolívar, 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. 07-2-20166-24 de fecha 16 de agosto 2024, suscrito con el contratista IMEX GROUP S.A (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. 07-2-20166-24 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 HIV 4 G	600	HIV4GSSP5868-F/V-(07/2026)	$6.272,00	$3.763.200,00
2	PRUEBAS DE DETENCCION DE HEPATITIS B	80	HBSG24050034-F/V-(04/2026)	$1.619,52	$129.561,60
3	PRUEBAS DE DETENCCION DE HEPATITIS C	80	HCV24050026-F/V(04-2026)	$1.715,00	$137.200,00
	TOTAL				$4.029.691,60

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**		

NOMBRE UNIDAD QUE ORIGINA

Recepción de bienes No. 2 /

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. Luigardo 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. 07-2-20166-24 de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma IMEX-GROUP (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 28 de octubre 2024, Cumplió: SI X NO_____

Prorroga o modificación No ___ X _____ 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	PRUEBA DETECCION HIV 4G	500	HIV4GSSP5868 F.V 07/2026	$6.272,00	$3.136.600
2	PRUEBA DETECCION HEPATITIS B	80	HBSG24050034 F.V 04/2026	$1.619,52	$129.561,60
3	PRUEBA DETECCION HEPATITIS C	80	HCV24050026 F.V 04/2026	$1715,00	$137.200,00
	TOTAL				$3.402.761,60

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 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) 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 **07-2-20166-24** de fecha 16/08/2024, suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S.**, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

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

Plazo de ejecución del contrato: 28 de octubre 2024, Cumplió: SI__x__ NO_____

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

OBJETO: ADQUISICIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN DE VIH, HEPATITIS B y HEPATICIS C

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	PRUEBA DE DETECCION HIV 4G	400	HIV4GSSP5868 FV: 07/2026	6.272,00	$2.508.800,00
2	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS B	50	HBSG24050034 / FV: 04/2026	1.619,52	$80.976,00
3	PRUEBA DE DETECCION HEPATITIS C	50	HCV24050026/ FV:04/2026	1.715,00	$85.750,00
	TOTAL				**2.675.526,00**

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. 023 /

Ciudad y Fecha: Santa Marta D. T. C. H , 08 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 08 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 UPRES MAGDALENA y el señor Intendente CIRO ALFONSO TARAZONA JAIMES Almacenista UPRES MAGDALENA , con el fin de realizar la recepción de los bienes de acuerdo al contrato de numero **07-2-20166-24** de fecha 16/ de agosto -2024 , suscrito con la firma **IMEX GROUP S.A.S** , para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega.

Soporte No **07-2-20166-24** de fecha 16/08/2024 Adición No. _X de fecha: _____

Plazo de ejecución del contrato: 28 /10 /2024 Cumplió: SI_x___ NO_____

Prorroga o modificación No. N/A de fecha _____N/A__

OBJETO: ADQUSICION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA LA DETECCION DE VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C 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
1	PRUEBAS DE DETENCION HIV 4G	600	HIV4GSSP5868 FV.07/2026	6.272	$3.763.200,00
2	PRUEBAS DE DETENCION HEPATITIS B	100	HBSG24050034 FV.05/2026	1.619.52	$161.952,00
3	PRUEBAS DE DETENCION HEPATITIS C	100	HCV24050026 FV.04/2026	1.715	$171.500,00
				TOTAL	**$ 4.096.652,00**

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:

NO

COMPROMISOS:

NO

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 DE PRESTADORA DE SALUD SUCRE

Recepción de bienes No. 004/

Ciudad y Fecha: Sincelejo Sucre 09 DE OCTUBRE 2024
Hora: 14:50 Horas
Lugar: Almacén de Insumos Médicos UPRES DESUC.

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

Siendo las 14:50 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 07-2-20166-24 de fecha 16 de agosto 2024, suscrito con la firma IMEX GROUP S.A.S ___ (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. 07-2-20166-24 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	PRUEBA DE DETENCION HIV	500	HIV4GSSP5868 07/2026	6.272,00	3.136.000,00
2	PRUEBA DE DETENCION HEPAPTITIS B	80	HBSG24050034 04/2026	1.619,52	129.651,60
3	PRUEBA DE DETENCION HEPAPTITIS C	80	HCV24050026 04/2026	1.715.,00	137.200,00
	TOTAL				3.402.761,60

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____X_____, 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**		

Powered by CamScanner