

Injo de Novedad  Injo de Novedad  Enviado y NO Facturado  Producto próximo a vencer  Producto averiado  Codigo CUM errado de la factura vs. los recibido  Codigo CUM errado de la factura vs. los recibido  Lote y fecha vencimiento recibido diferente al registrado en la factura  FACTURADO Y NO ENVIADO	ido diferente	Tipo de Novedad  Tipo de Novedad  H Enviado y NO Facturado I Producto próximo a vencer JProducto averiado K Codigo CUM errado de la factura vs. los recibido L Lote y fecha vencimiento recibido diferente al reg	TIPO GE NOVEGAG  H Enviado y NO Facturado  I Producto próximo a vencer  J Producto averiado  K Codigo CUM errado de la f  L Lote y fecha vencimiento re  I Lote y Facha vencimiento re		ado ado niviado niado MENOR	A No cumple con las especificaciones  Mayor valor facturado al pactado  Menor valor facturado al pactado  D Remisionado/Facturado NO enviado  E Remisionado/ Facturado enviado MENOR  F Remisionado/ Facturado enviado MAYOR	A No cumple con las especificaciones B Mayor valor facturado al pactado C Menor valor facturado al pactado C Remisionado/Facturado NO enviado E Remisionado/ Facturado enviado No enviado N	
		behavior						
AL REALIZAR LA RECEPCION TECNICA SE IDEN IFICA QUE NO LLOS LA MEDICAMENTO <b>SAFLUTAN</b> CANTIDAD CAJA 1 X 30 PIPETAS <b>FALTANTE: 1</b> CAJA	D	\$ 86.800,00	\$ 86.800,00	0	- '	FROSST	CAJA *30	SAFLUTAN 0,015MG/ML SOL OFATLMICA
					9			dispositivos medicos
Observaciones Adicionales a la No conformidad:	Tipo de novedad	Costo Unitario Facturado	Costo Unitario O.C.	tidad bida	Cantidad Facturad	Laboratorio	Presentación	Nombre y cargo de la persona que realiza en manazyone Cantidad Can
Gelia ne repense				ATTA	JERRERO M	SE ELIECER GU	hallazgo: JORG	Fecilia de necepción monera al
Ecoho de Reporte: 2/8/2016			14	Número de factura: 56514	Número de			7-15 do Bocanción: 2/8/2016
Onescutivo:	5							Proveedor: DUANA
Número de Guía: 82730101		a: TCC	Transportadora: TCC				Samue	teres en
FORMATO DE REPORTE DE NOVEDAD DE LA RECEPCION DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS	ECEPCIO	)AD DE LA R	DE NOVED	REPORTE	ATO DE I	FORM		DZ

SALUB BODES FECHA 4011103 Eins El proveedor debe responder este reporte dentro de las 48 horas siguientes al recibido del mismo, de lo contrario la diferencia se descontará del

valor total de la factura.

A No cumple con las especificaciones

B Mayor valor facturado al pactado
C Menor valor facturado al pactado
D Remisionado/Facturado NO enviado
E Remisionado/Facturado enviado MENOR
F Remisionado/Facturado enviado MAYOR