SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºAK000000019138

PROVEEDOR: UCIPHARMA S A **NIT:** 830070192 **FECHA:** 21/04/2023 10:45 a. m.

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

DIRECCION: TRV 23# 93-23 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 7560505 **ALMACEN:** KE10R14 - GESTION DE ALMACENES OCCIDENTE DE KENNEDY

Nº FACTURA: UCI7700028692 **% ICA:** 11,0400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 20/04/2023 12:00 a. m.

☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**

DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DM2707	KIT TROCAR DE PUNTA DILATADORA DE 12MM (2 CANULAS, 1 OBTURADOR)	KIT	6,00	$ 225.000,00	$ 1.350.000,00	0,00	19,00
DM2310	KIT PARA LAPAROSCOPIA UN TROCAR DE 5MM DOS TROCAR DE 10 12MM CTB73 CTB12	UNIDAD	5,00	$ 405.000,00	$ 2.025.000,00	0,00	19,00

DETALLE

EJECUCION DE CONTRATO No 9009-2022, FACTURA No UCI7700028692

SUBTOTAL:	$ 3.375.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 641.250,00
SUBTOTAL 1	**$ 4.016.250,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 96.188,00
RETE ICA:	$ 37.260,00
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:	$ 3.882.802,00

TOTAL COMPROBANTE:

TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

EARLEY DIAZ HERNANDEZ
1101760040
ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Ucipharma S.A.
NIT: 830070192-6

UCIPHARMA

CLIENTE:	**SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD**	**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.**	**UCI7700028692**
NIT:	900959048-4	**Cod. Cliente:**	3384
Dirección y Ciudad:	TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTÁ D.C.	**E-mail:**	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co
Teléfono / Celular:	5714546800	**Orden Compra:**	CTTO 9009-2022
Destinatario:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	**No Caso CRM:**	307767
Dirección de Destinatario:	TV 74 F 40 B 54 SUR COLOMBIA	**Documento Entrega:**	80363326
Informativo:	Cartera Vencida $8224904.00		
Doctor(a):		**Paciente:**	
Historia:			

Responsable de IVA- Autoretenedores Renta Res.Dian 01160 del 05 de Dic 2008
Gran Contribuyente SHD DDI 023769 de ICA Act Princ 204 (11 ,04 por mil)CIIU 4659.

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18764030451190 del 23 de Junio de 2022 Autorizada del # UCI7700022501 al #UCI7700032500
Vigencia 12 meses de 23 de junio de 2022 al 23 de junio del 2023

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
KITLAPASUBREDSUR	1.- KIT LAPAROSCOPIA2020EBC-0021697			5 - BX	405.000	19.00	2.025.000
CTB03	2.- KII CUCHILLA PROTEGIDA ROSCA Z 5X100MMINVIMA 2018DM-0018755	1457266	2025-06-27	5 - BX	0	0.00	0
CTB75	3.- KITKII CUCHIL PROTEROSCAZ 12X100MMP2INVIMA 2018DM-0018755	1473337	2025-11-30	5 - BX	0	0.00	0
CTF75	4.- KITKII FIOS ROSCAENZ 12X100MMPAQX2INVIMA 2018DM-0018755	1470392	2025-10-16	6 - BX	225.000	19.00	1.350.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Amaco Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Diego Cuello
CARGO: Tec Anest
C.C. #: 79795477
FECHA: 21-04-23 HORA: 9:15am
FIRMA:

VALOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES DIECISEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE.

SUBTOTAL	3.375.000
DESCUENTO	0
IVA 19.00%	641.250
IVA 0.00%	0,00
TOTAL OPERACIÓN	4.016.250
RETEIVA	96.188,00
TOTAL MENOS RETENCIONES	3.920.062,00

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Fecha de Expedición:	2023-04-20	**Fecha de Vencimiento:**	2023-07-19
Condiciones de Pago:	90 días.	**Forma de Pago:**	Crédito
Medios de Pago:	Transferencia Crédito Bancario	**Moneda:**	COP
Documento Interno:	7700026623	**Zona(s):**	U0101
Total Nro Líneas:	4		

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

Observaciones:

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.

UCIPHARMA S.A.
NIT 830.070.192-6
FIRMA AUTORIZADA

icontec ISO 9001 SC-CER133997

K-Net

Nombre de quién Recibe: _____

C.C.: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de recibido Aceptada _____

POLITICAS DE DEVOLUCION:
-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 horassiguientes 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 productopara destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Tipo de Operación: Estándar - 10
Fecha y Hora de generacion: 2023-04-20 17:07:13
CUFE : e1b730343303b26d25b0b9ae05bc067dc2c705da3f368a53827a01b62905d931f6b78e7855e40e797fddd1637409df89
Fecha Validación DIAN: 2023-04-20 17:08:2
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890.321.151-0

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

UCIPHARMA S.A.

Bogotá, 13 de Abril de 2023

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.

El suscrito Revisor Fiscal de **UCIPHARMA S.A.,** identificada con **NIT 830.070.192-6** 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 del mes de marzo de 2023 y el aporte a salud del mes de abril de 2023.

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