SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROBANTE ENTRADA
NºBU000000000033

PROVEEDOR: DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S **NIT:** 900332426 **FECHA:** 25/01/2024 10:44 a. m.
CIUDAD: BOGOTA (Bogotá, D.C.) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CR 17 N 120 - 71 OF 515 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 3560977 **ALMACEN:** BO37M05-P4 - A T FARMACIA URGENCIAS, HOSPITALIZACION USS HOSPITAL BOSA
Nº FACTURA: 78330 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 22/01/2024 12:00 a. m.
☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**
DISPONIBILIDAD **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**
DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
MED070	ADRENALINA 1MG/ ML SOLUCION INYECTABLE	mg	200,00	$ 688,00	$ 137.600,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2023M-0012719-R2	Lote:	23.08.5230				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						
MED1276	OXACILINA 1 G POLVO PARA INYECCION	GRAMO	300,00	$ 1.349,00	$ 404.700,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2023M-0015911-R1	Lote:	2305025				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DEL CONTRATO No 6587-2023, FACTURA No 78330

SUBTOTAL:	$ 542.300,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 542.300,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 2.245,00
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:	$ 540.055,00

TOTAL COMPROBANTE:

QUINIENTOS CUARENTA MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

COMPROBANTE ENTRADA

HUGO LEON RAMIREZ
4107013

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

SICMAFARMA S.A.S
NIT: 900332426-3
n 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 BOGOTA D.C.
Tel :(57- 601) 9171717-(57) 316 8786621
pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co
Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.
Contribuyentes de Ind. y Comercio en Bogota act. Económica 4645 tarifa 4,14x1000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

78330

Fecha Generación: 22-01-2024 11:25:4

Vence: **21-04-2024**

Fecha Expedición:

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900959048-4
REP DE VENTAS: CABRERA SIERRA RICARDO
DIRECCIÓN PRINCIPAL: TV 74 F 40 B 54 SUR
DIRECCIÓN ENTREGA: CALLE 73 SUR # 100A- 53 - HOSPITAL BOSA

ORDEN DE COMPRA: BUOC0000000006 - CONTRATO 6587-2023
FORMA DE PAGO: 90 DIAS **PLAZO:** 90 días
MEDIO DE PAGO: ACUERDO MUTUO
CIUDAD: BOGOTA D.C. **TELÉFONO:** 4546800
CIUDAD: BOGOTA D.C.

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CUM IUM ó IDDM	CAJA POR	LOTE	VENCE	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	% DES	% IVA	TOTAL SIN IVA
1	501040010	EPINEFRINA (ADRENALINA) 1mg/1mL Ampolla Reg.Invima 2023M-0012719-R2 2018M-0012719-R1	20032463-3	CJX100	23.08.5230	30-08-2025	200.00	688	0	0	137,600
2	602084013	OXACILINA 1g, Vial Reg.Invima 2023M-0015911-R1	20080533-2	CJX50	2305025	30-05-2026	300.00	1,349	0	0	404,700

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: DSE. Katherine Sanchez
NOMBRE QUIEN RECIBE:
CARGO: Aux Farmacia
C.C.: 1.013322628
FECHA: 23-01-24 2:14 PM.
Esteban Acosta

Total N° Items: **2** Total Cantidad: 500 **SUBTOTAL** 542,300.0

Factura Electrónica 18764062938381 del 78001 al 85000 del 29/12/2023 vigencia de 12 meses

"Esta factura de venta constituye un titulo valor que presta merito ejecutivo de conformidad con la Ley 1231/08 y genera intereses por mora de conformidad con el Art. 884 de C.Co" Esta Representación Gráfica cumple con los requisitos exigidos por la Resolución 000042 del 5 de mayo del 2020 de la DIAN, más los anexos técnicos posterior a ella.

