SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºFP000000002826

PROVEEDOR: UCIPHARMA S A **NIT:** 830070192 **FECHA:** 28/04/2025 04:25 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: TRV 23# 93-23 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 7560505 **ALMACEN:** FO03M05 - A T FARMACIA USS FONTIBÓN
Nº FACTURA: UFE10727 **% ICA:** 11,0400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 28/04/2025 12:00 a. m.

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

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED1086	MATRIZ HEMOSTATICA DE BOVINO Y/O PORCINA CON TROMBINA DE 2500 UI X 5 A 8 ml	UNIDADES INTERNACIONALES	3,00	$ 1.250.000,00	$ 3.750.000,00	0,00	0,00

Registro Sanitario:	2018DM-0017899	Lote:	HA250108
Clasificacion de riesgo:	NoAplica		

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 5644-2024, FACTURA No UFE10727

SUBTOTAL:	$ 3.750.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 3.750.000,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 41.400,00
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:	$ 3.708.600,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRES MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

LUZ ANGELICA GARCIA LEON
52849671
ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

52849671 LUZ ANGELICA GARCIA LEON

GRUPO Amarey
UCIPHARMA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.

UFE10727

CUFE: 17d5102a3a647c63841a22797c31d0272cc6bf3648ddd6cbfffa7b9f865c3310574af5576517e27ae6ab409c3e8e2ee6

UCIPHARMA S. A.
Nit: 830070192-6
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: ciac.ucipharma@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 4659 Resolucion de Facturación Electronica DIAN 18764090608454 del 2025-03-17 a 2027-03-17 Autorizada del UFE10001 a UFE-30000 Vigencia 24 meses, Responsable de IVA - Autoretenedores de Renta por Res. Dian 01160 del 05 de Dic de 2008 BOGOTA GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN DDI-023769 U100.

Cliente: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**
Nit: **900959048-4** Ciudad: **BOGOTÁ D.C.**
Dirección: **TV 74 F 40 B 54 SUR**

Tel / Cel: **6014546800**
Destinatario: **USS FONTIBON - ALMACEN/CR 99 161 05**

Dirección Destinatario:
USS FONTIBON - ALMACEN/CR 99 161 05

Informativo:
Cod Cliente: **0100001737**
E-mail:
FACTURACIONELECTRONICA@SUBREDSUROCCIDENTE.GOV.CO

Paciente:

Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
2025-04-28 12:40:39-05:00

Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2025-07-27

Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**

Medio de Pago
Consignación bancaria

Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **FPOC0000001454** | No. Caso: **15036** | Documento Entrega: **0080077969** | Documento Interno: **1U00010641**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	1503350	FLOSEAL HEMOSTATICO TROMBINA 5 ML INVIMA2018DM-0017899,,,VIGENTE,	HA250108	2026-07-05	3	1,250,000.00		3,750,000.00

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA:
NOMBRE QUIEN RECIBE:
CARGO:
C.C. #:
FECHA:
HORA:
FIRMA:

Valor en Letras: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: **1**

Subtotal	**3,750,000.00**
Descuento	**0.00**
Base IVA	**0.00**
IVA	**0.00**
Total Operación	**3,750,000.00**
Valor Total:	**3,750,000.00**

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de cambio, según los Art 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008. Con la aceptación, expresa o tácita, del presente documento, autorizo a Novatecnica S.A.S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme por cualquier medio en referencia al presente documento en caso de encontrarme en mora, con la finalidad de mantener una comunicación efectiva y oportuna. Además, autorizó para recibir información por medio de correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp y correspondencia física.

POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN

-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horas siguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Recibido Aceptada: _____

icontec ISO 9001 SC-CER133997

IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

Importante: Para sus pagos en cheques o giro electrónico por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razón Social de su Empresa/Institución.

Proveedor Tecnológico: VSDC S.A.S. - Nit: 811.026.198-4 Fecha Generación: 2025-04-28 12:40:39-05:00

GRUPO Amarey

Bogotá, 08 de abril 2025

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.

El suscrito Revisor Fiscal de **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.** identificada con NIT **800.250.382-2** de acuerdo con la revisión efectuada a los formularios de auto liquidación de aportes y a los pagos correspondientes, de conformidad con normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia.

CERTIFICA QUE:

1. La Compañía ha presentado y efectuado oportunamente el pago de los aportes al Subsistema de la Protección Social, así como de los aportes parafiscales, a la administradora de riegos laborales, a los fondos de pensiones y a las cajas de compensación familiar correspondientes al mes de marzo de 2025 y el aporte a salud correspondiente al período de abril 2025.
2. La compañía ha tenido en cuenta los plazos y condiciones para la autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales respectivamente, establecidos en el Decreto 1990 de 2016, entendiendo los aportes parafiscales correspondientes a: Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA; en cumplimiento y de conformidad con el DUR 780 de 2016.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y a solicitud de la administración de la compañía.

A la fecha de expedición del presente documento no conozco, ni se me ha informado de hechos económicos que cambien o afecten la información certificada.

Cordialmente,

Firma: _____

JANNETH RODRIGUEZ CADENA
REVISOR FISCAL
QSC HIGH PERFORMANCE TEAM SAS
T.P. No.48.166-T