SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : miércoles, 20 marzo 2024

COMPROBANTE ENTRADA
NºFT000000000189

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 20/03/2024 01:07 p. m.

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

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

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

Nº FACTURA: FEIB4703 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 08/03/2024 12:00 a. m.

☐ OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:

DISPONIBILIDAD COMPROMISO OBLIGACIÓN

DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED130	AMOXICILINA 500 mg CAPSULA	mg	100,00	$ 264,00	$ 26.400,00	0,00	0,00

Registro Sanitario:	2020M-010611-R3	Lote:	3320147
Clasificacion de riesgo:	NoAplica		

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6159-2023, FACTURA No FEIB4703

SUBTOTAL:	$ 26.400,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	$ 26.400,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 109,00
RETE FUENTE:	$ 660,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 25.631,00

TOTAL COMPROBANTE:

VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

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]

ANMA Medical Group

Lo hacemos con el corazón

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 4703

Fecha y Hora de Factura
Generación 2024-03-08 17:55:38
Expedición 2024-03-11 08:04:09
Vencimiento 2024-06-08

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	3.008

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	100.00	0	264.00	26.400.00
3320147		3320147	F.V : 2026-10-30			100.00			
		331060	08/2026						

Total Items 1

Total Bruto	26.400.00
Total a Pagar	**$ 26.400,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Credito Clientes Institucional — Transferencia Crédito Bancario — Cuota 1 F - 050- 4703 Vence el 2024-06-08 — 26.400.00

VALOR EN LETRAS

Veintiseis Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

OC FT114 USS TINTAL AMBILATORIA CALLE 10B 87B 51 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: 044
NOMBRE QUIEN RECIBE: Stella J Ponce
CARGO: Regente
C.C. #: 35506502
FECHA: 14/03/2024 HORA: 10:55 A.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. 18764066711590 **aprobado en** 2024-03-04 **hasta el** 2025-04-03, **vigencia** 1 Meses, **prefijo** FEIB **desde el número** 4660 **al** 5000

CUFE :c5499098448 6ed1b4533bf0d152668a745888b79d4cd7635/9c1036229b2967af975732665ae6ab26a8ea28f5fa20e66

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 dia 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 23 días del mes de febrero de 2024.

Atentamente,

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