IMPUESTOS

Impuesto	Base/Imp	Valor
IVA no gravado	542,300.00	0.00

Valor Descuento	0.0
Total Base Imponible	542,300.00
Valor IVA	0.0
Valor RetelVA	0.00
Valor RetelCA	0.00
Valor ReteFuente	0.00
Total NETO	542,300.00

VALOR :QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

OBSERVACIONES:

***Bienes exentos - Decreto 417 de 2020

"Realice su pago con transferencia bancaria o cheque cruzado a nombre de SICMAFARMA S.A.S. en:
Bancolombia cuenta corriente 031-58358105 Banco de Occidente cuenta corriente 285-07291-4"

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del código de comercio). Para todos los efectos legales el artículo 774 del código de comercio, el COMPRADOR y ACEPTANTE declara haber recibido real y materialmente las mercancías detalladas en este título valor, obligándose a pagar su valor al vendedor en la forma descrita en esta factura. La cancelación después de la fecha de vencimiento causará intereses de mora conforme al Art.884 del código de comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

FIRMA y SELLO SICMAFARMA S.A.S

FIRMA Y SELLO DE RECIBO DE MERCANCIA

Fecha de recibido: Sello

Nombre legible:

C.C.

Firma:

CUFE: E059B1D493D3D2F63EACC483CA3364800C803E352C337C009F792EBCB9ED85A905160FE1C65B407623E6A554FB7C222D

SICMAFARMA S.A.S
NIT: 900332426-3
n 1 Vía Siberia Funza ZF Intexzona Bodega 55 BOGOTA D.C.
Tel :(57- 601) 9171717-(57) 316 8786621
pedidos@sicmafarma.com - www.sicmafarma.co
Responsable de IVA. Autoretenedor de Renta Res. 08856 septiembre 2015.
Contribuyentes de Ind. y Comercio en Bogota act. Económica 4645 tarifa 4,14x1000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

78330

Fecha Generación: 22-01-2024 11:25:4
Vence: **21-04-2024**
Fecha Expedición:

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900959048-4
REP DE VENTAS: CABRERA SIERRA RICARDO
DIRECCIÓN PRINCIPAL: TV 74 F 40 B 54 SUR
DIRECCIÓN ENTREGA: CALLE 73 SUR # 100A- 53 - HOSPITAL BOSA

ORDEN DE COMPRA: BUOC0000000006 - CONTRATO 6587-2023
FORMA DE PAGO: 90 DIAS **PLAZO:** 90 días
MEDIO DE PAGO: ACUERDO MUTUO
CIUDAD: BOGOTA D.C. **TELÉFONO:** 4546800
CIUDAD: BOGOTA D.C.

POLITICAS DE CAMBIO Y DEVOLUCIÓN

Se aceptan devoluciones con efecto contable sobre la factura o con el objeto de cambio, por:

1. Productos con daños en el envase o empaque, ocasionados durante el proceso de entrega, siempre y cuando el cliente reporte en la guía del transportador al recibir los productos de cadena de frío o controlados, o como máximo cuando reporte por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción en el caso de los demás productos.
2. Productos con pérdida de la calidad atribuible al proceso de fabricación.
3. Error en el pedido debido a SICMAFARMA: entrega fuera de tiempo, diferencia entre la orden de compra y la factura y/o el despacho, entrega incorrecta, mercancía no solicitada.
4. Error en el pedido debido al Cliente: solicitud errada de producto en cantidad, concentración o nombre. En este caso el cliente debe informar dentro de máximo los cinco (5) días siguientes a la recepción y asumir el valor de los fletes de la devolución. Este concepto NO aplica para productos de cadena frio o controlados.
5. Inconvenientes de farmacovigilancia, solo cuando la investigación de los reportes haya terminado y concluido que el medicamento presenta problemas de calidad o eficacia.

