SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºFP000000002294

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 19/01/2024 02:47 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** FO03M05 - A T FARMACIA USS FONTIBÓN
Nº FACTURA: FEIB4453 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 18/01/2024 12:00 a. m.

☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**
DISPONIBILIDAD **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**
DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED792	HALOPERIDOL 2MG/ML SOLUCION ORAL FRASCO GOTERO X 15ML	mg	5,00	$ 3.496,00	$ 17.480,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2019M-0009709-R1	Lote:	2215				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						
MED130	AMOXICILINA 500 MG CAPSULA	mg	30,00	$ 264,00	$ 7.920,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2020M-010611-R3	Lote:	3317060				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6159-2023, FACTURA No FEIB4453

SUBTOTAL:	$ 25.400,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 25.400,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 105,00
RETE FUENTE:	$ 635,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 24.660,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

COMPROBANTE ENTRADA

LUZ ANGELICA GARCIA LEON
52849671

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

FACTURA ELECTRONICA INST. BGTA
FEIB 4453

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-01-18	15:55:11
Expedición	2024-01-18	15:55:21
Vencimiento	2024-04-18	

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**	2.782

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003000256	0 1 9 9 9 9 3 3 1 - 0 1 N05AD01	2019M-0009709-R1	HALOPERIDOL 2MG/ML SOLUCION ORAL FCOX15ML	FCO	5.00	0	3,496.00	17,480.00
2215		2215	F.V : 2025-09-30			5.00			
2	0010003001220	33496-9 J01CA04	2020M-010611-R3	AMOXICILINA 500MG CJX50 CAP	CAP	30.00	0	264.00	7,920.00
3317060		3317060	F.V : 2026-08-30			30.00			

Total Items 2

Total Bruto	25,400.00
Total a Pagar	**$ 25.400,00**

CONDICION DE PAGO

Credito | Credito Clientes Institucional | Transferencia Crédito Bancario | Cuota 1 F - 050- 4453 Vence el 2024-04-18 | 25.400,00

VALOR EN LETRAS

Veinticinco Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

OC No FPOC0000001104 USS FONTIBON KRA 99 No 16 I - 41 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: Fontibon
NOMBRE QUIEN RECIBE: Ivr Estella Gomez A
CARGO: Regente de Farmacia
C.C. #: 65811692
FECHA: 19-01-24 HORA: 12+10 m
FIRMA:

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

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 03 día del mes de enero de 2024.

Atentamente,

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

@contadorwalterrios
WalterRios - Asesor Empresarial - T R I B U T A R I A
Dir Calle 12 N° 9-13 Of. 304
Cel 318 602 9461
email: cowalterrios@gmail.com