SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºFZ000000000862

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 07/07/2023 10:20 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** FO08M05 - FARMACIA 51 ZONA FRANCA
Nº FACTURA: FEIB3295 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 06/07/2023 12:00 a. m.

☐ OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:
DISPONIBILIDAD COMPROMISO OBLIGACIÓN
DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED1008	LEVOMEPROMAZINA 100 MG TABLETA	mg	500,00	$ 183,00	$ 91.500,00	0,00	0,00

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 4635-2021, FACTURA No FEIB3295

SUBTOTAL:	$ 91.500,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	$ 91.500,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 379,00
RETE FUENTE:	$ 2.288,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 88.833,00

TOTAL COMPROBANTE:

OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

Jenny Firavitoba

JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON
1010179714
ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

MEDICAL GROUP ANMA SAS

NIT : 900,923,685 - 0
BGTA. CLL 78 64 C 31
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
8630960 - 8700789 8603573
facturacion.electronica@mdicalgroup.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica Tarifa 0,00

ANMA Medical Group
Lo hacemos con el corazón

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		
NIT	900,959,048 - 4	**Teléfono**	4546800
Dirección	CALLE 9 39 46	**Vendedor**	MANTILLA LOZANO YUDY
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	50
Correo	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co	**Pedido**	1.930

FACTURA ELECTRONICA INST. BGTA
FEIB 3295

Fecha y Hora de Factura

Generación	2023-07-06	08:32:36
Expedición	2023-07-06	08:33:06
Vencimiento	2023-10-06	

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003000266	0 1 9 9 7 3 7 7 2 - 0 5 N05AA02	2021M-0007323-R1	LEVOMEPROMAZINA 25MG CJX100 TAB	TAB	500.00	0	183.00	91,500.00
2D893		2D893	F.V : 2026-12-30			500.00			

Total Items 1

Total Bruto	91,500.00
Total a Pagar	**$ 91.500,00**

CONDICION DE PAGO

Credito | Credito Clientes Institucional | Transferencia Crédito Bancario | Cuota 1 F - 050- 3295 Vence el 2023-10-06 | 91.500,00

VALOR EN LETRAS

Noventa Y Un Mil Quinientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA FZOC0000000404 ZONA FRANCA CARRERA 106 Nº 15A-32 CONTRATO 4635-2023 T50-2101

ORDEN DE COMPRA

Prefijo CTO Numero 4635-2023

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E
NOMBRE BODEGA: Zona franco
NOMBRE QUIEN RECIBE: Jenny Tweenthen
CARGO: Recepte
C.C.: 1010 1q7 7q
FECHA: 04 JUL 2023
FIRMA:

Firma Elaborado por : MARIA ANGELICA

Firma Recibido

FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CORRIENTE 411178130 AV VILLAS / CUENTA CORRIENTE 339050005836 BANCO AGRARIO - NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES: Una vez haya transcurrido tres(3) días hábiles contados desde la entrega al cliente del producto, el empaque se enuentre en mal estado por mala manipulacion y/o almacenamiento del cliente, producto de cadena de frio o biológicos.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764045468921 **aprobado en** 2023-03-04 **hasta el** 2024-03-03, **vigencia** 12 Meses, **prefijo** FEIB **desde el número** 2542 **al** 5000

CUFE :5968e609bcec5dbfce1cd1aad941ef3dd30b081a11085d7ac6d497be8a3f2f07dd798115b2e4b9fe3390839d4f7fff7b

ORIGINAL

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

El suscrito **WALTER HERNAN RIOS RODRIGUEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 7.721.451 en mi calidad de **REVISOR FISCAL**, de la empresa **MEDICAL GROUP ANMA S.A.S**, con **NIT 900.923.685 – 0**; bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de la presentación de la presente propuesta 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 contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentran a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud (EPS),los fondos de pensiones, las administradoras de riesgos laborales (ARL) y las cajas de compensación familiar; con respecto al instituto colombiano de bienestar Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA: la empresa se encuentra exonerada de la obligación de pago de los aportes al SENA,ICBF y EPS.

Dada en Bogotá D.C, a los Un (01), días del mes de Junio de 2023.

FIRMA

Identificación No. 7.721.451 de Neiva
En calidad de Revisor Fiscal
Ciudad y fecha Bogotá D.C., (01) de Junio de 2023