Gobernación de Cundinamarca

FORMATO PROVISIONAL DE ENTREGA DE INSUMOS DEL ESQUEMA REGULAR

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA CENTRO DE ACOPIO DEPARTAMENTAL

Municipio Solicitante:	FUNZA	Fecha de entrega	lunes, 9 de febrero de 2026
Entidad que aprueba y envia:	GOBERNACION DE CUNDINAMARCA-RED DE FRIO	Numero de entregas :	

Medicamentos o Dispositivos medicos	Lote	Fecha de Vencimiento	Biologico Autorizado	Alistado en cuarto frio (marque visto bueno)	Temperatura de Salida de Biologico (°C)	Valor Unitario	Valor Total	Acuso de Satisfaccion
FIEBRE AMARILLA	386	31/07/2027	1,200		5.1	$ 4,999.47	$ 5,999,364.00	
HEPATITIS A 1	AB202404013	21/10/2027	200	200	5.1	$ 30,597.49	$ 6,119,498.00	
HEPATITIS A 2	AB202410043	25/04/2028				$ 30,597.49	$ -	
HEPATITIS B PEDIATRICA	0324L013C	30/11/2027				$ 2,590.17	$ -	
HEPATITIS B ADULTO	0343Q010C	31/07/2026				$ 3,748.91	$ -	
ANTIRRABICA HUMANA 1	1484T128	31/10/2027				$ 38,844.35	$ -	
ANTIRRABICA HUMANA 2	1484M156	31/12/2027				$ 38,844.35	$ -	
POLIO INACTIVO	2526003A	12/06/2028	600			$ 6,493.62	$ 3,896,172.00	
BCG X 10 DOSIS	0374MA082	31/01/2027				$ 1,615.70	$ -	
DPT	2825Q005A	28/02/2027	200	200		$ 1,137.76	$ 227,552.00	
DPT ACELULAR PEDIATRICA	4CA18C3	28/02/2027	3			$ 87.150.58		
INMUNOGLOBULINA HEPATITIS B 1	P100700727	08/04/2027				$ 78,001.54	$ -	
INMUNOGLOBULINA HEPATITIS B 2	P100789205	09/10/2027				$ 118,213.27	$ -	
INMUNOGLOBULINA ANTI HUMANA (SUERO)	P100819448	20/03/2028				$ 195,721.35	$ -	
INMUNOGLOBULINA ANTI HUMANA (SUERO)	08AR25015	31/05/2027				$ 16,170.48	$ -	
INMUNOGLOBULINA ANTI HUMANA (SUERO)	P100845071	26/03/2028				195.721.35		
MENINGOCOCO	U8604AA	05/11/2026				$ 73,473.10	$ -	
NEUMOCOCO TRECEVALANTE	LR6368	30/09/2027	400	400		$ 43,961.79	$ -	
PENTAVALENTE 1	2855X001A	30/06/2027				$ 5,593.11	$ -	
PENTAVALENTE 2	2855X001G	30/06/2027	600	600		$ 5,419.78	$ 3,251,868.00	
ROTAVIRUS	AROLE203AC	31/03/2027	400	400 o 200		$ 23,402.11	$ 9,360,844.00	
TD ADULTO	2334X006A	31/12/2026	200	200		$ 625.75	$ 125,150.00	
DPTA ACELULAR GESTANTES	AC37B522AA	30/09/2028	200	200		$ 50,530.61	$ 10,106,122.00	
TRIPLE VIRAL 1	0134N077B	31/03/2027	600	600		$ 16,646.96	$ 9,988,176.00	
TRIPLE VIRAL 2	0134N093B	30/04/2027				$ 16,794.34	$ -	
VARICELA	BB202506047	04/06/2027	400	400		$ 41,621.27	$ 16,648,508.00	
VPH 1	Y014828	31/05/2027	200	200		$ 46,235.68	$ 9,247,136.00	
VPH 2	Y017576	05/06/2027				$ 41,433.36	$ -	
VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO	MH8217	30/06/2027	50	50		$ 137,702.40	$ -	
HEXAVALENTE	Y3C49	09/02/2028				$ 94,049.43	$ -	
JERINGA CALIBRE 22G	2401229	28/01/2029				$ 242.73	$ -	
JERINGA CALIBRE 25G	20250905	04/09/2030	1,500			$ 141.63	$ 212,445.00	
JERINGA CALIBRE 26G	712401	30/03/2029				$ 287.74	$ -	
CARNE VACUNACION INFANTIL	N/A	N/A	100			$ 145.27	$ 14,527.00	
CARNE ADULTO	N/A	N/A	1,000			$ 36.04	$ 36,040.00	
JERINGA CALIBRE 23 AD	220269	31/07/2027	3,000			$ 189.51	$ 568,530.00	
CARNE INTERNACIONAL	N/A	N/A	30			$ 597.88	$ 17,936.40	
VALOR TOTAL DE FACTURA						$ 1,309,301.72	$	

OBSERVACIONES

RESPONSABLE RED DEFRIO ESQUEMA REGULAR		ALMACEN	
AUTORIZO:		Responsable de alistamiento en Cuarto frio	
FECHA		FECHA:	
TRASPORTADORA	Laura Gomez P.	RECEPCION POR PARTE DEL MUNICIPIO	Laura Gomez P.
RECIBE		RECIBE:	
FECHA	09/02/2026	FECHA:	09/02/2026

RESPONSABLE RED DE FRIO ESQUEMA REGULAR
RED DE FRIO ESQUEMA REGULAR
REG. 251532
CC 10.729.4371

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-FR-010
		Versión 04
	Autorización Entrega Insumos y/o medicamentos	Fecha de aprobación: 4/03/2025

Sr(a) MONICA PAOLA SILVA- Almacén de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, de manera atenta me permito autorizar la entrega de los elementos relacionados a continuación:

CANTIDAD	NOMBRE DEL INSUMO Y/O MEDICAMENTO	FECHA DE VENCIMIENTO	LOTE	INSTITUCIÓN	MUNICIPIO
0	DILUYENTE BCG 2	30/06/2028	0704S4011		FUNZA
0	DILUYENTE FIEBRE AMARILLA 1	30/06/2027	Y4X17		
1,200	DILUYENTE FIEBRE AMARILLA 2	31/07/2027	~~386~~ 136		
600	DILUYENTE TRIPLE VIRAL X1 DOSIS	31/08/2028	0643S1030		
400	DILUYENTE VARICELA	04/06/2029	90250602-2		
0	DILUYENTE SARAMPION RUBEOLA	30/06/2029	0644S4011		
0	DILUYENTE ANTIRRABICA	31/07/2029	0654S4015		

FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE	FIRMA RESPONSABLE MUNICIPAL AUTORIZADO
Nombre del Funcionario que autoriza:	Nombre de quien recibe:
Cargo:	Cédula:
Nombre Dirección de la Secretaría de Salud: Salud Publica -Centro de Acopio	Cargo: Teléfono:
Programa: PAI	
Fecha: Revisado por:	

FIRMA RESPONSABLE CENTRO DE ACOPIO DEPARTAMENTAL

Firma:
Nombre Funcionario: Laura Gomez P.
Cargo: Coord Reg Trio

JEFE INC OVLE CUNDINAMARCA
RED DE FRIO FAI
HOLMAN REA PERAFIEL
REG. 251532
CC 80772943 71

ALMACÉN SECRETARÍA DE SALUD

Powered by CamScanner