3074

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Fecha Actual : miércoles, 28 septiembr

1/2

COMPROBANTE ENTRADA
Nº0000000064015

PROVEEDOR:	UCIPHARMA S A	**NIT:**	830070192	**FECHA:**	28/09/2022 10:30 a. m.
CIUDAD:	BOGOTA (BOGOTA D.C)			**ESTADO:**	Confirmado
DIRECCION:	TV 23 93 23			**MONEDA:**	Pesos
TELEFONO:	7447300			**TASA CAM:**	0,00
Nº FACTURA:	UCI7700024714	**% ICA:**	11,0400	**PLAZO:**	30
				FECHA FAC:	27/09/2022 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
121QQ031404	HEMOSTATICO ABSORBIBLE DE CELULOSA OXIDADA REGENERADA TIPO MALLA SUELTA 10 X 20CM (REF 1957) SURGICEL HEMO	UNIDAD	40,00	$137.096,00	$5.483.840,00	0,00	0,00
121QQ035194	HEMOSTATICO ABSORBIBLE DE CELULOSA OXIDADA REGENERADA TIPO MALLA SUELTA 5 X 7.5CM (REF 1953)	UNIDAD	10,00	$99.959,00	$999.590,00	0,00	0,00

DETALLE

CONTRATO 02-BS-0066-2022[(*ó*)], SANTA CLARA.

SUBTOTAL:	$6.483.430,00
DESCUENTO:	$0,00
IMPUESTO:	$0,00
FLETES:	$0,00
IMP FLETES:	$0,00
RETE IVA:	$0,00
RETE ICA:	$71.577,00
RETE FUENTE:	$0,00
OTRAS RETE:	$0,00
OTRAS DEDUC:	$0,00
IMP DISTRI:	$0,00
AJUSTE RED:	$0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$0,00
TOTAL COMPR:	$6.411.853,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEIS MILLONES CUATROCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaboró:

Revisó Almacen

Adriana Lugo

Revisado Impuestos

Adriana M. Lugo L.
07 OCT 2022
CUENTAS POR PAGAR

$6.483.430-

SN
14-12-22

dd: 11227/23 (1)

OB61455/22 1
Valentina

FISICO

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Ucipharma S.A.
NIT: 830070192-6

UCIPHARMA

CLIENTE:	**SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD**		
NIT:	900959051-7	**Cod. Cliente:**	3383
Dirección y Ciudad:	DG 34 5 43 BOGOTÁ D.C.	**E-mail:**	recepcionfacturasbienes@subredcentrooriente.gov.co;recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.g
Teléfono / Celular:	5713444484	**Orden Compra:**	CTTO 02-BS-0066-2022
Destinatario:	HOSPITAL SANTA CLARA	**No Caso CRM:**	284014
Dirección de Destinatario:	CR 14 B 1 45 SUR COLOMBIA	**Documento Entrega:**	80348243
Informativo:	Cartera Vencida $21845381.00		
Doctor(a):		**Paciente:**	
Historia:			

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. **UCI7700024714**

Responsable de IVA- Autoretenedores Renta Res.Dian 01160 del 05 de Dic 2008
Gran Contribuyente SHD DDI 023769 de ICA Act Princ 204 (11 ,04 por mil)CIIU 4659.

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18764030451190 del 23 de Junio de 2022 Autorizada del # UCI7700022501 al #UCI7700032500
Vigencia 12 meses de 23 de junio de 2022 al 23 de junio del 2023

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
600133	1.- CELSTAT KNITTED 20 cm x 10 cm CJX10REG SAN: 2015DM-0013998 VIGENCIA: 23.11.2025	21030411H	2024-03-31	4 - BX	1.370.960	0.00	5.483.840
600130	2.- CELSTAT KNITTED 7.5 cm x 5 cm CJX10REG SAN: 2015DM-0013998 VIGENCIA: 23.11.2025	21052831H	2024-05-31	1 - BX	999.590	0.00	999.590

0031404
0035194

Secretaría Distrital de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
28 SEP 2022
Almacén General UPSS Santa Clara
RECIBIDO

VALOR EN LETRAS: SEIS MILLONES CUATROCIENTOSOCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOSTREINTA PESOS MCTE.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Fecha de Expedición:	2022-09-27	**Fecha de Vencimiento:**	2022-12-26
Condiciones de Pago:	90 dias.	**Forma de Pago:**	Crédito
Medios de Pago:	Transferencia Crédito Bancario	**Moneda:**	COP
Documento Interno:	7700022632	**Zona(s):**	U0106
Total Nro Líneas:	2		

SUBTOTAL	**6.483.430**
DESCUENTO	**0**
IVA 0.00%	**0**
TOTAL OPERACIÓN	**6.483.430**
RETEIVA	**0,00**
RETEICA	**71.577,00**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**6.411.853,00**

IMPORTANTE: Para sus pagos en cheques o giro electrónico por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razón Socialde su Empresa/Institución

Observaciones:

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de Cambio, según los Art 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008.

