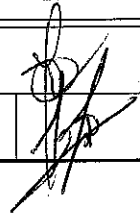


	LISTA DE CHEQUEO A DOCUMENTOS DE FACTURACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO POR LOS PROVEEDORES		CÓDIGO: MI-GS-F-54-02		
			VERSIÓN: 2		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE SERVICIOS MISIONALES		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 08/05/2020		
INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
Número de Contrato u Orden de Servicio	061-2024	Fecha del Contrato	27-09-2024		
Nombre del Contratista	MEDCORE SAS	NIT/No. Identificación	900.660.458-9		
Tipo de Contrato	SUMINISTRO				
Necesidad del Servicio	CONTRATAR INSUMOS PARA EL SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS				
Área	Subgerencia de prestación de Servicios de Salud				
Dirección del contratista	Calle 127 No. 71B-72				
Mes de recepción de la cuenta en cuentas por pagar	FEBRERO 2025				
DATOS DE LA FACTURA					
		SI	NO	NA	OBSERVACIONES
1	Número de Contrato	X			
2	Fecha de la Factura	X			
3	Número de Factura	X			
4	Valor de la Factura	X			
5	Valor de la factura coincide con las actividades realizadas (en los contratos de servicios)	X			
6	Valor de la factura coincidente con el valor de lo que ingresa al almacén (en los contratos de suministros)	X			
7	Código de barras en las facturas electrónicas	X			Código QR
8	Firmadas por el proveedor	X			Factura Electrónica
DOCUMENTOS SOPORTE DE LA FACTURA					
1	Certificación de cumplimiento de contrato y autorización de pago para bienes, servicios y contratos de prestación de servicios.	X			
2	Concepto técnico de ejecución contractual (contratos de servicios)			X	
3	Soporte original de entrada de almacén, firmas legibles	X			
4	Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales (correspondiente al mes de la factura)	X			
5	Soporte de procedimientos realizados en el servicio (contratos de servicios)	X			*REMISION DE ENTRADA *FICHA DE DISPOSITIVOS MEDICOS IMPLANTABLES
Responsable del diligenciamiento de la lista de chequeo (nombre)		MARTHA GIOVANNA QUITIAN CAMACHO		Firma:	
Responsable de la verificación (E) (nombre)	DRA LUZ DARY CAMPOS MORENO	Fecha de la verificación	20-02-2025 28-02-2025	Firma	

Libia C Villamil Rincón
C.C. 23.496.846 de Chiquinquirá

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL Y PARAFISCALES**

PERSONA JURÍDICA

Yo, **LIBIA C VILLAMIL RINCON**, identificado con cédula de ciudadanía No. 23.496846 de Chiquinquirá, y con Tarjeta Profesional No. 46923-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de **MEDCORE S.A.S.**, identificada con NIT. 900.660.468-9, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que, durante los últimos seis meses, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Bogotá, a los (3) días del mes de Febrero de 2025


LIBIA C VILLAMIL RINCON
C.C. 23.496846 de Chiquinquirá

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO		NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI		800660468-9	MEDCORE SAS		CARRERA 70 G No. 127 - 31	3174290579	contabilidad@medcoresas.co		
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO		CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA		C - MIPYME				BOGOTÁ D. C.		BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2025-01	2024-12	E	15/01/2025	83289503
				TOTAL A PAGAR
				\$10.845.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800231440-6	678.500	0		0		0	0	0	0	678.500	7
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	420.100			0		0	0	0	0	420.100	3
EPS010	EPS Surra	800068702-2	412.000	0		0		0	0	0	0	412.000	2
EPS017	Emisense EPS	830003564-7	176.000	0		0		0	0	0	0	176.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Sustentabilidad	Aporte FSP - Sustentabilidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Totales a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING. y Excepción)	80022939-0	3.504.100,00	0	0	330.000	40.000	0	0	3.594.100	3.594.100	6
230301	Protección	800224005-8	640.000	0	0	0	0	0	0	640.000	640.000	2
231001	Colaciones	800277940-6	285.600	0	0	0	0	0	0	285.600	285.600	1
25-14	Colaciones	800338004-7	2.336.000	0	0	0	0	0	0	2.336.000	2.336.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Cotización	Mora	Cotización	Saldo a Favor		Salud		
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	646.800			646.800	0	646.800	0	646.800	6.468	646.800	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar, Cia	860066942-7	1.666.800	0	0	1.666.800	14

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 3

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	90060468-9	MEDCORE SAS	CARRERA 70 G No. 127 - 31	317230579	contabilidad@medcore.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C-MPYME			BOGOTÁ D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					14
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	15/01/2025	83286503	\$10,845,700

