



RECIBO A SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN ARL AXA COLPATRIA

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la empresa beneficiaria y/o usuaria de recibir el servicio.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO: 70-0000043738
 FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 20-10-2021 FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD 20-10-2021
 CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 4G # 66A - 08
 NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS
 NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) _____
 NOMBRE DEL PROVEEDOR: IMPOSEG INDUSTRIAL SAS
 NIT PROVEEDOR: 900.245.878-6
 PROFESIONAL - EXPOSITOR: _____
 N° CC-PROFESIONAL: _____
 N° LICENCIA-PROFESIONAL _____

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad:
 (Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	ENTREGA DE N95 AURA REF. 9205+ RESPIRADOR
	CANTIDADES ENTREGADAS 2.500 UNIDADES
Número de Asistentes (si aplica)	

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

- Excelente Bueno Regular Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

- Horas _____ Unidades _____
 Conforme No Conforme

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____ (Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

NOMBRE: _____

C.C.: _____

CARGO: _____

TEL.FONO: _____

SELLO
EMPRESA*

*Si la empresa maneja sello, no se acepta sellos de "recibido para estudio"; si la empresa no cuenta con sello, por favor diligenciar en el espacio destinado para tal fin "No contamos con sello" y el formato deberá aparecer con el diligenciamiento y la firma sin excepción de la persona responsable del SG-SST de la empresa/cliente.

IMPOSEG INDUSTRIAL SAS
NIT.: 900245878-6
AV 2 BIS 34 N 45
CALI
Tel: 6601609

REMISSION
Numero: RM-015623
Fecha : 2021-OCT-19
Pagina: 01 de 01

Cliente : AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA | Transportador | Placa Guia | Cajas |
Contacto : | | | 0 |
Nit o C.C.: 860002183-9 Codigo: 860002183 | | | |
Direccion : CR 7 24 89 P 7 | Vendedor: 39004662 VELASQUEZ MARTINEZ ANNERYS ALIANA | | |
Ciudad : SANTAFE DE BOGOTA D.C. | | | |
Telefono : 3422576 | OC.Nro | OV.Nro | |
Fax : | 43738 | 002655 | |

Referencia	Descripcion	Mo	Unidad Medida	Solicitada	Cantidad Despachada	Pendiente	Peso Kls
3M 9205+	RESPIRADOR AURA N95 REF 3M 9205+	01	UNI	2,500	2,500	0	0.00
TOTAL					2,500		0.00

Observacion: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS

Los materiales con este documento recibido, los aceptamos a satisfaccion, acorde a nuestro pedido y con el nivel de calidad requerido.
No se aceptan reclamaciones posteriores a la entrega aceptada.

Despachado

Recibido



RECIBO A SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN ARL AXA COLPATRIA

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la empresa beneficiaria y/o usuaria de recibir el servicio.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO: OS # 41186

FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: _____ FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD: _____

CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) BOGOTA - COLOMBIA

NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR: JOCMAR SAS

NIT PROVEEDOR: 901304419-6

PROFESIONAL - EXPOSITOR: _____

N° CC-PROFESIONAL: _____

N° LICENCIA-PROFESIONAL _____

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad:
(Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	ENTREGA EPP GUANTES NO ESTERILES DE LATEX
	850 CAJAS DE GUANTES
Número de Asistentes (si aplica)	

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

- Excelente Bueno Regular Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

Horas _____ Unidades 850 CAJAS DE GUANTES

Conforme No Conforme

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____ (Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

NOMBRE: _____

C.C.: _____

CARGO: _____

TELFONO: _____

SELLO EMPRESA

*Sila empresa maneja sello, nose acepta sellos de "recibido para estudio"; sila empresa no cuenta con sello, por favor diligenciar en el espacio destinado para tal fin "No contamos con sello" y el formato deberá aparecer con el diligenciamiento y la firma sin excepción de la persona responsable del SG-SST de la empresa/cliente.



