SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºAK000000026542

PROVEEDOR: UCIPHARMA S A **NIT:** 830070192 **FECHA:** 16/09/2024 11:55 a. 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: UFE6433 **% ICA:** 11,0400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 14/09/2024 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	10,00	$ 314.800,00	$ 3.148.000,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2021DM-0000323-R2	Lote:	HUHU1701				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						
DM2714	MALLA ANATOMICA PREFORMADA PARA HERNIORAFIA LAPAROSCOPICA TALLA M, L IZQUIERDA	UNIDAD	10,00	$ 314.800,00	$ 3.148.000,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:		Lote:	HUHV0733				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 5452-2024 , FACTURA No UFE6433

SUBTOTAL:	$ 6.296.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 6.296.000,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 69.508,00
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:	$ 6.226.492,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

GRUPO Amarey
UCIPHARMA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.
UFE6433

CUFE: 83457fa3728aa075d8d5a7b1d4110d8d0df154582b6b22f7a819a0f765a2a7baa9ea60cdeb4b4eb3bd06f8ad8ad1057f

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 DIAN 18764058523727 del 2023-10-24a 2024-10-24 Autorizada del UFE-1 al UFE-10000 Vigencia 12 meses, Responsable de IVA - Autoretenedores de Renta por Res. Dian 01160 del 05 de Dic de 2008 BOGOTA 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
2024-09-14 10:45:02-05:00
Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2024-12-13
Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**
Medio de Pago: **Consignación bancaria**
Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **CTO 5452-2024** | No. Caso: **42996** | Documento Entrega: **0080042409** | Documento Interno: **1U00006437**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	115321	3DMAX MESH LARGE RIGHT 4X 6 10.8X16.0 INVIMA 2021DM-0007570-R1,,,VIGENTE,	HUHU1701	2028-06-28	10	314,800.00		3,148,000.00
2	115311	3DMAX MESH LARGE LEFT 4X6 10.8X16.0CM INVIMA 2021DM-0007570-R1,,,VIGENTE,	HUHV0733	2028-07-28	10	314,800.00		3,148,000.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Manuel Sánchez
CARGO: Auxiliar
C.C. #: 1000789583
FECHA: 16/09/24 HORA: 10:05
FIRMA:

Valor en Letras: SEIS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: **2**

Subtotal	6,296,000.00
Descuento	0.00
Base IVA	0.00
IVA	0.00
Total Operación	6,296,000.00
Valor Total:	6,296,000.00

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 Código de 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 referencia 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, WhatsApp y 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.

UCIPHARMA S.A
NIT. 830.070.192-6

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Recibido Aceptada: _____

icontec ISO 9001 SC-CER713897
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: VSJC S.A.S., Nit: 811 026 198 4 - Fecha Generación: 2024-09-14 10:45:02-05:00

GRUPO Amarey

Bogotá, 10 de septiembre 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 correspondientes a los últimos seis (6) meses (marzo de 2024 a agosto de 2024) y el aporte a salud correspondiente al período (abril de 2024 a septiembre 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. Los números de planilla pagadas son: 1062577736 (marzo 2024), 1063405842 (abril 2024), 1063961908 (mayo 2024), 1064707684 (Junio 2024), 1065422914 (julio 2024) y 1066287294 (agosto 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