SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : jueves, 19 octubre 2023

COMPROBANTE ENTRADA
NºFT0000000000103

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 18/10/2023 12:23 p. m.

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

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

TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** KE13M05 - FARMACIA USS TINTAL

Nº FACTURA: FEIB3956 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 13/10/2023 12:00 a. m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD 2366 **COMPROMISO** 49267 **OBLIGACIÓN** 59644

DOCUMENTO 6159

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED130	AMOXICILINA 500 MG CAPSULA	mg	1.500,00	$ 264,00	$ 396.000,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	INVIMA 2009M-010611-R2	Lote:	3311087				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6159-2023, FACTURA No FEIB3956

SUBTOTAL:	$ 396.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 396.000,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 1.639,00
RETE FUENTE:	$ 9.900,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 384.461,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

4245010301 MEDICAMENTOS Obligacion: 59644 396000,0000

ESTELLA ISABEL PORRAS CIFUENTES
35506507

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 35506507

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			FACTURA ELECTRONICA INST. BGTA FEIB 3956	
NIT	900,959,048 - 4	**Teléfono**	4546800	Fecha y Hora de Factura	
Dirección	CALLE 9 39 46	**Vendedor**	MANTILLA LOZANO YUDY	**Generación**	2023-10-13 17:37:48
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	50	**Expedición**	2023-10-13 17:38:02
Correo	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co	**Pedido**	12.256	**Vencimiento**	2024-01-13

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003001220	33496-9 J01CA04	2020M-010611-R3	AMOXICILINA 500MG CJX50 CAP	CAP	1,500.00	0	264.00	396,000.00
3311087	3311087		F.V : 2026-04-30			1,500.00			

Total Items 1

Total Bruto	396,000.00
Total a Pagar	**$ 396.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito — Credito Clientes Institucional — Transferencia Crédito Bancario — Cuota 1 F - 050- 3956 Vence el 2024-01-13 — 396.000,00

VALOR EN LETRAS

Trescientos Noventa Y Seis Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

OC No FTOC0000000059 USS TINTAL CALLE 10 B # 87 B - 51 CARGO AL CONTRATO 6159 DE 2023

ORDEN DE COMPRA

Prefijo CONTRATO Número 6159 DE 2023

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Farmacia Verde
NOMBRE QUIEN RECIBE: Marcela Verde
CARGO: Farmacia
C.C. #: 33.665.330
FECHA: 17-10-23 HORA: 10:33 am.
FIRMA: Marcela Verde

Firma Elaborado por : CAMILA FERNANDA

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) dias 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 : 140f89fd9b85dd1890d5df2910a964aafa9d97e601d21009c8e573c00f5lea1d5cc81affe2f5157aa7fc70165e34b67

ORIGINAL

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.115-5

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 02 día del mes de octubre de 2023.

Atentamente,

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