SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºAK000000022236

PROVEEDOR: UCIPHARMA S A **NIT:** 830070192 **FECHA:** 24/10/2023 04:34 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: UCI7700032767 **% ICA:** 11,0400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 24/10/2023 12:00 a. m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**
DISPONIBILIDAD 772 **COMPROMISO** 18488 **OBLIGACIÓN** 60106
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	50,00	$ 100.300,00	$ 5.015.000,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:		Lote:	HUHQ1773				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DE CONTRATO No 8473-2022, FACTURA No UCI7700032767

SUBTOTAL:	$ 5.015.000,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 5.015.000,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 55.366,00
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:	$ 4.959.634,00

TOTAL COMPROBANTE:

CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

4245010402	CUENTAS POR PAGAR MATERIAL MEDICO-QUIRURGICOS	Obligacion:	60106	15000,0000

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**		
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:**	CTO 8473-2022/5510
Destinatario:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	**No Caso CRM:**	329649
Dirección de Destinatario:	TV 74 F 40 B 54 SUR COLOMBIA	**Documento Entrega:**	80377837
Informativo:	Cartera Vencida $15587187.00		
Doctor(a):		**Paciente:**	
Historia:			

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. **UCI7700032767**

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 18764057766342 del 10 de Octubre de 2023 autorizada del # UCI7700032501 al #UCI7700052500
Vigencia 12 meses de 10 de Octubre de 2023 al 10 de Octubre 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	HUHQ1773	2028-02-28	50 - BX	100.300	0.00	5.015.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Erika Quiroga
CARGO: Aux
C.C. #: 1143960408
FECHA: 24-10-23 HORA: 3715
FIRMA:

VALOR EN LETRAS: CINCO MILLONES QUINCE MIL PESOS MCTE.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.			
Fecha de Expedición:	2023-10-24	**Fecha de Vencimiento:**	2024-01-22
Condiciones de Pago:	90 dias.	**Forma de Pago:**	Crédito
Medios de Pago:	Transferencia Crédito Bancario	**Moneda:**	COP
Documento Interno:	7700030621	**Zona(s):**	U0101
Total Nro Líneas:	1		

SUBTOTAL	**5.015.000**
DESCUENTO	**0**
IVA 0.00%	**0**
TOTAL OPERACIÓN	**5.015.000**
RETEIVA	**0,00**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**5.015.000,00**

IMPORTANTE: Para sus pagos en cheques o giro electrónico por favor incluir en la referencia de la consignación NIT y Razón Social de 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.
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 averfa 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.
Con la aceptación, expresa o tacita, del presente documento, autorizo a Novatecnica S.A.S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme porcualquier medio en referencia al presente documento encaso 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.

Tipo de Operación: Estándar - 10
Fecha y Hora de generacion: 2023-10-24 11:50:02
CUFE : c4aa5078b5bc5b211ef1bf671efc494fa07922b4d88fef51eadeb95e7003cdd7c5c3bdbec0badc525d9c50dc4695f011
Fecha Validación DIAN: 2023-10-24 11:50:1
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, 09 de octubre 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 correspondientes a los últimos seis (6) meses (abril de 2023 a septiembre de 2023) y el aporte a salud correspondiente al período (mayo de 2023 a octubre 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.
3. Los números de planilla pagadas son 1054422577 (abril 2023), 1055116303 (mayo 2023), 1055762321 (junio 2023), 1056455635 (julio 2023), 1057156095 (agosto 2023) , 1057836426 (septiembre 2023)

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