SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : jueves, 12 febrero 2026

COMPROBANTE ENTRADA
NºAK000000032974

PROVEEDOR: UCIPHARMA S A **NIT:** 830070192 **FECHA:** 12/02/2026 11:51 a. m.

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

DIRECCION: TRV 23# 93-23 **MONEDA:** Pesos

TELEFONO: 7560505 **ALMACEN:** KE10R14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS OCCIDENTE DE KENNEDY

Nº FACTURA: UFE15570 **% ICA:** 11.0400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 11/02/2026 12:00 a. m.

☐ **OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:**

DISPONIBILIDAD **COMPROMISO** **OBLIGACIÓN**

DOCUMENTO

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DM2714	MALLA ANATOMICA PREFORMADA PARA HERNIORAFIA LAPAROSCOPICA TALLA M, L IZQUIERDA	UNIDAD	5.00	$351,920.00	$1,759,600.00	0.00	0.00

Registro Sanitario:		Lote:	HUJY0470
Clasificacion de riesgo:	NoAplica		

DETALLE

CONTRATO N°5452-2024

SUBTOTAL:	$1,759,600.00
DESCUENTO:	$0.00
IMPUESTO:	$0.00
SUBTOTAL 1	**$1,759,600.00**
FLETES:	$0.00
IMP FLETES:	$0.00
RETE IVA:	$0.00
RETE ICA:	$19,426.00
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:	$1,740,174.00

TOTAL COMPROBANTE:

UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

LEIDY FERNANDEZ

FERNANDEZ HERNANDEZ LEIDY ALEXANDRA
1031173964

1031173964 FERNANDEZ HERNANDEZ LEID

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 1031173964

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

GRUPO Amarey
UCIPHARMA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.
UFE15570

CUFE: 31aca6de8cd8a8b895db8686774db4e70fb509a8a86a9f45f61fa8ea7049d204245f327821d36923b3feefda9c9c3f39

UCIPHARMA S. A.
Nit: 830070192-6
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: ciac.ucipharma@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 4659 Resolucion de Facturación Electronica DIAN 18764090608454 del 2025-03-17 a 2027-03-17 Autorizada del UFE10001 a UFE-30000 Vigencia 24 meses, Responsable de IVA - Autoretenedores de Renta por Res. Dian 01160 del 05 de Dic de 2008 BOGOTA GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN DDI-029334

Cliente: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**
Nit: **900959048-4** Ciudad: **BOGOTÁ D.C.**
Dirección: **TV 74 F 40 B 54 SUR**
Tel / Cel: **6014546800**
Destinatario: **TV 74 F 40 B 54 SUR**
Dirección Destinatario: **TV 74 F 40 B 54 SUR**

Informativo:
Cod Cliente: **0100001737**
E-mail: **FACTURACIONELECTRONICA@SUBREDSUROCCIDENTE.GOV.CO**
Paciente:
Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
2026-02-11 16:30:20-05:00
Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2026-05-12
Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**
Medio de Pago: **Consignación bancaria**
Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **11760** | No. Caso: **37005** | Documento Entrega: **0080124697** | Documento Interno: **1U00015457**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	115311	3DMAX MESH LARGE LEFT 4X6 10.8X16.0CM INVIMA 2021DM-0007570-R1, , , VIGENTE, ,	HUJY0470	2029-10-28	5	351,920.00		1,759,600.00

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: SUBRED 900
NOMBRE QUIEN RECIBE: ALFREDO CHAPARRO
CARGO: AUX ADV.
C.C. #:
FECHA: 12-02-2026 HORA: 11:45
FIRMA:

GRUPO Amarey UCIPHARMA

Valor en Letras: UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: 1

Subtotal	1,759,600.00
Descuento	0.00
Base IVA	0.00
IVA	0.00
Total Operación	1,759,600.00
Valor Total:	1,759,600.00

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art. 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de cambio, según los Art 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008. Con la aceptación, expresa o tácita, del presente documento, autorizo a Novatecnica S.A.S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme por cualquier medio en referencia al presente documento en caso de encontrarme en mora, con la finalidad de mantener una comunicación efectiva y oportuna. Además, autorizó para recibir información por medio de correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp y correspondencia física.

POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN

-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horas siguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

UCIPHARMA S.A.
Nit. 830.070.192-6
Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe
C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Firma de Recibido Aceptada: _____

icontec ISO 9001 SC-CER133997
IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

Importante: Para sus pagos en cheques o giro electrónico por favor incluir en la referencia de la consignación número de NIT y Razón Social de su Empresa/Institución.

GRUPO Amarey

Bogotá, 09 de enero 2026

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.

El suscrito Revisor Fiscal de **AMAREY NOVA MEDICAL S.A.** identificada con **NIT 800.250.382-2** de acuerdo con la revisión efectuada a los formularios de auto liquidación de aportes y a los pagos correspondientes, de conformidad con normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia.

CERTIFICA QUE:

1. La Compañía ha presentado y efectuado oportunamente el pago de los aportes al Subsistema de la Protección Social, así como de los aportes parafiscales, a la administradora de riegos laborales, a los fondos de pensiones y a las cajas de compensación familiar correspondientes al mes de diciembre de 2025 y el aporte a salud correspondiente al período de enero 2026.

2. La compañía ha tenido en cuenta los plazos y condiciones para la autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales respectivamente, establecidos en el Decreto 1990 de 2016, entendiendo los aportes parafiscales correspondientes a: Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA; en cumplimiento y de conformidad con el DUR 780 de 2016.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá, en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y a solicitud de la administración de la compañía.

A la fecha de expedición del presente documento no conozco, ni se me ha informado de hechos económicos que cambien o afecten la información certificada.

Cordialmente,

Firma: _____

JANNETH RODRIGUEZ CADENA
REVISOR FISCAL
QSC HIGH PERFORMANCE TEAM SAS
T.P. No.48.166-T