SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : lunes, 25 septiembre 2023

COMPROBANTE ENTRADA
NºAK000000021787

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 25/09/2023 02:27 p. m.

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

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

TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** KE10R14 - GESTION DE ALMACENES OCCIDENTE DE KENNEDY

Nº FACTURA: FEIB3789 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 25/09/2023 12:00 a. m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD 1948 **COMPROMISO** 40238 **OBLIGACIÓN** 53359

DOCUMENTO 4635

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED1009	LEVOMEPROMAZINA 25 MG TABLETA	mg	320,00	$ 183,00	$ 58.560,00	0,00	0,00

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 4635-2023, FACTURA No FEIB3789

TOTAL COMPROBANTE:

CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL:	$ 58.560,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 58.560,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 242,00
RETE FUENTE:	$ 1.464,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 56.854,00

Afectacion Presupuestal

4245010301 MEDICAMENTOS Obligacion: 53359 58560,0000

Sandra Figueredo C.C. 53.097.688 Bta Regente de farmacia

SANDRA FIGUEREDO ROMERO
53097688

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 53097688

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**	2.284

FACTURA ELECTRONICA INST. BGTA
FEIB 3789

Fecha y Hora de Factura

Generación	2023-09-25	07:53:21
Expedición	2023-09-25	07:53:31
Vencimiento	2023-12-25	

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003000266	019973772-05 N05AA02	2021M-0007323-R1	LEVOMEPROMAZINA 25MG CJX100 TAB	TAB	320.00	0	183.00	58,560.00
2D893		2D893	F.V : 2026-12-30			320.00			

Total Items 1

Total Bruto	58,560.00
Total a Pagar	**$ 58.560,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Credito Clientes Institucional Transferencia Crédito Bancario Cuota 1 F - 050- 3789 Vence el 2023-12-25 58.560,00

VALOR EN LETRAS

Cincuenta Y Ocho Mil Quinientos Sesenta Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

OC NºKSOC0000002055
USS KENNEDY TV 74 F # 40B - 54 SUR
CARGO AL CONTRATO 4635-2023

ORDEN DE COMPRA

Prefijo CONTRATO Numero 4635 DE 2023

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Amarilla Kenedy
NOMBRE QUIÉN RECIBE:
CARGO: Sandra Figueredo
C.C. #: C.C 53.097.688 Bta
FECHA: 25/09/23 HORA: 12:20 p
FIRMA:

Firma Elaborado por : CAMILA FERNANDA

Firma Recibido

FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CORRIENTE 431178130 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 encuentre 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 numero** 2542 **al** 5000

CUFE :505ce34a4d0bde5f46d38b2d8211df3dcdbe8dc2a517238eb19e4afe43cb48c2524ab1f7e8024bffb8d9976a2db675dd

ORIGINAL

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

CERTIFICACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

El suscrito **WALTER HERNAN RIOS RODRIGUEZ** *identificado con cedula de ciudadanía 7.721.451 expedida en Neiva y portador de la tarjeta profesional 160988-T, obrando en calidad de Revisor Fiscal, de la sociedad* **MEDICAL GROUP ANMA S.A.S,** con **NIT 900.923.685 – 0;** *bajo la gravedad de juramento manifiesto que la empresa ha cumplido hasta la fecha con todos los pagos al sistema de seguridad social en pensión, riesgos profesionales y caja de compensación familiar correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a la fecha al día 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, por los empleados que devenguen menor de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Según lo dispuesto en el Art. 65 de la Ley 1819 de 2016 que incluye el Art. 114-1 ET.*

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia se firma en Neiva, al 01 día del mes de septiembre de 2023.

Atentamente,

WALTER HERNAN RIOS RODRIGUEZ
C.C. No. 7.721.451 de Neiva T.P. No. 160.988 T

@contadorwalterrios
Walter Rios - Asesor Empresarial - T A R J E T A P R O F E S I O N A L
D | Calle 12 N° 8-17 Of 304
C | 318 602 9461
E | cpwalterrios@gmail.com