SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
Nº FZ000000000704

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 20/12/2022 12:26 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: **ALMACEN:** FO08M05 - FARMACIA 51 ZONA FRANCA
Nº FACTURA: FEIB2055 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 17/12/2022 12:00 a. m.
☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**
DISPONIBILIDAD 2047 **COMPROMISO** 44424 **OBLIGACIÓN** 73325
DOCUMENTO 7997

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED078	ALBENDAZOL 200 MG TABLETA	TABLETA	600,00	$ 191,00	$ 114.600,00	0,00	0,00
MED294	CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	TABLETA	3.000,00	$ 249,00	$ 747.000,00	0,00	0,00
MED395	CLOTRIMAZOL 100 MG TABLETA VAGINAL	OVULO VAGINAL	96,00	$ 148,00	$ 14.208,00	0,00	0,00
MED775	GENTAMICINA 0.3% SOLUCION GOTAS OFTALMICAS FRASCO GOTERO X 5ML	FRASCO	6,00	$ 2.060,00	$ 12.360,00	0,00	0,00

DETALLE
EJECUCION DEL CONTRATO No 7997-2022, FACTURA No FEIB2055

SUBTOTAL:	$ 888.168,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	$ 888.168,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 3.677,00
RETE FUENTE:	$ 22.204,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 862.287,00

TOTAL COMPROBANTE:
OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

4245010301	MEDICAMENTOS	Obligacion: 73325	888168,0000

JENNY PAOLA FIRAVITOBA CALDERON
1010179714

MEDICAL GROUP ANMA SAS

NIT : 900,923,685 - 0
BGTA. CLL 78 64 C 31
BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
8630960 - 8700789 8603573
contabilidad@mdicalgroup.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica Tarifa 0,00

ANMA Medical Group
Lo hacemos con el corazón

FACTURA ELECTRONICA INST BGTA
FEIB 2055

Fecha y Hora de Factura

Generación	2022-12-17	09:20:42
Expedición	2022-12-17	09:20:56
Vencimiento	2023-03-17	

Cliente	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		
NIT	900,959,048 - 4	**Teléfono**	4546800
Dirección	CALLE 9 39 46	**Vendedor**	MANTILLA LOZANO YUDY
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	50
Correo	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co	**Pedido**	835

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003000021	0 0 0 0 4 7 2 0 3 - 0 3 P02CA03	2010 M-011528 R1	ALBENDAZOL 200MG CJAX50 TAB	TAB	600.00	0	191.00	114,600.00
2201060		2201060	F.V : 2024-07-30			600.00			
2	0010003000099	0 0 0 0 4 4 4 0 5 - 0 4 J01DB01	2021M-006629-R2	CEFALEXINA 500MG CJX300 CAP	CAP	3,000.00	0	249.00	747,000.00
03890722		03890722	F.V : 2025-06-30			3,000.00			
3	0010003000188	0 1 9 9 6 7 2 4 8 - 0 2 G01AF02	2016M-0006437-R1	CLOTRIMAZOL 100MG CJX48 TAB VAG	TAB	96.00	0	148.00	14,208.00
2201036		2201036	F.V : 2024-05-30			96.00			
4	0010003000492	0 1 9 9 2 9 6 8 3 - 0 1 S01AA11	2018M-0001654-R2	GENTAMICINA 0.3 % SOL OFT FCOX6ML	FCO	6.00	0	2,060.00	12,360.00
1421339		1421339	F.V : 2024-08-30			6.00			

Total Items 4

Total Bruto	888,168.00
Total a Pagar	**$ 888.168,00**

CONDICION DE PAGO

Credito — Credito Clientes Institucional — Transferencia Crédito Bancario — Cuota 1 F - 050- 2055 Vence el 2023-03-17 — 888.168,00

VALOR EN LETRAS

Ochocientos Ochenta Y Ocho Mil Ciento Sesenta Y Ocho Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

CTO-7997 ZONA FRANCA

Sur Occ...
NOMBRE BODEGA: Zona franca Bj
NOMBRE QUIEN RECIBE: Jenny Fuentes
CARGO: recepcionista
C.C.N: 1000104914
FECHA: 20 DIC 2022 HORA: 10:30am
FIRMA: Jenny Fuentes

Firma Elaborado por : OSCAR EDUARDO C

Firma Recibido

FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CORRIENTE 411178130 AV VILLAS / CUENTA CORRIENTE 339050005836 BANCO AGRARI

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764026151881 **aprobado en** 2022-03-03 **hasta el** 2023-03-02, **vigencia** 12 Meses, **prefijo** FEIB **desde el número** 1 **al** 5000

CUFE :268f41b45775dbc6ac7a153dbe9b9c8e9fa6c6b130ee6580592623286097403 71b3af1840091d7bb3b57940bede4403b

ORIGINAL

Elaborado, impreso y enviado electronicamente por Siigo S.A.S Nit. 830.048.145-8