SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 13 diciembre 2024

COMPROBANTE ENTRADA
NºFP000000002725

PROVEEDOR: DISFARMA GC SAS **NIT:** 900580962 **FECHA:** 13/12/2024 04:30 p. m.

CIUDAD: GIRON (SANTANDER) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: KM 7 N 400 - 22 31 BG 89 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 6915767 **ALMACEN:** FO03M05 - A T FARMACIA USS FONTIBÓN

Nº FACTURA: ZD506648 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 10/12/2024 12:00 a. m.

☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**

DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED018	ACETAMINOFEN 150mg/5ml JARABE /60 ml	mg	50,00	$ 1.200,00	$ 60.000,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2023M-0001556-R3	Lote:	93417				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						
MED1506	FLUTICASONA/SALMETEROL 250/25MCG/DOSIS AEROSOL INHALATORIA BUCAL FRASCO X 60 DOSIS	MICROGRAMO	3,00	$ 18.220,00	$ 54.660,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2017M-0000089-R2	Lote:	12240438				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6900-2023, FACTURA No ZD506648

SUBTOTAL:	$ 114.660,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 114.660,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 475,00
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:	$ 114.185,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO CATORCE MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

COMPROBANTE ENTRADA

LUZ ANGELICA GARCIA LEON
52849671
ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

Disfarma

DISFARMA GC SAS
NIT. 900.580.962-2 REGIMEN COMUN
PARQUE INDUSTRIAL SAN JORGE
KM 7+400 ANILLO VIAL - BODEGA 92
VIA PALENQUE - FLORIDABLANCA (S.S.)
Tel. 691 57 67 - E-mail: pedidos@disfarma.com.co

PREFACTURA No.
ZD-506648

AUTORRETENEDOR DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA - RESOLUCIÓN 002569 DEL 23 DE MARZO DE 2023

AUTORRETENEDOR ICA PARA GIRON - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E
NIT: 900959048-4 **CIUDAD:** BOGOTÁ, D.C.
DIRECCION: TV 74 F 40 B 54 SUR
TELEFONO: 4546800-7560505 EXT 100 **CIUD. DESP.:** BOGOTÁ, D.C. (BOGOTÀ)
DESPACHAR A: USS FONTIBON KRA 99 #16I-41

	DIA	MES	AÑO
FECHA DOC	10	12	2024
FECHA VENCIMIENTO	10	3	2025
VENDEDOR	GERENCIA		
CONDICION DE PAGO	VENTA A CREDITO		

ARTICULO Y PRESENTACION	IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
ACETAMINOFEN 150MG/5ML (3%) FCOX60ML JBE (CEREZA) - LAPROFF	0	50	1,200.00	60,000.00
FLUTICASONA+SALMETEROL (250MCG+25MCG)/DOSIS C*1 FCO X 120 DOSIS + INH SUSP INH BUC (SIBET) - GLENMARK	0	3	18,220.00	54,660.00



NO SE ACEPTAN RECLAMOS DESPUES DE 72 HORAS DE RECIBIDA LA MERCANCIA

Favor consignar a nombre de DISFARMA GC SAS en las siguientes Cuentas de Ahorro
BANCO DE BOGOTA No. 157-55108-6 | BANCOLOMBIA No. 020-000380-35 | BANCO BBVA No. 509-00319-0

SUBTOTAL	114,660.00
DESCUENTO	0.00
IVA	0.00
RETENCION	0.00
RETEIVA	0.00
TOTAL	**114,660.00**

Observaciones:
6900-2023 PD 10/12/2024 IVAN CONTRATO 6900 DE 2023 OC-1416DESPACHAR A: USS FONTIBON KRA 99 #16I-41

Firma Autorizada

Firma y Sello Cliente

Disfarma

ANEXO DE DOCUMENTO No. ZD-506648

LABORATORIO	ARTICULO Y PRESENTACION	LOTE	F.VENCIM	IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
LAPROFF	ACETAMINOFEN 150MG/5ML (3%) FCOX60ML JBE (CEREZA) CUM: 207411-4 ;ATC: N02BE01 ;INVIMA: 2020M-006964-R2	93417	2027-08-30	0	50	1,200.00	60,000
GLENMARK	FLUTICASONA+SALMETEROL (250MCG+25MCG)/DOSIS C*1 FCO X 120 DOSIS + INH SUSP INH BUC (SIBET) CUM: 20104370-3 ;ATC: R03AK06 ;INVIMA: 2017M-0017784	12240438	2026-03-30	0	3	18,220.00	54,660

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

NOMBRE BODEGA: Farmacia Bom
NOMBRE QUIEN RECIBE: Jessica García León
CARGO: Regente de Farmacia
C.C. #: C.C. 52.849.671
FECHA: 13/12/24
HORA: 2:16 pm
FIRMA:

Disfarma®
Distribuciones Farmacéuticas

"Cuenta su salud, nuestro compromiso"

Girón, 01 de diciembre de 2024.

Señores,
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E
900959048-4
Bogotá, Bogotá

Referencia: CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

ARTICULO 50 LEY 789 2002

Yo **JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.920.613 de Málaga, en mi calidad de Representante Legal de la empresa DISFARMA GC SAS con NIT 900.580.962-2 debidamente registrada en la cámara de comercio de Bucaramanga, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por el contrato de trabajo, por lo que declaro que me encuentro a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud EPS, fondo de pensiones AFP, administradoras de riesgos laborales ARL, caja de compensación familiar CCF, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio de aprendizaje SENA.

JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS
NIT 900.580.962-2
REPRESENTANTE LEGAL

ROCIO MEDINA PEREZ
TP 109438-T
CONTADOR

CODEX ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.
TR 2011
DAVID FELIPE ANGARITA VILLAREAL
TP 258890-T
REVISOR FISCAL