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	1,696,600	1,696,600
Pensión	4	6,825,700	6,825,700
Riesgos Laborales	1	646,800	646,800
CCF	1	1,686,600	1,686,600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	10,845,700	10,845,700

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Fecha Actual : jueves, 27 febrero 2025

1/1

COMPROBANTE ENTRADA**N°00000000016309**

PROVEEDOR: MEDCORE SAS NIT: 900660468 FECHA: 27/02/2025 01:38 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CARRERA 70G N° 127-31 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 8052712 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FEMD29473 % ICA: 4,1400 PLAZO: 90 FECHA FAC: 14/02/2025 12:00 a. m.
ALMACEN: SC10 SALAS DE CIRUGIA OSTEOSISNTESIS SIMON BOLIVAR
CENTRO DE COSTOS HSBC11 - QUIRURGICOS ORTOPEDIA

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MDDVEA2	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO CON MONITOREO COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	UNIDAD	1,00	\$ 1.808.464,00	\$ 1.808.464,00	0,00	0,00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 1.808.464,00
SC10 SALAS CIRUGIA SIMON	DESCUENTO:	\$ 0,00
EJECUCION CONTRATO 061-2024	IMPUESTO:	\$ 0,00
FACTURA FEMD29473	FLETES:	\$ 0,00
PACIENTE: DAIRA MILAGROS CORTES RIAÑO	IMP FLETES:	\$ 0,00
PREST-3691	RETE IVA:	\$ 0,00
	RETE ICA:	\$ 7.487,00
	RETE FUENTE:	\$ 45.212,00
	OTRAS RETE:	\$ 0,00
	OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
	IMP DISTRI:	\$ 0,00
TOTAL COMPROBANTE:	AJUSTE RED:	\$ 0,00
UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.	AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
	TOTAL COMPR:	\$ 1.755.765,00

Elaborado Por

Aprobado Por

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 1105784599

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

MEDCORE SAS

NIT 900660468-9

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NI AUTORETENEDORES
IVA Régimen Común - Actividad Económica CIU 4645 Tarifa ICA 4,14 x 1000
Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764078355442 que
habilita desde FEMD 28002 hasta FEMD 40000. Vence 2025-08-29

CLIENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

NIT 900971006 4

DIRECCION CL 66 15 41

TELEFONO 6583030

CIUDAD Bogota D.C.

Nombre del Paciente DAIRA MILAGROS CORTES RIAÑO

Historia Clínica No. 1123566903

Fecha de CX 07/02/2025

Cirujano DR. LEAL

Contrato / OC BYS-061-2024

CONCEPTO

FACTURA DE VENTA

Página 1 de 1

FECHA FACTURA

14 de febrero de 2025

FECHA VENCIMIENTO

15 de mayo de 2025

FORMA DE PAGO

Credito

ASESOR COMERCIAL

LAURA ALEJANDRA ESCOBAR HER

OBSERVACIONES: REMISION DE ENTRADA: 00000000003691 HOSPITAL SIMON BOLIVAR

ITE	REFERENCIA	CANT	UDM	DESCRIPCION	LOTE	VENCE	INVIMA	VR.UND	IVA	VR. TOTAL
1	OVEA2	1	Und.	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO CON MONITOREO COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	0988	17/12/2028	2018DM-0018635	1.808.464	0%	1.808.464

FAVOR GIRAR CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDCORE SAS O TRANSFERENCIA A BANCO DE
OCCIDENTE CTA. CTE. No. 524001724 O BANCOLOMBIA CTA. CTE. No. 16837386775

**SON: UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS
SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

CONDICIONES DE ESTA FACTURA

1-LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UN TITULO VALOR SEGUN LEY 1231
DE JULIO 17 DE 2008. 2-EN CASO DE MORA SE CAUSARA EL INTERES AUTORIZADO POR LA LEY. 3-SE HACE
CONSTAR QUE LA FIRMA DE PERSONA DISTINTA AL COMPRADOR IMPLICA QUE DICHA PERSONA ESTA
AUTORIZADA EXPRESAMENTE POR EL COMPRADOR.

MEDCORE SAS

Nit. 900.660.468-9

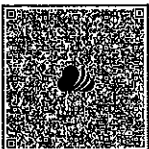
Auxiliar de Facturación

Recibido y Aceptado por el Cliente

[Firma]

Declaro haber recibido real y materialmente las
mercancías descritas en este título valor

DIRECCION: AVENIDA CALLE 127 No. 71B 72 Teléfono 7466469 Bogotá D.C. E-mail:facturaelectronica@medcoresas.co



REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA DE VENTA ELECTRONICA

Fecha y Hora de Generación: 14/02/2025 16:24:06

14/02/2025 16:24:06

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Fecha Actual : jueves, 27 febrero 2025

