SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : miércoles, 26 julio 2023

COMPROBANTE ENTRADA
NºKS000000002181

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 26/07/2023 10:44 a. m.

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

DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** KE10M05HK - FARMACIA- OCCIDENTE DE KENNEDY

Nº FACTURA: FEIB3294A **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 06/07/2023 12:00 a. m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD 745 **COMPROMISO** 17997 **OBLIGACIÓN** 39701

DOCUMENTO 4635

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED1490	RIVASTIGMINA 9 MG PARCHE TRANSDERMICO	mg	20,00	$ 3.842,00	$ 76.840,00	0,00	0,00
MED1009	LEVOMEPROMAZINA 25 MG TABLETA	mg	100,00	$ 183,00	$ 18.300,00	0,00	0,00

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 4635-2023, FACTURA No FEIB3294A

SUBTOTAL:	$ 95.140,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 95.140,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 394,00
RETE FUENTE:	$ 2.379,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 92.367,00

TOTAL COMPROBANTE:

NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

4245010301 MEDICAMENTOS Obligacion: 39701 95140,0000

JUAN ERNESTO VALENCIA TOVAR
19325438

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 19325438

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

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**	1.929

FACTURA ELECTRONICA INST. BGTA
FEIB 3294
Fecha y Hora de Factura

Generación	2023-07-06	08:29:49
Expedición	2023-07-06	08:30:32
Vencimiento	2023-10-06	

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010001000486	19985874-4 N06DA03	2022M-0007796-R1	RIVASTIGMINA 9 MG/4.6MG PARCHE TRANSDERMICO CX30	UND	20.00	0	3,842.00	76,840.00
ALT432110		ALT432110	F.V : 2024-11-30			20.00			
2	0010003000266	0 1 9 9 7 3 7 7 2 - 0 5 N05AA02	2021M-0007323-R1	LEVOMEPROMAZINA 25MG CJX100 TAB	TAB	100.00	0	183.00	18,300.00
2D893		2D893	F.V : 2026-12-30			100.00			

Total Items 2

Total Bruto	95,140.00
Total a Pagar	**$ 95.140,00**

CONDICION DE PAGO

Credito — Credito Clientes Institucional — Transferencia Crédito Bancario — Cuota 1 F - 050- 3294 Vence el 2023-10-06 — 95.140,00

VALOR EN LETRAS

Noventa Y Cinco Mil Ciento Cuarenta Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA KSOCOOOOOO1829 USS KENEDDY TV 74F Nº 40B-54 SUR CONTRATO 4635-2023 T50-2100

ORDEN DE COMPRA

Prefijo CTO Numero 4635-2023

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: 002-SUMINISTROS
NOMBRE QUIEN RECIBE: ERNESTO VALENCIA
CARGO: TEC. ADTIVO
C.C.#: 19-325-438 Bta
FECHA: 17 Julio 2023 HORA:
FIRMA: EValencia

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 :cbce5629ab209282636472940dd6678c4568bb73a27f7ce50c4a7c723312c69ce7473281a417a144c4397047bc70d15d

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : martes, 18 julio 2023

COMPROBANTE ENTRADA
NºKS000000002153

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 18/07/2023 05:20 p. m.

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

DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** KE10M05HK - FARMACIA- OCCIDENTE DE KENNEDY

Nº FACTURA: FEIB3294 **% 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
MED1490	RIVASTIGMINA 9 MG PARCHE TRANSDERMICO	mg	20,00	$ 3.842,00	$ 76.840,00	0,00	0,00
MED1009	LEVOMEPROMAZINA 25 MG TABLETA	mg	100,00	$ 183,00	$ 18.300,00	0,00	0,00

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 4635-2023, FACTURA No FEIB3294

SUBTOTAL:	$ 95.140,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 95.140,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 394,00
RETE FUENTE:	$ 2.379,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 92.367,00

TOTAL COMPROBANTE:

NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

JUAN ERNESTO VALENCIA TOVAR
19325438

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : miércoles, 26 julio 2023

DEVOLUCION COMPRA
NºKS000000000228

CLIENTE: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 26/07/2023 10:42 a. m.

CIUDAD: BOGOTA **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 **TELEFONO:** 8700789

Nº FACTURA: FEIB3294 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 06/07/2023 12:00 a. m.

COMPROBANTE DE ENTRADA: KS000000002153

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED1490	RIVASTIGMINA 9 MG PARCHE TRANSDERMICO	mg	20,00	$ 3.842,00	$ 76.840,00	0,00	0,00
MED1009	LEVOMEPROMAZINA 25 MG TABLETA	mg	100,00	$ 183,00	$ 18.300,00	0,00	0,00

DETALLE

SE DEVUELVE POR CARENCIA DE OBLIGACION PRESUPUESTAL

SUBTOTAL:	$ 95.140,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 394,00
RETE FUENTE:	$ 2.379,00
AJUSTE REDONDEO	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL:	$ 92.367,00

TOTAL DEVOLUCION:

NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Usuario que Confirma JUAN ERNESTO VALENCIA TOVAR CC. 19325438

Nombre reporte : INRPDevolucionCompra Imprime Usuario: 19325438

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]