SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 12 abril 2024

COMPROBANTE ENTRADA
NºFP000000002476

PROVEEDOR: DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S **NIT:** 900332426 **FECHA:** 12/04/2024 02:46 p. m.

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

DIRECCION: CR 17 N 120 - 71 OF 515 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 3560977 **ALMACEN:** FO03M05 - A T FARMACIA USS FONTIBÓN

Nº FACTURA: 79801 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 11/04/2024 12:00 a. m.

☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**

DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED133	AMPICILINA 1g POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION A SOLUCION INTRAMUSCULAR / INTRAVENOSA.	GRAMO	100,00	$ 1.070,00	$ 107.000,00	0,00	0,00

Registro Sanitario:	2020M-0014327-R1	Lote:	2307005
Clasificacion de riesgo:	NoAplica		

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6598-2023, FACTURA No 79801

SUBTOTAL:	$ 107.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 107.000,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 443,00
RETE FUENTE:	$ 0,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 106.557,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

LUZ ANGELICA GARCIA LEON
52849671

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

SICMA

SICMAFARMA S.A.S

NIT: 900332426-3
Km 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 COTA
Tel :(57- 601) 9171717-(57) 316 8786621
pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co
Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.
Contribuyentes de Ind. y Comercio en Bogota act. Económica 4645 tarifa 4,14x1000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

79801

Fecha Generación: 11-04-2024 08:02:4
Vence: 10-07-2024
Fecha Expedición: 11-04-2024 08:03:0

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900959048-4
REP DE VENTAS: VIDAL GUEVARA RENATO
DIRECCIÓN PRINCIPAL: TV 74 F 40 B 54 SUR
DIRECCIÓN ENTREGA: KRA 99 # 16 I - 41 - USS FONTIBON

ORDEN DE COMPRA: 1234 - CONTRATO 6598-2023
FORMA DE PAGO: 90 DIAS **PLAZO:** 90 días
MEDIO DE PAGO: ACUERDO MUTUO
CIUDAD: BOGOTA D.C. **TELÉFONO:** 4546800
CIUDAD: BOGOTA D.C.

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CUM IUM ó IDDM	CAJA POR	LOTE	VENCE	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	% DES	% IVA	TOTAL SIN IVA
1	602084009	AMPICILINA 1 g, Vial Reg.Invima 2020M-0014327-R1	20054696-2	CJX50	2307005	30-07-2026	100.00	1,070	0	0	107,000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Tonpbox
NOMBRE QUIEN RECIBE: Angelica Cuervo
CARGO: Regente Farmacia
C.C. #: 51841881
FECHA: 12/31/24
HORA: 12:33 pm
FIRMA:

Total N° Items: **1** Total Cantidad: 100 **SUBTOTAL** 107,000.0

Factura Electrónica 18764062938381 del 78001 al 85000 del 29/12/2023 vigencia de 12 meses

"Esta factura de venta constituye un titulo valor que presta merito ejecutivo de conformidad con la Ley 1231/08 y genera intereses por mora de conformidad con el Art. 884 de C.Co" Esta Representación Gráfica cumple con los requisitos exigidos por la Resolución 000042 del 5 de mayo del 2020 de la DIAN, más los anexos técnicos posterior a ella.

IMPUESTOS

Impuesto	Base/Imp	Valor
IVA no gravado	107,000.00	0.00

Valor Descuento	0.0
Total Base Imponible	107,000.00
Valor IVA	0.0
Valor RetelVA	0.00
Valor RetelCA	0.00
Valor ReteFuente	0.00
Total NETO	107,000.00

VALOR :CIENTO SIETE MIL PESOS M/CTE

OBSERVACIONES:

***Bienes exentos - Decreto 417 de 2020

"Realice su pago con transferencia bancaria o cheque cruzado a nombre de SICMAFARMA S.A.S. en:
Bancolombia cuenta corriente 031-58358105 Banco de Occidente cuenta corriente 285-07291-4"

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del código de comercio). Para todos los efectos legales el artículo 774 del código de comercio, el COMPRADOR y ACEPTANTE declara haber recibido real y materialmente las mercancías detalladas en este título valor, obligándose a pagar su valor al vendedor en la forma descrita en esta factura. La cancelación después de la fecha de vencimiento causara intereses de mora conforme al Art.884 del código de comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

FIRMA y SELLO SICMAFARMA S.A.S

SICMA

FIRMA Y SELLO DE RECIBO DE MERCANCIA

Fecha de recibido: Sello

Nombre legible:

C.C.

