

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : miércoles, 16 agosto 2023

1/1

COMPROBANTE ENTRADA N°BF000000002938

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS NIT: 900923685 FECHA: 16/08/2023 09:22 a. m.
CIUDAD: BOGOTÁ (Bogotá, D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 8700789 ALMACEN: B035M05 - FARMACIA BOSA
N° FACTURA: FEIB3529A % ICA: 4,1400 PLAZO: 90 FECHA FAC: 05/08/2023 12:00 a. m.

☒ OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:

DISPONIBILIDAD 1281 COMPROMISO 34395 OBLIGACIÓN 45644
DOCUMENTO 5800

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED018	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE /60 ML	MILILITRO	150,00	\$ 1.655,00	\$ 248.250,00	0,00	0,00

DETALLE SUBTOTAL: \$ 248.250,00

EJECUCION DEL CONTRATO No 5800-2023, FACTURA No FEIB3529A

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 0,00

SUBTOTAL 1 \$ 248.250,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 0,00

RETE ICA: \$ 1.028,00

RETE FUENTE: \$ 6.206,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 241.016,00

TOTAL COMPROBANTE:

DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL DIECISEIS PESOS CON CERO CTVS
M/Cte.

4245010301 MEDICAMENTOS Afectacion Presupuestal Obligacion: 45644 248250,0000

HUGO LEON RAMIREZ
4107013

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

Nombre reporte: INRPComprobanteEntrada

Imprime: Usuario: 4107013

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : miércoles, 16 agosto 2023

1/1

DEVOLUCION COMPRA NºBF000000000158

CLIENTE: MEDICAL GROUP ANMA SAS

NIT: 900923685

FECHA: 16/08/2023 09:27 a. m.

CIUDAD: BOGOTA

ESTADO: Confirmado

DIRECCION: CL 67 N 8 - 12 OF 402

TELEFONO: 8700789

Nº FACTURA: FEIB3529

% ICA: 4,1400

PLAZO: 90

FECHA FAC: 05/08/2023 12:00 a. m.

COMPROBANTE DE ENTRADA: BF0000000002919

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED018	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE /60 ML	MILILITRO	150,00	\$ 1.655,00	\$ 248.250,00	0,00	0,00

DETALLE

SE REALIZA DEVOLUCION DEL COMPROBANTE DE ENTRADA POR NO APLICACION DE AFECTACION PRESUPUESTAL

SUBTOTAL: \$ 248.250,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 0,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 0,00

RETE ICA: \$ 1.028,00

RETE FUENTE: \$ 6.206,00

AJUSTE REDONDEO \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL: \$ 241.016,00

TOTAL DEVOLUCION:

DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL DIECISEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Usuario que Confirma

HUGO LEON RAMIREZ

CC. 4107013

Nombre reporte : INRPDevolucionCompra

Imprime

Usuario: 4107013

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



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



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@subredsuoccidente.gov.co	Pedido	11.679

FACTURA ELECTRONICA INST.
BGTA
FEIB 3529
Fecha y Hora de Factura
Generación 2023-08-05 11:29:26
Expedición 2023-08-05 11:29:36
Vencimiento 2023-11-05

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003000018	019929516-05 N02BE01	2023M-0001556-R3	ACETAMINOFEN 150MG/5ML FCOX60ML	FCO	150.00	0	1,655.00	248,250.00
23A390	23A390	F.V : 2025-04-30		150.00					

Total Items 1

Total Bruto	248,250.00
Total a Pagar	\$ 248.250,00

CONDICION DE PAGO

Credito Credito Clientes Transferecia Crédito Bancario Cuota 1 F - 050- 3529 Vence el 2023-11-05 248.250,00
Institucional

VALOR EN LETRAS

Doscientos Cuarenta Y Ocho Mil Doscientos Cincuenta Pesos M/Cte

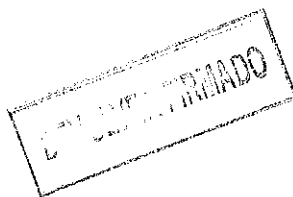
OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA
NºBFOC000001507
USS BOSA CENTRO
CTO 5800-2023

ORDEN DE COMPRA

Prefijo CTO Numero 5800-2023

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	
NOMBRE BODEGA:	Uro Bosa
NOMBRE QUIEN RECIBE:	Ingrid Arancibia
CARGO:	Auxiliar Farmacia
C.C.B:	1036908137
FECHA:	11-8-23
HORA:	1:00pm
FIRMA:	Ingrid



Firma Elaborado por : MARIA ANGELICA

RECIBIDO

Fecha: _____ Hora: _____
Nombre: _____
Cargo: _____

El presente alguna inconsistencia en la entrega de las mercancías descritas en el presente documento, salvo reportar por escrito dentro de los tres (03) días hábiles siguientes a la entrega y hora del recibido, el cliente el cual, por ende, quedará en su poder, en caso contrario, se entenderá recibido a SATISFACCION EN SU TOTALIDAD.

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 encuentre en mal estado por mala manipulación y/o almacenamiento del cliente, producto de cadena de frío 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

CUFE :5cfe790b85e236c42073ab5c1fc26245878e4cedb6904a1a56a8e6bb0fab7f0d6e4644626674c2415956d1774633d193

ORIGINAL

Página : 1 de 1

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Silgo S.A.S Nit: 830.048.145-9

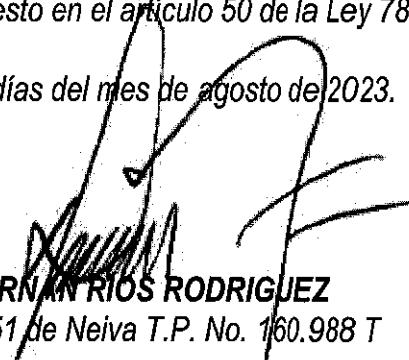
CERTIFICACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

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 días del mes de agosto de 2023.

Atentamente,


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

