SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºAK000000025775

PROVEEDOR: UCIPHARMA S A **NIT:** 830070192 **FECHA:** 12/07/2024 03:08 p. m.

CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: TRV 23# 93-23 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 7560505 **ALMACEN:** KE10R14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS OCCIDENTE DE KENNEDY

Nº FACTURA: UFE5117 **% ICA:** 11.0400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 11/07/2024 12:00 a. m.

☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**

DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DM2203	MALLA ANATOMICA PREFORMADA PARA HERNIORAFIA LAPAROSCOPICA TALLA M, L DERECHA	UNIDAD	9.00	$314,800.00	$2,833,200.00	0.00	0.00
Registro Sanitario:	2021DM-0000323-R2	Lote:	HUHV0733				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						
DM2714	MALLA ANATOMICA PREFORMADA PARA HERNIORAFIA LAPAROSCOPICA TALLA M, L IZQUIERDA	UNIDAD	9.00	$314,800.00	$2,833,200.00	0.00	0.00
Registro Sanitario:		Lote:	HUHU1701				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 5452-2024, FACTURA No UFE5117

SUBTOTAL:	$5,666,400.00
DESCUENTO:	$0.00
IMPUESTO:	$0.00
SUBTOTAL 1	**$5,666,400.00**
FLETES:	$0.00
IMP FLETES:	$0.00
RETE IVA:	$0.00
RETE ICA:	$62,557.00
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:	$5,603,843.00

TOTAL COMPROBANTE:

CINCO MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

COMPROBANTE ENTRADA

Manuel Sánchez

MANUEL RICARDO SANCHEZ
CASTIBLANCO
1000789583

ELABORADO POR: | REVISADO POR: | APROBADO POR:

GRUPO Amarey
UCIPHARMA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.

UFE5117

CUFE: 44edbf9efaada48a7dfb3df54a91cc1ed81b9d13bd083f861774640c1cd8d10520bda4c1e3a6e4d6c3f909f06ba4b7

UCIPHARMA S. A.
Nit: 830070192-6
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: ciac.ucipharma@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 4659 Resolucion de Facturación Electronica DIA 18764058523727 del 2023-10-24a 2024-10-24 Autorizada del UFE-1 al UFE-10000 Vigencia 12 mese Responsable de IVA - Autoretenedores de Renta por Res. Dian 01160 del 05 de Dic de 2008 BOGOT GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN DDI-023769 U100.

Cliente: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**
Nit: **900959048-4** Ciudad: **BOGOTÁ D.C.**
Dirección: **TV 74 F 40 B 54 SUR**

Tel / Cel: **6014546800**
Destinatario: **TV 74 F 40 B 54 SUR**

Dirección Destinatario:
TV 74 F 40 B 54 SUR

Informativo:
Cod Cliente: **0100001737**
E-mail:
FACTURACIONELECTRONICA@SUBREDSUROCCIDENTE.GOV.CO

Paciente:

Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
2024-07-11 18:55:13-05:00

Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2024-10-09

Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**

Medio de Pago
Consignación bancaria

Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **CTTO 5452-2024** | No. Caso: **37943** | Documento Entrega: **0080033602** | Documento Interno: **1U00005122**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	115311	3DMAX MESH LARGE LEFT 4X6 10.8X16.0CM INVIMA 2021DM-0007570-R1,,,VIGENTE,	HUHV0733	2028-07-28	9	314,800.00		2,833,200.0
2	115321	3DMAX MESH LARGE RIGHT 4X 6 10.8X16.0 INVIMA 2021DM-0007570-R1,,,VIGENTE,	HUHU1701	2028-06-28	9	314,800.00		2,833,200.0

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Jorge macias
CARGO:
C.C. #:
FECHA:
HORA:
FIRMA: Jorge macias

Valor en Letras: CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: 2

Subtotal	5,666,400.00
Descuento	0.00
Base IVA	0.00
IVA	0.00
Total Operación	5,666,400.00
Valor Total:	**5,666,400.00**

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 Có Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008. Con la aceptación, expresa o tácita, del presente documento, autorizo a Novatecnica S.A.S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme por cualquier medio en ref al presente documento en caso de encontrarme en mora, con la finalidad de mantener una comunicación efectiva y oportuna. Además, autorizó para recibir información por medio de correo electrónico, mensaje de texto, Whats correspondencia física.

POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN

-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 horas siguientes 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 producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Recibido Aceptada: _____

icontec ISO 9001 SC-CER133997
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

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

Proveedor Tecnológico: VSDC S.A.S. - Nit: 811.026.198-4 Fecha Generación 2024-07-11 18:55:13-05:00

GRUPO Amarey

Bogotá, 14 de junio 2024

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.

El suscrito Revisor Fiscal de **UCIPHARMA SA,** 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 mayo de 2024 y el aporte a salud del mes de junio de 2024.
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.
3. El número de planilla pagada es 1063961908 (mayo 2024).

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