SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : miércoles, 18 septiembre 2024

COMPROBANTE ENTRADA
NºFP000000002650

PROVEEDOR: DISFARMA GC SAS **NIT:** 900580962 **FECHA:** 18/09/2024 04:14 p. m.

CIUDAD: GIRON (SANTANDER) **ESTADO:** Confirmado

DIRECCION: KM 7 N 400 - 22 31 BG 89 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 6915767 **ALMACEN:** FO03M05 - A T FARMACIA USS FONTIBÓN

Nº FACTURA: ZD474373 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 12/09/2024 12:00 a. m.

☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**

DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED786	POTASIO GLUCONATO 31% 4,68 G (EQUI 20 MEQ DE K EN 15 ML) /180 ML - ION K	MILILITRO	20,00	$ 8.003,00	$ 160.060,00	0,00	0,00

Registro Sanitario:	2019M-0018903	Lote:	2402024
Clasificacion de riesgo:	NoAplica		

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6900-2023, FACTURA No ZD474373

SUBTOTAL:	$ 160.060,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 160.060,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 663,00
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:	$ 159.397,00

TOTAL COMPROBANTE:

CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

LUZ ANGELICA GARCIA LEON
52849671

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 52849671

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

Disfarma
Distribuciones Farmacéuticas

DISFARMA GC SAS
NIT. 900.580.962-2 REGIMEN COMUN
PARQUE INDUSTRIAL SAN JORGE
KM 7+400 ANILLO VIAL - BODEGA 92
VIA PALENQUE - FLORIDABLANCA (S.S.)
Tel. 691 57 67 - E-mail: pedidos@disfarma.com.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
ZD-474373

AUTORRETENEDOR DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA - RESOLUCIÓN 002569 DEL 23 DE MARZO DE 2023

AUTORRETENEDOR ICA PARA GIRON - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

	DIA	MES	ANO
FECHA FACTURA	12	9	2024
FECHA VENCIMIENTO	11	12	2024

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E S E
NIT: 900959048-4 **CIUDAD:** BOGOTÁ, D.C.
DIRECCION: TV 74 F 40 B 54 SUR
TELEFONO: 4546800-7560505 EXT 100 **CIUD. DESP.:** BOGOTA, D C. (BOGOTÁ)
DESPACHAR A: USS FONTIBON KRA 99 # 16 I - 41

VENDEDOR GERENCIA
CONDICION DE PAGO VENTA A CREDITO

CODIGO	ARTICULO	IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
104243	GLUCONATO DE POTASIO 31.2% FCOX180ML CX1 SOL ORL (ION-K) - ANGLOPHARMA	0	20	8.003.00	160.060.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

NOMBRE BODEGA:
NOMBRE QUIEN RECIBE: Karol Sanchez
CARGO: Aux Farmacia
C.C. #: 1033194325
FECHA: 14-9-24 HORA: 7:40
FIRMA: Karol Sanchez

NO SE ACEPTAN RECLAMOS DESPUES DE 72 HORAS DE RECIBIDA LA MERCANCIA

* La presente FACTURA DE VENTA se asimila en todos sus efectos a la LETRA DE CAMBIO (Art. 774 Numeral 6 del código de comercio).

Favor consignar a nombre de DISFARMA GC SAS en las siguientes Cuentas de Ahorro
BANCO DE BOGOTA No. 157-55108-6 | BANCOLOMBIA No. 020-000380-35 | BANCO BBVA No. 509-00319-0

SUBTOTAL	160.060.00
DESCUENTO	0.00
IVA	0.00
RETENCION	0
RETEIVA	0
TOTAL	**160,060.00**

Observaciones:
COLOCAR EN LA FACTURA CT-6900 DE 2023 OC-1364DIRECCION DE ENTREGA: USS FONTIBON KRA 99 # 16 I - 41

Resolucion de Facturación DIAN No. 18764060751706 (2023/11/28) Rango del ZD- 382320 al ZD- 500000 Vigencia 2023/11/28 - 2025/11/28

Firma Autorizada

Firma y Sello Cliente

DATOS DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Código Unico de Factura Electrónica:	8a4398883242fcd282e00b744f1d1ca649cbd1c8a8ba73da6b0be577d96106c12031ebed76b10cda0444fed42e86f91e
Numero Documento:	ZD-474373
Valor Documento:	160,060.00
Facturador:	DISFARMA GC SAS
Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E S E

Distarma

ANEXO DE DOCUMENTO No. ZD-474373

LABORATORIO	ARTICULO Y PRESENTACION	LOTE	F.VENCIM	IVA	CANTIDAD	PRECIO NETO	VALOR TOTAL
ANGLOPHARMA	GLUCONATO DE POTASIO 31.2% FCOX180ML CX1 SOL ORL (ION-K) CUM: 20151815-1 :ATC: A12BA05 :INVIMA: 2019M-0018903	2402024	2026-04-30	0	20	8,003.00	160,060

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

NOMBRE BODEGA:
NOMBRE QUIEN RECIBE:
CARGO:
C.C. #:
FECHA: 14/09/24
HORA: 7:40 a
FIRMA:

Girón, 01 de SEPTIEMBRE 2024

Señores,

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD RED SUR OCCIDENTE E.S.E

BOGOTÁ D.C

REFERENCIA: CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo **JOSE E. GOMEZ CASTELLANOS,** identificado con cedula de ciudadania N. 13.920.613 de Málaga, en calidad de REPRESENTANTE LEGAL de la empresa DISFARMA G.C. S.A.S con Nit 900.580.962-2, debidamente registrada en la cámara de comercio, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la empresa ha cumplido durante los (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por el contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de salud EPS, fondo de pensiones, administradoras de riesgos profesionales ARP, caja de compensación familiar, instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicio de aprendizaje SENA.

JOSE EUGENIO GOMEZ CASTELLANOS
NIT 900.580.962-2

ROCIO MEDINA PEREZ
TP109438T-CONTADOR

ACELA & GARCIA ASESORES Y CONSULTORES S.A.S
TR 201
EDGAR ACELA DIAZ
C.P DELEGADO
REVISOR FISCAL PRINCIPAL
T.P 37805-T