SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºSD000000001911

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 18/12/2023 02:59 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** SU41M05 - A T FARMACIA USS 17 TRINIDAD GALÁN
Nº FACTURA: FEI6229A **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 15/12/2023 12:00 a. m.

☑ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**
DISPONIBILIDAD 2930 **COMPROMISO** 66481 **OBLIGACIÓN** 73650
DOCUMENTO 6262

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED019	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE /90 ML	MILILITRO	100,00	$ 3.377,00	$ 337.700,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2021M-002857-R5	Lote:	86783				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						
MED020	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	mg	15.000,00	$ 48,00	$ 720.000,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2021M-006528-R4	Lote:	D01212A				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6262-2023,FACTURA No FEI 6229

SUBTOTAL:	$ 1.057.700,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 1.057.700,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 4.379,00
RETE FUENTE:	$ 26.443,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 1.026.878,00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

4245010301	MEDICAMENTOS	Obligacion:	73650	1057700,0000

COMPROBANTE ENTRADA

MERCEDES FIAGA JIMENEZ
1022941117

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

ANMA Medical Group
Lo hacemos con el corazón

MEDICAL GROUP ANMA SAS

NIT : 900,923,685 - 0
CALLE 8 No 26 27 LAS BRISAS
NEIVA-HUILA - COLOMBIA
8630960 - 8700789 8603573
facturacion.electronica@mdicalgroup.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica Tarifa 0,00

FACTURA ELECTRONICA INST. NEIVA
FEI 6229

Fecha y Hora de Factura

Generación	2023-12-15	14:30:21
Expedición	2023-12-15	14:31:14
Vencimiento	2024-03-15	

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**	1
Correo	facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co		

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003001718	20036840-04 N02BE01	2020M-0013124-R1	ACETAMINOFEN 150MG/5ML FCOX90ML	FCO	100.00	0	3,377.00	337,700.00
86783		86783	F.V : 2026-08-30			100.00			
2	0010003000004	00005356 0-05 N02BE01	2021M-006528-R4	ACETAMINOFEN 500MG CJX100 TAB	TAB	15,000.00	0	48.00	720,000.00
D01212A		D01212A	F.V : 2026-05-30			15,000.00			

Total Items 2

Total Bruto	1,057,700.00
Total a Pagar	**$ 1.057.700,00**

CONDICION DE PAGO

Credito | Credito Clientes Institucional | Transferencia Crédito Bancario | Cuota 1 F - 005- 6229 Vence el 2024-03-15 | 1.057.700,00

VALOR EN LETRAS

Un Millon Cincuenta Y Siete Mil Setecientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

OC # SDOC0000000937 USS TRINIDAD GALAN KRA 60 # 4-15

ORDEN DE COMPRA

Prefijo CONTRATO Numero 6262 DE 2023

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

Firma Elaborado por : CAMILA FERNANDA

Firma Recibido

FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CORRIENTE 411178130 AV VILLAS / CUENTA CORRIENTE 339050005836 BANCO AGRARIO - *SOMOS AUTORRETENEDORES DE ICA - NEIVA* NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES: Una vez haya transcurrido tres(3) días hábiles contados desde la entrega al cliente del producto, el empaque se enuentre en mal estado por mala manipulacion y/o almacenamiento del cliente, producto de cadena de frio o biolog

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.** 18764042378852 **aprobado en** 2023-01-03 **hasta el** 2024-01-02, **vigencia** 12 Meses, **prefijo** FEI **desde el número** 5001 **al** 7000

CUFE :9b8027a4f9cb84d55ca2874a2607c2e2c044b4e93e4be9742fe7e12c954ddaf4213e3de2ed0a22e1b2ccedf1b87398b5

ORIGINAL

CERTIFICACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

El suscrito **WALTER HERNAN RIOS RODRIGUEZ** *identificado con cedula de ciudadanía 7.721.451 expedida en Neiva y portador de la tarjeta profesional 160988-T, obrando en calidad de Revisor Fiscal, de la sociedad* **MEDICAL GROUP ANMA S.A.S,** con **NIT 900.923.685 – 0;** *bajo la gravedad de juramento manifiesto que la empresa ha cumplido hasta la fecha con todos los pagos al sistema de seguridad social en pensión, riesgos profesionales y caja de compensación familiar correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a la fecha al día con las empresas promotoras de salud (EPS),los fondos de pensiones, las administradoras de riesgos laborales (ARL) y las cajas de compensación familiar; con respecto al instituto colombiano de bienestar Familiar y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA: la empresa se encuentra exonerada de la obligación de pago de los aportes al SENA, ICBF y EPS, por los empleados que devenguen menor de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Según lo dispuesto en el Art. 65 de la Ley 1819 de 2016 que incluye el Art. 114-1 ET.*

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia se firma en Neiva, al primer 01 día del mes de noviembre de 2023.

Atentamente,

WALTER HERNAN RIOS RODRIGUEZ
C.C. No. 7.721.451 de Neiva T.P. No. 160.988 T

@contadorwalterrios
Walterrios - Asesor Empresarial - T R I B U T A R I A
D | Calle 12 N° 6-13 OF 304
C | 318 602 9461
E | cpwalterrios@gmail.com