Para aceptar alguna de las causales anteriores:
1. Los productos deben haber sido adquiridos directamente a SICMAFARMA.
2. Antes de proceder a la devolución, el cliente debe "obtener la aprobación previa" de Sicmafarma, la cual se hace de acuerdo a los parámetros enunciados arriba.
3. Para obtener la aprobación previa, envíe a calidad@sicmafarma.com el formato de devoluciones indicando: productos, lotes, cantidades, causas de la devolución, facturas relacionadas y declaración del responsable de calidad del cliente garantizando que los productos se han almacenado en condiciones adecuadas.
4. Los productos deben tener: a) la presentación comercial con las unidades completas b) sin mezcla de lotes c) en empaque y envase original en perfecto estado (excepto unidades rotas o empaques deteriorados durante el despacho y d) empaques y envases sin sellos rotos, marcas y/o etiquetas que no correspondan al producto.
5. Absténgase de realizar Notas a las facturas o Devoluciones sin tener la autorización previa y escrita de Sicmafarma. Sicmafarma NO se responsabiliza de mercancías devueltas que NO hayan cumplido el procedimiento anterior.

No se aceptan devoluciones con efecto contable, ni cambios en los siguientes casos:
1. Productos que no cumplan con alguna de las cinco causales de aceptación.
2. Medicamentos controlados y/o de cadena de frío, que al momento de la recepción y no se reporten daños en envase o empaque, averías, roturas y/o faltantes.
3. Otros productos con faltantes, averías en envase y/o empaque, si pasadas 72 horas desde la recepción de la mercancía no se han reportado al correo de calidad@sicmafarma.com.
4. Devoluciones realizadas sin la autorización previa y escrita del área de "Calidad de Sicmafarma".
5. Unidades NO soportadas debidamente en el formato GC-FR-01 "Devolución de productos" o en una carta en papel oficial del cliente.
6. Productos que se devuelvan por baja rotación o con inadecuada rotación de inventarios
7. Productos "Vitales no disponibles", que son de baja rotación y solicitud específica.
8. Productos que no hayan cumplido con las especificaciones de almacenamiento recomendadas por el fabricante.
9. Productos vencidos o con menos de 6 meses para su vencimiento, salvo que cuenten con carta de compromiso de Sicmafarma.
10. Presentaciones comerciales incompletas.
11. Productos para destruir.
12. En caso de que se acepte la devolución por alguno de los puntos anteriores, la mercancía se liquidará como máximo al 50% del precio de venta de acuerdo a la fecha en que fue adquirida.

CUFE: E059B1D493D3D2F63EACC483CA3364800C803E352C337C009F792EBCB9ED85A905160FE1C65B407623E6A554FB7C222D

EDUARDO ROBAYO OSORIO
CONTADOR PÚBLICO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

El suscrito contador público, en su calidad de Revisor Fiscal de **DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S.**

C E R T I F I C A:

Que DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S, con NIT 900.332.426-3 ha cancelado oportunamente sus obligaciones a las entidades pertenecientes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por concepto de seguridad social en salud, pensiones de jubilación y servicios de A.R.L., y que a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes al mes de enero de 2024

Que DISTRIBUIDORA SICMAFARMA S.A.S, ha cancelado oportunamente los APORTES PARAFISCALES (SENA, I.C.B.F., CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR) y a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes hasta el mes de enero de 2024 y se encuentra al día con todas las obligaciones derivadas de su nómina de empleados.

Que a la fecha se encuentra al día con los pagos mensuales realizados durante los últimos (6) seis meses en las entidades en las cuales se encuentran afiliados sus empleados.

Se expide la presente a los 11 días del mes de enero de 2024.

Atentamente,

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO

Firmado digitalmente por JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Fecha: 2024.01.11 16:34:58 -05'00'

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Revisor Fiscal Mat. 20218

CARRERA 22 N° 166 - 66 TELEFONOS: 8833645 CEL: 311 440 41 71
E-mail: **edorobayo@hotmail.com**
BOGOTA, D. C. COLOMBIA