1/1

COMPROBANTE ENTRADA**N°00000000016310**

PROVEEDOR: MEDCORE SAS NIT: 900660468 FECHA: 27/02/2025 01:43 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CARRERA 70G N° 127-31 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 8052712 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FEMD29474 % ICA: 4,1400 PLAZO: 90 FECHA FAC: 14/02/2025 12:00 a. m.
ALMACEN: SC10 SALAS DE CIRUGIA OSTEOSISNTESIS SIMON BOLIVAR
CENTRO DE COSTOS HSBC11 - QUIRURGICOS ORTOPEDIA

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MDDVEA2	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO CON MONITOREO COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	UNIDAD	1,00	\$ 1.808.464,00	\$ 1.808.464,00	0,00	0,00

DETALLE	SUBTOTAL:	\$ 1.808.464,00
SC10 SALAS CIRUGIA SIMON	DESCUENTO:	\$ 0,00
EJECUCION CONTRATO 061-2024	IMPUESTO:	\$ 0,00
FACTURA FEMD29474	FLETES:	\$ 0,00
PACIENTE: PEDRO DAVID PEREIRA RINCON	IMP FLETES:	\$ 0,00
PREST-3678	RETE IVA:	\$ 0,00
	RETE ICA:	\$ 7.487,00
	RETE FUENTE:	\$ 45.212,00
	OTRAS RETE:	\$ 0,00
	OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
	IMP DISTRI:	\$ 0,00
	AJUSTE RED:	\$ 0,00
	AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
	TOTAL COMPR:	\$ 1.755.765,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Usuario: 1105784599

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

MEDCORE SAS

Nit 900660468-9

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NI AUTORETENEDORES
IVA Régimen Común - Actividad Económica CIU 4645 Tarifa ICA 4,14 x 1000
Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764078355442 que
habilita desde FEMD 28002 hasta FEMD 40000. Vence 2025-08-29

CLIENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

NIT 900971006 4

DIRECCION CL 66 15 41

TELEFONO 6583030

CIUDAD Bogota D.C.

CONCEPTO

FACTURA DE VENTA

Página 1 de 1

Nombre del Paciente PEDRO DAVID PEREIRA RINCON

Historia Clínica No. 1015400911

Fecha de CX 05/02/2025

Cirujano DR. SEGURA

Contrato / OC BYS-061-2024

FECHA FACTURA

14 de febrero de 2025

FECHA VENCIMIENTO

15 de mayo de 2025

FORMA DE PAGO

Credito

ASESOR COMERCIAL

LAURA ALEJANDRA ESCOBAR HER

OBSERVACIONES: REMISION DE ENTRADA: 00000000003678 HOSPITAL SIMON BOLIVAR

ITE	REFERENCIA	CANT	UDM	DESCRIPCION	LOTE	VENCE	INVIMA	VR.UND	IVA	VR. TOTAL
1	DVEA2	1	Und.	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO CON MONITOREO COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	0715	13/06/2028	2018DM-0018635	1.808.464	0%	1.808.464

FAVOR GIRAR CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDCORE SAS O TRANSFERENCIA A BANCO DE OCCIDENTE CTA. CTE. No. 524001724 O BANCOLOMBIA CTA. CTE. No. 16837385775

SON: UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

CONDICIONES DE ESTA FACTURA

1-LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UN TITULO VALOR SEGUN LEY 1231 DE JULIO 17 DE 2008. 2-EN CASO DE MORA SE CAUSARA EL INTERES AUTORIZADO POR LA LEY. 3-SE HACE CONSTAR QUE LA FIRMA DE PERSONA DISTINTA AL COMPRADOR IMPLICA QUE DICHA PERSONA ESTA AUTORIZADA EXPRESAMENTE POR EL COMPRADOR.

SUBTOTAL 1.808.464

DESCUENTO 0

IVA 0

RETEFUENTE 45.212

RETEIVA 0

RETEICA 7.487

TOTAL FACTURA 1.755.765

Firma Responsable
MEDCORE S.A.S
Nit. 900.660.468-9

Recibido y Aceptado por el Cliente

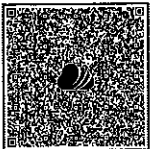
Declaro haber recibido real y materialmente las mercancías descritas en este título valor

Auxiliar de Facturación
DIRECCION: AVENIDA CALLE 127 No. 71B 72

Teléfono 7466469 Bogotá D.C. E-mail:facturaelectronica@medcoresas.co

REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA DE VENTA ELECTRONICA

Fecha y Hora de Generación: 14/02/2025 16:32:18



14/02/2025 16:32:18

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Fecha Actual : jueves, 27 febrero 2025