RECIBO A SATISFACCIÓN UNIDAD DE PREVENCIÓN Y SERVICIOS ARL AXACOLPATRIA

(aplica para material de divulgación y material POP)

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la unidad de prevención y servicios.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO: 43747

FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 13/10/2021 FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD 20/10/2021

CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) BOGOTA

NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR: BIOPHARMA MEDICAL GROUP SAS

NIT PROVEEDOR: 900.819.197-3

PROFESIONAL - EXPOSITOR: _____

N° CC-PROFESIONAL: _____

N° LICENCIA-PROFESIONAL _____

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad: (Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	<u>ENTREGA 250 CAJA DE GUANTES DE LATEX</u>
Número de Asistentes (si aplica)	_____

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

- Excelente Bueno Regular Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

- Horas _____ Unidades 250 CAJAS
- Conforme No Conforme

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____ (Asesor/lider prevención/lider pic/)

NOMBRE: _____

C.C.: _____

CARGO: _____

TELFONO: _____

Clientes: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS
Dirección: CALLE 4G # 66A - 08
Facturado a: 860002183-AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA

Ciudad: Bogotá, d.c.

Fecha: 12.10.2021
Departamento: Cundinamarca

1 / 1

Número Cartón	Pedido Cliente	Ref. Cliente	Descripción del Artículo	Cant. Requerida	Cant. Despachada	Cant. Pendiente	Presentación	Numeración
50001360743	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360744	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360745	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360746	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360747	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360748	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360749	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360750	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360751	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360752	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360753	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360754	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360755	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360756	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360757	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360758	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360759	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360760	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360761	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360762	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360763	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360764	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360765	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360766	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360767	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	
50001360768	41183		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	800	30	0	CJ	



COLVANES SAS
 Unds 26 peso 240 vol 240
Destinatario: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS
 CALLE 4G # 66A - 08..
 BOGOTA-D.C.
 DOCS: LSW001607210
 26 Cajas ELEMENTOS DE
 BIOSEGURIDAD
 OS20093678

Guía 014112754726

RECIBI CONFORME

Centro de Costos
Código: 9006361 **Nombre:**

No. de Cajas / Paquetes: 26

Entregó:

cadena.

Medellín: Carrera 50 No. 97A Sur - 150 • Tel: (4) 378 66 66 Fax: (4) 279 23 41 • La Estrella - Colombia
 Bogotá: Carrera 68 B No. 17 - 73 • Tel: (1) 405 02 00 • Fax: (1) 292 34 55 • Bogotá - Colombia
 informacion@cadena.com.co • www.cadena.com.co

Cadena S.A. • NIT. 890.930.534-0 • Régimen Común

Remisión

No. LSW001608096

Clientes: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS

Ciudad: Bogotá, d.c.

Fecha: 19.10.2021

Dirección: CALLE 4G # 66A - 08

Departamento: Cundinamarca

Facturado a: 660002183-AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA

1 / 1

Número Cartón	Pedido Cliente	Ref. Cliente	Descripción del Artículo	Cant. Requerida	Cant. Despachada	Cant. Pendiente	Presentación	Numeración
50001363338	43690		BATAS ANTIFLUIDO, INGEINDUSTRIALES	800	160	0	JN	
50001363339	43690		BATAS ANTIFLUIDO, INGEINDUSTRIALES	800	160	0	JN	
50001363340	43690		BATAS ANTIFLUIDO, INGEINDUSTRIALES	800	160	0	JN	
50001363341	43690		BATAS ANTIFLUIDO, INGEINDUSTRIALES	800	160	0	JN	
50001363342	43690		BATAS ANTIFLUIDO, INGEINDUSTRIALES	800	160	0	JN	
50001363343	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363344	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363345	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363346	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363347	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363348	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363349	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	1500
50001363350	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363351	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363352	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363353	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363354	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363355	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363356	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363357	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363358	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	
50001363359	43719		TAPABOCAS MEDIKAR CAJA X 50	500	30	0	CJ	



