SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : jueves, 24 agosto 2023

COMPROBANTE ENTRADA
N°AK000000021270

PROVEEDOR: UCIPHARMA S A **NIT:** 830070192 **FECHA:** 24/08/2023 10:05 p. 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: UCI7700031319 **% ICA:** 11,0400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 24/08/2023 12:00 a. m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD 772 **COMPROMISO** 18488 **OBLIGACIÓN** 46684

DOCUMENTO 8473

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DM1245	MALLA DE POLIPROPILENO DE ALTA DENSIDAD PESO DE 95 GR. MICROPOROSA PORO DE 0.75 X 0.75 A 0.8 MM NO ABSORBIBLE 15 X 15CM	UNIDAD	30,00	$ 100.300,00	$ 3.009.000,00	0,00	0,00

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 8473-2022, FACTURA No UCI7700031319

SUBTOTAL:	$ 3.009.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 3.009.000,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 33.219,00
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:	$ 2.975.781,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

4245010402	CUENTAS POR PAGAR MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOS	Obligacion:	46684	9000,0000

LAURA VALENTINA MARQUEZ RAMIREZ
1020719766

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 1020719766

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

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.**	**UCI7700031319**
NIT:	900959048-4	**Cod. Cliente:**	3384
Dirección y Ciudad:	TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTÁ D.C.	**E-mail:**	facturacionelectronica@subredsurocidente.gov.co
Teléfono / Celular:	5714546800	**Orden Compra:**	CTO 8473-2022
Destinatario:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	**No Caso CRM:**	323624
Dirección de Destinatario:	TV 74 F 40 B 54 SUR COLOMBIA	**Documento Entrega:**	80373066
Informativo:	Cartera Vencida $12947062.00		
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 18764050790229 del 22 de Junio de 2023 autorizada del # UCI7700030016 al #UCI7700032500
Vigencia 12 meses de 22 de junio de 2023 al 22 de junio del 2024

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
112720	1.- MALLA HOJA PLANA 6X6 PULG X15CM X 15CMINVIMA 2021DM-0007350-R1	HUGZ0972	2027-11-28	30 - BX	100.300	0.00	3.009.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: enfg Calcedo
CARGO: aux
C.C. #: 1143960409
FECHA: 24-08-23 HORA: 2:33
FIRMA: Enfg

VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES NUEVE MIL PESOS MCTE.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Fecha de Expedición:	2023-08-24	**Fecha de Vencimiento:**	2023-11-22
Condiciones de Pago:	90 dias.	**Forma de Pago:**	Crédito
Medios de Pago:	Transferencia Crédito Bancario	**Moneda:**	COP
Documento Interno:	7700029244	**Zona(s):**	U0101
Total Nro Líneas:	1		

SUBTOTAL	3.009.000
DESCUENTO	0
IVA 0.00%	0
TOTAL OPERACIÓN	3.009.000
RETEIVA	0,00
TOTAL MENOS RETENCIONES	3.009.000,00

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.S
FIRMA AUTORIZADA
NIT. 830.070.192-6

icontec ISO 9001 SC-CER133997

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.

BOGOTÁ D.C. - Colombia Transversal 23 # 93-23 PBX:PBX: 7447300 Cel:CEL. 3102284658 Email:ciac.ucipharma@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

Tipo de Operación: Estándar - 10
Fecha y Hora de generacion: 2023-08-24 09:13:18
CUFE : 5d4df42d9eb0a6474e7bb757bc4808ea106cabfa2883f2479e4ae4252ec0f81d356c13d5816f3096f50df3001b866553
Fecha Validación DIAN: 2023-08-24 09:13:3
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

Bogotá, 10 de agosto 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 julio de 2023 y el aporte a salud del mes de agosto 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