1/1

COMPROBANTE ENTRADA

N°00000000016312

PROVEEDOR: MEDCORE SAS NIT: 900660468 FECHA: 27/02/2025 01:46 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CARRERA 70G N° 127-31 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 8052712 TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: FEMD29475 % ICA: 4,1400 PLAZO: 90 FECHA FAC: 14/02/2025 12:00 a. m.
ALMACEN: SC10 SALAS DE CIRUGIA OSTEOSINTESIS SIMON BOLIVAR
CENTRO DE COSTOS HSBC11 - QUIRURGICOS ORTOPEDIA

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MDDVEA2	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO CON MONITOREO COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	UNIDAD	1,00	\$ 1.808.464,00	\$ 1.808.464,00	0,00	0,00

DETALLE

SC10 SALAS CIRUGIA SIMON
EJECUCION CONTRATO 061-2024
FACTURA FEMD29475
PACIENTE:MARIA LICENIA VILLA UPEGUI
PREST-3724

SUBTOTAL:	\$ 1.808.464,00
DESCUENTO:	\$ 0,00
IMPUESTO:	\$ 0,00
FLETES:	\$ 0,00
IMP FLETES:	\$ 0,00
RETE IVA:	\$ 0,00
RETE ICA:	\$ 7.487,00
RETE FUENTE:	\$ 45.212,00
OTRAS RETE:	\$ 0,00
OTRAS DEDUC:	\$ 0,00
IMP DISTRI:	\$ 0,00
AJUSTE RED:	\$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	\$ 0,00
TOTAL COMPR:	\$ 1.755.765,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Elaborado Por

Aprobado Por

Nombre reporte : JNRPComprobanteEntrada

Usuario: 1105784599

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

MEDCORE SAS

NIT 900660468-9

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NI AUTORETENEDORES
IVA Régimen Común - Actividad Económica CIU 4645 Tarifa ICA 4,14 x 1000
Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764078355442 que
habilita desde FEMD 28002 hasta FEMD 40000. Vence 2025-08-29

CLIENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE

NIT 900971006 4

DIRECCION CL 66 15 41

TELEFONO 6583030

CIUDAD Bogotá D.C.

CONCEPTO

FACTURA DE VENTA

Página 1 de 1

Nombre del Paciente MARIA LICENIA VILLA UPEGUI

Historia Clínica No. 39525871

Fecha de CX 13/02/2025

Cirujano DR. SEGURA

Contrato / OC BYS-061-2024

FECHA FACTURA

14 de febrero de 2025

FECHA VENCIMIENTO

15 de mayo de 2025

FORMA DE PAGO

Credito

ASESOR COMERCIAL LAURA ALEJANDRA ESCOBAR HER

OBSERVACIONES: REMISION DE ENTRADA: 00000000003724 HOSPITAL SIMON BOLIVAR

ITE	REFERENCIA	CANT	UDM	DESCRIPCION	LOTE	VENCE	INVIMA	VR.UND	IVA	VR. TOTAL
1	DVEA2	1	Und.	KIT SISTEMA DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO ADULTO CON MONITOREO COMPUESTO POR CATETER VENTRICULAR DE 35 CM BURETRA DE 70 Y BOLSA DE DRENAJE 700 ML	0977	11/12/2028	2018DM-0018635	1.808.464	0%	1.808.464

FAVOR GIRAR CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE MEDCORE SAS O TRANSFERENCIA A BANCO DE OCCIDENTE CTA. CTE. No. 524001724 O BANCOLOMBIA CTA. CTE. No. 16837385775

SON: UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

CONDICIONES DE ESTA FACTURA

1-LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UN TITULO VALOR SEGUN LEY 1231 DE JULIO 17 DE 2008. 2-EN CASO DE MORA SE CAUSARA EL INTERES AUTORIZADO POR LA LEY. 3-SE HACE CONSTAR QUE LA FIRMA DE PERSONA DISTINTA AL COMPRADOR IMPLICA QUE DICHA PERSONA ESTA AUTORIZADA PARA PAGAR POR EL COMPRADOR.

SUBTOTAL	1.808.464
DESCUENTO	0
IVA	0
RETEFUENTE	45.212
RETEIVA	0
RETEICA	7.487
TOTAL FACTURA	1.755.765

MEDCORE SAS

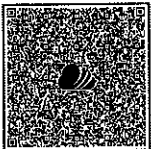
Nit. 900.660.468-9

Auxiliar de Facturación

Recibido y Aceptado por el Cliente

Declaro haber recibido real y materialmente las mercancías descritas en este titulo valor

DIRECCION: AVENIDA CALLE 127 No. 71 B 72 Teléfono 7466469 Bogotá D.C. E-mail:facturaelectronica@medcoresas.co



REPRESENTACION GRAFICA DE LA FACTURA DE VENTA ELECTRONICA

Fecha y Hora de Generación: 14/02/2025 16:36:21

14/02/2025 16:36:21