COLVANES SAS
 Unds 22 peso 230 vol 230
 Destinatario: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS
 CALLE 4G # 66A - 08.
 BOGOTA-D.C.
 DOCS: LSW001608096
 22 Cajas ELEMENTOS DE
 BIOSEGURIDAD
 OS20093604



Guia 014112859281

RECEBI CONFORME

Centro de Costos
 Igo: 9006361 Nombre: _____

No. de Cajas / Paquetes: 22

Entregó: _____

cadena. 0206020013188



RECIBO A SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN ARL AXA COLPATRIA

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la empresa beneficiaria y/o usuaria de recibir el servicio.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO: 70-0000001399
 FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 30-09-2021 FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD 30-09-2021
 CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 4G # 66A - 08
 NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: MEDICAL TALENTO HUMANO SAS
 NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) _____
 NOMBRE DEL PROVEEDOR: IMPOSEG INDUSTRIAL SAS
 NIT PROVEEDOR: 900.245.878-6
 PROFESIONAL - EXPOSITOR: _____
 N° CC-PROFESIONAL: _____
 N° LICENCIA-PROFESIONAL _____

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad:
(Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	ENTREGA DE N95 AURA REF. 9205+
	CANTIDADES ENTREGADAS 6.500 UNIDADES
Número de Asistentes (si aplica)	

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

- Excelente Bueno Regular Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

- Horas _____ Unidades _____
 Conforme No Conforme

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____ (Gerente /Jefe/ Líder responsable del Sistema de Gestión de SST de la empresa/cliente)

NOMBRE: _____

C.C.: _____

CARGO: _____

TELFONO: _____

SELLO
EMPRESA*

*Si la empresa maneja sello, no se acepta sellos de "recibido para estudio"; si la empresa no cuenta con sello, por favor diligenciar en el espacio destinado para tal fin "No contamos con sello" y el formato deberá aparecer con el diligenciamiento y la firma sin excepción de la persona responsable del SG-SST de la empresa/cliente.

IMPOSEG INDUSTRIAL SAS
 NIT.: 900245878-6
 AV 2 BIS 34 N 45
 CALI
 Tel: 6601609

REMISSION
 Numero: RM-014867
 Fecha : 2021-SEP-15
 Pagina: 01 de 01

Cliente : AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA	Transportador	Placa Guia	Cajas
Contacto :			01
Nit o C.C.: 860002183-9 Codigo: 860002183	Vendedor: 39004662	VELASQUEZ MARTINEZ ANNERYS ALIANA	
Direccion : CR 7 24 89 P 7	OC.Nro	OV.Nro	
Ciudad : SANTAFE DE BOGOTA D.C.	1398	002432	
Telefono : 3422576			
Fax :			

Referencia	Descripcion	Mo	Unidad		C a n t i d a d		
			Medida	Solicitada	Despachada	Pendiente	Peso Kls
3M 9205+	RESPIRADOR AURA N95 REF 3M 9205+	01	UNI	6,500	6,500	0	0.00
TOTAL					6,500		0.00

Observacion:

Los materiales con este documento recibido, los aceptamos a satisfaccion, acorde a nuestro pedido y con el nivel de calidad requerido.
 No se aceptan reclamaciones posteriores a la entrega aceptada.

Despachado

Recibido

oct-21

EMPRESA **N95**

✓ VIRREY SOLIS	3660	✓ 2 ¹ Pac
✓ CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	880	✓ 2
✓ SAN JOSE	450	✓ 1
✓ CLINICA LOS NOGALES	600	✓ 1
✓ SALUD TOTAL	360	✓ 100% T. 4/600
✓ INFANTIL SAN JOSE	480	✓ 1
MEDICALL D.G.	0	
✓ PROBOCARTE	30	✓ 100%
✓ DENTOLASER	10	✓ concipen, Sandra Salinas
✓ ALIANZA DIAGNOSTICA	20	✓ concipen BUCARO
✓ MEDICUC	10	✓ 100% concipen BUCARO
NOVO	0	
IVAC	0	
BRONTE	0	
PARQUIA	0	
	6500	

elena Pilar Manjara 03762174789