# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : viernes, 16 febrero 2024



## COMPROBANTE ENTRADA
## NºFP000000002372

**PROVEEDOR:** MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 16/02/2024 06:39 p. m.

**CIUDAD:** BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado

**DIRECCION:** CL 67 N 8 - 12 OF 402 **MONEDA:** Pesos

**TELEFONO:** 8700789 **ALMACEN:** FO03M05 - A T FARMACIA USS FONTIBÓN

**Nº FACTURA:** FEIB4575 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 14/02/2024 12:00 a. m.

☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

**DISPONIBILIDAD** **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**

**DOCUMENTO**

| CODIGO | NOMBRE | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %DTO | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MED020 | ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA | mg | 10.000,00 | $ 48,00 | $ 480.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| Registro Sanitario: | 2021M-006528-R4 | Lote: | D01419A | | | | |
| Clasificacion de riesgo: | NoAplica | | | | | | |

**DETALLE**

EJECUCION DEL CONTRATO No 6262-2023, FACTURA No FEIB4575

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $ 480.000,00 |
| **DESCUENTO:** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO:** | $ 0,00 |
| **SUBTOTAL 1** | **$ 480.000,00** |
| **FLETES:** | $ 0,00 |
| **IMP FLETES:** | $ 0,00 |
| **RETE IVA:** | $ 0,00 |
| **RETE ICA:** | $ 1.987,00 |
| **RETE FUENTE:** | $ 12.000,00 |
| **OTRAS RETE:** | $ 0,00 |
| **OTRAS DEDUC:** | $ 0,00 |
| **IMP DISTRI:** | $ 0,00 |
| **AJUSTE RED:** | $ 0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $ 0,00 |
| **TOTAL COMPR:** | $ 466.013,00 |

**TOTAL COMPROBANTE:**

CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRECE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**Afectacion Presupuestal**

Obligacion:

LUZ ANGELICA GARCIA LEON
52849671

ELABORADO POR: REVISADO POR: APROBADO POR:

ANMA Medical Group
*Lo hacemos con el corazón*

## MEDICAL GROUP ANMA SAS

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

**FACTURA ELECTRONICA INST.**
**BGTA**
**FEIB 4575**

**Fecha y Hora de Factura**

**Generación** 2024-02-14 10:44:15
**Expedición** 2024-02-14 10:44:30
**Vencimiento** 2024-05-14

**Cliente** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

**NIT** 900,959,048 - 4
**Dirección** CALLE 9 39 46
**Ciudad** BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA
**Correo** facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co

**Teléfono** 4546800
**Vendedor** MANTILLA LOZANO YUDY
**Centro Costo** 50
2.898

| Item | Código | CUM - ATC | Invima | Producto | Unidad | Cantidad | IVA | Valor Unitario | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0010003000004 | 0 0 0 0 5 3 5 6 0 - 0 5 N02BE01 | 2021M-006528-R4 | ACETAMINOFEN 500MG CJX100 TAB | TAB | 10,000.00 | 0 | 48.00 | 480,000.00 |
| D01419A | | D01419A | F.V : 2026-05-30 | | | 10,000.00 | | | |

**Total Items** 1

**Total Bruto** 480,000.00
**Total a Pagar** **$ 480.000,00**

**CONDICION DE PAGO**

Credito | Credito Clientes Institucional | Transferencia Crédito Bancario | Cuota 1 F - 050- 4575 Vence el 2024-05-14 | 480.000,00

**VALOR EN LETRAS**

Cuatrocientos Ochenta Mil Pesos M/Cte

**OBSERVACIONES**

OC No FPOC0000001161 USS FONTIBON KRA 99 No 16 I - 41 CONTRATO 6262 DE 2023

**ORDEN DE COMPRA**

Prefijo CONTRATO Numero 6262 DE 2023

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE RADICA: Exp 600 Angelica Garcia
NOMBRE QUIEN RECIBE:
CARGO: Regente Farmac
C.C. N°: 52913671
FECHA: 16/2/24 900a
FIRMA:

Firma Elaborado por : CAMILA FERNANDA

Firma Recibido

**FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CORRIENTE** 411178130 AV VILLAS / CUENTA CORRIENTE 339050005836 BANCO AGRARIO - **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 biológicos.**

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.** 18764045468921 **aprobado en** 2023-03-04 **hasta el** 2024-03-03, **vigencia** 12 Meses, **prefijo** FEIB **desde el número** 2542 **al** 5000

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

## *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 01 día del mes de febrero de 2024.*

*Atentamente,*

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

Walter Rios - Asesor Empresarial, T.P. 160988-T
@contadorwalterios
Dir Calle 12 N° 8-33 Of. 704
Cel 318 602 9461
e-mail: cowalterrios@gmail.com