Firma:

CUFE: 30BFEC92F4472385E0C8898A211300A7EB38CABEFDFAA2CAF09D802C172F6E778AA3AED95FA8DBA25E90911DCC920059

SICMAFARMA S.A.S
NIT: 900332426-3
Km 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 COTA
Tel :(57- 601) 9171717-(57) 316 8786621
pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co
Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.
Contribuyentes de Ind. y Comercio en Bogota act. Económica 4645 tarifa 4,14x1000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

79801

Fecha Generación: 11-04-2024 08:02:4
Vence: 10-07-2024
Fecha Expedición: 11-04-2024 08:03:0

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900959048-4
REP DE VENTAS: VIDAL GUEVARA RENATO
DIRECCIÓN PRINCIPAL: TV 74 F 40 B 54 SUR
DIRECCIÓN ENTREGA: KRA 99 # 16 I - 41 - USS FONTIBON

ORDEN DE COMPRA: 1234 - CONTRATO 6598-2023
FORMA DE PAGO: 90 DIAS **PLAZO:** 90 días
MEDIO DE PAGO: ACUERDO MUTUO
CIUDAD: BOGOTA D.C. **TELÉFONO:** 4546800
CIUDAD: BOGOTA D.C.

POLITICAS DE CAMBIO Y DEVOLUCIÓN

SICMAFARMA S.A.S en el desarrollo de su actividad comercial establece el presente documento, que incluye las políticas que regirán las devoluciones de los medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico e insumos para la salud que comercializamos. Para lo cual se establecen las siguientes políticas y procedimiento a seguir:

1. Nunca envíe la mercancía a nuestras bodegas sin haber realizado el procedimiento indicado en este documento y **haber recibido el número de autorización para su ingreso a Zona Franca.** Sicmafarma no se responsabilizará de la pérdida de la mercancía o gastos incurridos por el cliente, si no se procede con lo establecido en este documento.
2. La mercancía debe haber sido adquirida directamente a SICMAFARMA S.A.S.
3. **No se aceptan** productos en mal estado debido al incorrecto almacenamiento o transporte (polvo, humedad, calor, luz solar, entre otros) con envases, empaques o etiquetas deterioradas, decolorados, manchados, sucios, arrugados, averiados, rotos, viejos, con sellos o marcas realizadas después de haber sido adquiridos o con marcas especiales solicitadas por el cliente, con presentaciones comerciales incompletas, con sellos rotos y con cambios de precios.
4. **No se acepta** la devolución de **medicamentos controlados y/o productos que requieran refrigeración y/o cadena de frio** para su conservación; debido a que SICMAFARMA no puede garantizar el manejo que se le ha dado al producto una vez entregado al cliente.
5. Si se cumplen todas las políticas anteriores, proceda a revisar a continuación la causal que aplica para su devolución y el concepto de aceptación, tenga en cuenta que se deben cumplir con los tiempos de aviso.
   Si no cumple alguno de los conceptos de aceptación, no se aprobará su devolución. Si cumple el concepto, proceda con el numeral seis (6) de este documento:

CAUSAL	CONCEPTO PARA LA ACEPTACIÓN:
5.1. INCONSISTENCIAS DEL DESPACHO: diferencias entre la solicitud, la orden de compra, la factura y/o despacho, entrega fuera de tiempo.	a. Productos controlados y/o cadena de frio, deben informarse al transportador **durante la recepción y devolverse de manera inmediata con este**, ya que realizamos entrega inventariada, en caso contrario No se aceptarán. b. Los demás productos deben ser informados máximo 72 h después de recibido el pedido.
5.2. ERROR DEL CLIENTE: Solicitud errada en cantidad, producto o presentación	Debe ser informada máximo 72 h después de recibido el pedido y debe cumplirse con las políticas 1 al 4. **No se acepta devolución de medicamentos controlados, ni refrigerados.**
5.3. VENCIMIENTO	Solamente se aceptan productos que cuenten con carta de compromiso, siempre y cuando se cumplan los acuerdos pactados en la misma.
5.4. CALIDAD	Procede solamente cuando se determina que la pérdida de la calidad es atribuible al fabricante, y se realiza con la aprobación de la dirección técnica de Sicmafarma.
5.5. FARMACO-TECNO y REACTIVOVIGILANCIA	Procede con el visto bueno de la dirección técnica de Sicmafarma.
5.6. NEGOCIACION	Acuerdo escrito y aprobado por la Gerencia comercial.
5.7. POST-CONSUMO	Productos para destrucción. No procede nota crédito para el cliente.

