SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºSS000000000951

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 11/04/2024 01:32 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** SU57M05 - A T FARMACIA USS 79 CARVAJAL
Nº FACTURA: FESR219 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 10/04/2024 12:00 a. m.

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

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED077	ALBENDAZOL 100mg/5ml (2%) SUSPENSION ORAL/20 ml	MILILITRO	30,00	$ 1.298,00	$ 38.940,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	INVIMA 2022M-010770-R3	Lote:	DCL4315				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						
MED130	AMOXICILINA 500 mg CAPSULA	mg	500,00	$ 264,00	$ 132.000,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2020M-010611-R3	Lote:	3320147				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6159-2023, FACTURA No FESR219

SUBTOTAL:	$ 170.940,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 170.940,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 708,00
RETE FUENTE:	$ 4.274,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 165.958,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

COMPROBANTE ENTRADA

Diana M. Vargas

DIANA MARCELA VARGAS MARTINEZ
1022954048

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

ANMA Medical Group
Lo hacemos con el corazón

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA NO.
FESR 219

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-04-10	14:42:08	
Expedición	2024-04-10	14:42:38	
Vencimiento	2024-07-10		

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	51
Correo	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co	Pedido	3.145

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003000956	33439-2 P02CA03	2022M-010770-R3	ALBENDAZOL 100MG/5ML SUSPENSION FCOX20ML	FCO	30.00	0	1,298.00	38,940.00
DCL4315		DCL4315	F.V : 2026-11-30			30.00			
2	0010003001220	33496-9 J01CA04	2020M-010611-R3	AMOXICILINA 500MG CJX50 CAP	CAP	500.00	0	264.00	132,000.00
3320147		3320147	F.V : 2026-10-30			500.00			

Total Items 2

Total Bruto	170.940,00
Total a Pagar	**$ 170.940,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Credito Clientes Institucional — Transferencia Crédito Bancario Cuota 1 F - 051- 219 Vence el 2024-07-10 — 170.940,00

VALOR EN LETRAS

Ciento Setenta Mil Novecientos Cuarenta Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

OC N SSOC0000000519 USS CARVAJAL KRA 72Q No 35 B-05 SUR 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: 022
NOMBRE QUIEN RECIBE: Diana Vargas
CARGO: Aux Area Salud
C.C. #: 1022954018
FECHA: 11-04-24 HORA: 12:55pm
FIRMA:

Firma Elaborado por : CAMILA FERNANDA

Firma Recibido

FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CORRIENTE 411178130 AV VILLAS / CUENTA CORRIENTE 339050005936 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 biologicos

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 18764059059109 aprobado en 2023-10-31 hasta el 2024-10-25, vigencia 12 Meses prefijo FESR desde el número 1 al 2000

CUFE: f0d16f8d169dd84846cc564dd5a10cb3ba09aeb3d0225ba712de870c355df26333015ec970e2f2797fc252e655b85e

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-6

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 09 día del mes de abril de 2024.

Atentamente,

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

Web/Fax - Asesor empresarial
@contadorvalientes
D| Calle 17 N° 8-70 Of. 704
C| 3186020946
E| contadorrios@gmail.com