UCIPHARMA S.A
Nit. 830.070.192-6

FIRMA AUTORIZADA

icontec ISO 9001 SC-CER133997

IQNet

Nombre de quién Recibe:

C.C.: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de recibido Aceptada _____

POLITICAS DE DEVOLUCION:
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horassiguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de productopara destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

BOGOTÁ D.C. - Colombia Transversal 23 # 93-23 PBX:PBX: 7447300 Cel:CEL. 3102284658 Email:ciac.ucipharma@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

Tipo de Operación: Estándar - 10
Fecha y Hora de generacion: 2022-09-27 17:34:05
CUFE : 7238132ed38789746c70b451aeded878a86a1f8ec62c51b1c06b1f63fb4f288592b66a93399e9e1e5e5f9db4ac56b18e
Fecha Validación DIAN: 2022-09-27 17:34:2
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCION 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019, LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO - Ver Fila 39 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	UCI7700024714	27/09/2022	SEPTIEMBRE DE 2022	$ 6,483,430.00	$ 6,483,430.00	$ 1,370,960.00	82.55%	
						$ 1,370,960.00		
						$ 1,370,960.00		
						$ 1,370,960.00		
						$ 1,370,960.00		
						$ 1,370,960.00		
TOTAL				$ 6,483,430	$ 6,483,430	$ 1,370,960	82.55%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

PARA PODER REALIZAR LA CERTIFICACION DE ESTE CONTRATO SE RECIBIÓ POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A FACTURA, COMPROBANTE DE ENTRADA DE ALMACÉN, SOPORTES DE PAGO AL SGPS Y/O PARAFISCALES

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA 00/100 PESOS	$ 6,483,430.00
Saldo por ejecutar	UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS SESENTA 00/100 PESOS M/CTE	$ 1,370,960.00
Valor total certificado (Acumulado)	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA 00/100 PESOS	$ 6,483,430.00

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CRÉDITO O NOTA DÉBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
UCI7700024714	27/09/2022
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 6,483,430.00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción con la entrega de los bienes, del citado contrato, dentro del plazo establecido, según la factura relacionada en esta certificación. Que los valores facturados por el CONTRATISTA corresponden a los pactados en el contrato.

ANEXOS: Comprobante No. 64015; Factura No.UCI7700024714; Certificación Parafiscales.

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	GISSELLE PATRICIA CASTIBLANCO ZARATE
C.C. No.	52.325.314 DE BOGOTÁ
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
AREA DE UBICACIÓN	INSUMOS Y ABASTECIMIENTO-SUBREDCO
Correo Electronico:	supervisormgx3@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	GISSELLE PATRICIA CASTIBLANCO ZARATE
AREA DE UBICACIÓN	INSUMOS Y ABASTECIMIENTO-SUBREDCO
Correo Electronico:	supervisormgx3@subredcentrooriente.gov.co

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06
FECHA: 2021-04-08

CERTIFICACION No.	1	**INFORME PARCIAL:**		**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-0066-2022	**FECHA DEL INFORME :**	3/10/2022	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	UCIPHARMA S.A.	**NIT O C.C**		**830.070.192-6**	
Representante Legal:	JOSÉ RAÚL DURÁN ECHANDIA	**Identificación Representante Legal**		**C.C: X** **C.E:**	19.425.741
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			**FORMA DE PAGO**	Noventa (90) Días

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

				Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 31,417,560.00**	**Valor Inicial contrato:**	**$ 7,854,390.00**	**DOS (2) MESES Y/O HASTA AGOTAR RECURSOS CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO CORRESPONDIENTE**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	2218	12/07/2022	**Registro Inicial**	40601	6/09/2022					
Disponibilidades Números de Adiciones			**Registros Presupuestales de Adiciones**			**Adición 1:**		**Prórroga 1:**		
						Adición 2:		**Prórroga 2:**		
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Adición 5:		**Prórroga 5:**		
						Adición 6:		**Prórroga 6:**		
						Adición 7:		**Prórroga 7:**		
						Valor Total:	**$ 7,854,390.00**	**Fecha Terminación actual:**		11/10/2022
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO**			**Código(S) Rubro(S)**	421501040101 (Año 2021) 4245010401 (Año 2022)	**Validación Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**			
	0				0					

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CER	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
1	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	N/A	**Oportunidad de entrega**	**SI:** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	**SI:**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI:** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI:**	**NO:**

UCIPHARMA S.A

Bogotá, 09 de Septiembre de 2022

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.

El suscrito Revisor Fiscal de **UCIPHARMA S.A.,** identificada con **NIT 830.070.192-6** de acuerdo con la revisión efectuada a los formularios de auto liquidación de aportes y a los pagos correspondientes, de conformidad con normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia

CERTIFICA QUE:

1. La Compañía ha presentado y efectuado oportunamente el pago de los aportes al Subsistema de la Protección Social, así como de los aportes parafiscales, a la administradora de riegos laborales, a los fondos de pensiones y a las cajas de compensación familiar del mes de agosto de 2022 y el aporte a salud del mes de septiembre de 2022.

2. La compañía ha tenido en cuenta los plazos y condiciones para la autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales respectivamente, establecidos en el Decreto 1990 de 2016, entendiendo los aportes parafiscales correspondientes a: Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA; en cumplimiento y de conformidad con el DUR 780 de 2016.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y a solicitud de la administración de la compañía.

A la fecha de expedición del presente documento no conozco, ni se me ha informado de hechos económicos que cambien o afecten la información certificada.

Cordialmente,

Firma: _____

JANNETH RODRIGUEZ CADENA
REVISOR FISCAL
QSC HIGH PERFORMANCE TEAM SAS
T.P. No.48.166-T