SICMAFARMA S.A.S
NIT: 900332426-3
Km 1 Via Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 COTA
Tel :(57- 601) 9171717-(57) 316 8786621
pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co
Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.
Contribuyentes de Ind. y Comercio en Bogota act. Económica 4645 tarifa 4,14x1000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
79801
Fecha Generación: 11-04-2024 08:02:4
Vence: 10-07-2024
Fecha Expedición: 11-04-2024 08:03:0

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900959048-4
REP DE VENTAS: VIDAL GUEVARA RENATO
DIRECCIÓN PRINCIPAL: TV 74 F 40 B 54 SUR
DIRECCIÓN ENTREGA: KRA 99 # 16 I - 41 - USS FONTIBON

ORDEN DE COMPRA:1234 - CONTRATO 6598-2023
FORMA DE PAGO: 90 DIAS **PLAZO:** 90 días
MEDIO DE PAGO: ACUERDO MUTUO
CIUDAD: BOGOTA D.C. **TELÉFONO:** 4546800
CIUDAD: BOGOTA D.C.

5.8. AVERIAS O FALTANTES	a. *Productos de cadena de frio, controlados o con precios unitarios superiores a $100.000,00*: Se aceptan solo cuando son informados durante la recepción del pedido en la guía de entrega del transportador (dado que la entrega es inventariada). b. *Los demás productos* se aceptan cuando son notificados dentro de máximo a las 72 horas de recibida la mercancía.
5.9. MUESTRAS TOMADAS POR ENTIDADES OFICIALES	Procede únicamente con el soporte del acta de recogida del producto por parte de la entidad oficial, en donde especifique nombre del producto, lote y cantidad.

Nota: Los ítems 5.8 y 5.9, sea que generen o no devolución, deben cumplir con los tiempos de información, para que procedan con la nota crédito.

6. **Si cumple con alguna de las causales del numeral anterior, proceda así:**

6.1. Si recibe mercancía que no corresponde con su pedido u Orden de compra, informe de inmediato al transportador y déjelo registrado en la guía. Devuelva de inmediato con el transportador en caso de que aplique devolución y envíe copia de la guía a los correos pedidos@sicmafarma.com, ventas@sicmafarma.com y a su representante comercial.

6.2. En cualquier otro caso que cumpla con lo indicado en el ítem 5, diligencie el formato "FR-DT-001 Devolución de productos" y envíelo al correo de su representante comercial y a ventas@sicmafarma.com. No se aceptarán formatos incompletos.

6.3. Sicmafarma revisará su solicitud y emitirá el concepto sobre la devolución; si corresponde le notificará **un número de autorización con las instrucciones del despacho**.
Si la causal es *"error del cliente, posconsumo, o vencimiento soportado con carta de compromiso"*, los cargos y coordinación de despacho deben ser asumidos por el cliente.
Tenga en cuenta que nuestra bodega está ubicada en zona franca, y para el ingreso de cualquier mercancía se debe contar con el número de autorización.

6.4. Una vez recibida la devolución física del producto, Sicmafarma emitirá la respuesta y/o nota final, de acuerdo con el estado de la mercancía, en un término máximo de diez (10) días hábiles.

7. En caso de averías y/o muestras tomadas por entidades oficiales que no generen devolución, Sicmafarma le enviará la nota electrónica correspondiente en un término máximo de cinco (5) días hábiles. Recuerde deben cumplir con los plazos de información indicados en el numeral 5.

8. SICMAFARMA S.A.S no acepta notas por devoluciones que no cumplan nuestras Políticas de Devolución o que no sean tramitadas como indica este documento.

9. SICMAFARMA S.A.S. no asume responsabilidad por préstamos de productos a menos que estos hayan sido autorizados por escrito por la gerencia comercial de SICMAFARMA.

10. SICMAFARMA S.A.S. no asume responsabilidad por acuerdos celebrados con nuestros representantes comerciales, diferentes a las políticas aquí establecidas, a menos que estén autorizadas por escrito por la gerencia comercial o general de Sicmafarma.

EDUARDO ROBAYO OSORIO
CONTADOR PÚBLICO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

El suscrito contador público, en su calidad de Revisor Fiscal de **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**

C E R T I F I C A:

Que DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S, con NIT 900.332.426-3 ha cancelado oportunamente sus obligaciones a las entidades pertenecientes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por concepto de seguridad social en salud, pensiones de jubilación y servicios de A.R.L., y que a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes al mes de abril de 2024

Que DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S, ha cancelado oportunamente los APORTES PARAFISCALES (SENA, I.C.B.F., CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR) y a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes hasta el mes de abril de 2024 y se encuentra al día con todas las obligaciones derivadas de su nómina de empleados.

Que a la fecha se encuentra al día con los pagos mensuales realizados durante los últimos (6) seis meses en las entidades en las cuales se encuentran afiliados sus empleados.

Se expide la presente a los 10 días del mes de abril de 2024.

Atentamente,

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO

Firmado digitalmente por JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Fecha: 2024.04.10 16:45:13 -05'00'

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Revisor Fiscal Mat. 20218

CARRERA 22 N° 166 - 66 TELEFONOS: 8833645 CEL: 311 440 41 71
E-mail: edorobayo@hotmail.com
BOGOTA, D. C. COLOMBIA