SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : martes, 17 octubre 2023

COMPROBANTE ENTRADA
NºSU000000000814

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 17/10/2023 04:12 p. m.

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

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

TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** SU59M05 - FARMACIA 92 PATIOS

Nº FACTURA: FEIB3944 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 13/10/2023 12:00 a. m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD 2366 **COMPROMISO** 49267 **OBLIGACIÓN** 59583

DOCUMENTO 6159

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED130	AMOXICILINA 500 MG CAPSULA	mg	500,00	$ 264,00	$ 132.000,00	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 FEIB3944

SUBTOTAL:	$ 132.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	$ 132.000,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 546,00
RETE FUENTE:	$ 3.300,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 128.154,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO VEINTIOCHO MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

4245010301	MEDICAMENTOS	Obligacion:	59583	132000,0000

Carmen Julia Suarez

CARMEN JULIA SUAREZ RODRIGUEZ
39669206

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 39669206

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**	12.255

FACTURA ELECTRONICA INST. BGTA
FEIB 3944
Fecha y Hora de Factura

Generación	2023-10-13	16:48:26
Expedición	2023-10-13	16:48:41
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	500.00	0	264.00	132,000.00
3311087		3311087	F.V : 2026-04-30			500.00			

Total Items 1

Total Bruto	132,000.00
Total a Pagar	**$ 132.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito — Credito Clientes Institucional — Transferencia Crédito Bancario — Cuota 1 F - 050- 3944 Vence el 2024-01-13 — 132.000,00

VALOR EN LETRAS

Ciento Treinta Y Dos Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

OC No SUOC0000000408 USS PATIOS CLL 2 A # 88 B 47 SUR CARGO AL CONTRATO 6159 DE 2023

ORDEN DE COMPRA

Prefijo CONTRATO Numero 6159 DE 2023

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Ofi cqs patios
NOMBRE QUIEN RECIBE: Camila Suárez
CARGO: Auxiliar de farmacia
C.C. #: 79.669.206
FECHA: 17-10-2023 HORA: 12:10pm
FIRMA: Camila Suárez

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) 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 :85601eda318b530d43902ecce5894a3d8a064d7b2f353cec6602c51f76d07f361b803b2641a3bd02d03ada08d6d688da

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 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

@contadorwalterios
WalterRios - Asesor Empresarial - T R I B U T A R I A
D | Calle 12 N° 8-13 Of. 304
C | 316 602 9461
E | cpwalterrios@gmail.com