

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : lunes, 04 mayo 2026

1/2

## COMPROBANTE ENTRADA N°AK000000033572

PROVEEDOR: UCIPHARMA S A

NIT: 830070192

FECHA: 04/05/2026 03:13 p. m.

CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. (Bogotá, D.C.)

ESTADO: Confirmado

DIRECCION: TRV 23# 93-23

MONEDA: Pesos

TELEFONO: 7560505

ALMACEN: KE10R14 - ADM GESTION DE ALMACENES USS  
OCCIDENTE DE KENNEDY

N° FACTURA: UFE16837

% ICA: 11,0400

PLAZO: 90

FECHA FAC: 02/05/2026 12:00 a. m.

☐ OBLIGACIÓN PRESUPUESTAL:

DISPONIBILIDAD

COMPROMISO

OBLIGACIÓN

DOCUMENTO

| CODIGO                   | NOMBRE                                                                                | PRESENTACION      | CANTIDAD | VALOR/U       | SUBTOTAL        | %DTO | %IVA |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|---------------|-----------------|------|------|
| DM2203                   | MALLA ANATOMICA PREFORMADA PARA<br>HERNIOGRAFIA LAPAROSCOPICA TALLA M, L<br>DERECHA   | UNIDAD            | 10,00    | \$ 351.920,00 | \$ 3.519.200,00 | 0,00 | 0,00 |
| Registro Sanitario:      |                                                                                       | 2021DM-0000323-R2 |          | Lote:         | HUKT0857        |      |      |
| Clasificacion de riesgo: |                                                                                       | NoAplica          |          |               |                 |      |      |
| DM2714                   | MALLA ANATOMICA PREFORMADA PARA<br>HERNIOGRAFIA LAPAROSCOPICA TALLA M, L<br>IZQUIERDA | UNIDAD            | 5,00     | \$ 351.920,00 | \$ 1.759.600,00 | 0,00 | 0,00 |
| Registro Sanitario:      |                                                                                       |                   |          | Lote:         | HUKX0332        |      |      |
| Clasificacion de riesgo: |                                                                                       | NoAplica          |          |               |                 |      |      |

### DETALLE

CONTRATO 5452-2024

SUBTOTAL: \$ 5.278.800,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 0,00

SUBTOTAL 1 \$ 5.278.800,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 0,00

RETE ICA: \$ 58.278,00

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: \$ 5.220.522,00

TOTAL COMPROBANTE:

CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS  
CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

79989920 JAIME ALEXANDER LADINO MO

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Imprime: Usuario: 79989920

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

**COMPROBANTE ENTRADA**

*Alexander Ladino*  
**TÉCNICO ADMINISTRATIVO**  
**C.C. 79.989.920**

JAIME ALEXANDER LADINO MORA  
79989920

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

79989920 JAIME ALEXANDER LADINO MO

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada

Imprime: Usuario: 79989920

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



GRUPO  
**Amarey**  
UCIPHARMA



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA  
No.

UFE16837

CUFE: 390c91c0f1ede704e466e52d9ec94f54d2bb297df84a050e24a2648c6d6aa6eb439af05049d8fea1b04acf36d4316d77

UCIPHARMA S. A.

Nit: 830070192-6

601 7447300

Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.

Email: ciac.uci@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 4659 Resolución de Facturación Electrónica DIAN 18764090608454 del 2025-03-17 a 2027-03-17 Autorizada del UFE10001 a UFE-30000 Vigencia 24 meses, Responsable de IVA - Autoreteneedores de Renta por Res. Dian 01160 del 05 de Dic de 2008 BOGOTÁ 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: **HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY/TV 74 F 40 B 54 SUR**

Dirección Destinatario:  
**HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY/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

2026-05-02 07:41:27-05:00

Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD

2026-07-31

Forma de Pago Condiciones de Pago

**CRÉDITO** 90 días.

Medio de Pago

**Consignación bancaria**

Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra:

AKOC0000012157

No. Caso:

43083

Documento Entrega:

0080135766

Documento Interno: 1U00016714

| Item | Referencia | Descripción                                                                   | Lote / Serie | Fecha Vencimiento | Cant. | Valor Unitario | % IVA | Valor Total  |
|------|------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|-------|----------------|-------|--------------|
| 1    | 115321     | 3DMAX MESH LARGE RIGHT 4X 6 10.8X16.0<br>INVIMA 2021DM-0007570-R1,, VIGENTE,, | HUKT0857     | 2030-05-28        | 10    | 351,920.00     |       | 3,519,200.00 |
| 2    | 115311     | 3DMAX MESH LARGE LEFT 4X6 10.8X16.0CM<br>INVIMA 2021DM-0007570-R1,, VIGENTE,, | HUKX0332     | 2030-09-28        | 5     | 351,920.00     |       | 1,759,600.00 |

Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

NOMBRE: **KENNEDY**

NOMBRE COMPLETO: **Alexander Iadino**

CARGO: **TÉCNICO ADMINISTRATIVO**

C.C. #: **C.C. 79.989.920**

FECHA: **04/05/26** HORA: **12:16**

FIRMA:

Valor en Letras: CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: 2

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| Subtotal        | 5,278,800.00 |
| Descuento       | 0.00         |
| Base IVA        | 0.00         |
| IVA             | 0.00         |
| Total Operación | 5,278,800.00 |
| Valor Total:    | 5,278,800.00 |

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, autorizo 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 dentro de 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.



Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: Fecha: Hora:

Firma de Recibido Aceptada:



**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.

Bogotá, 09 de marzo 2026

### **CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL.**

El suscrito Revisor Fiscal de **UCIPHARMA SA**, identificada con **NIT 830.070.192-6** 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:**

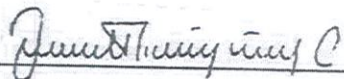
1. La Compañía ha presentado y efectuado oportunamente el pago de los aportes al Subsistema de la Protección Social, así como de los aportes parafiscales, a la administradora de riesgos laborales, a los fondos de pensiones y a las cajas de compensación familiar correspondientes a los últimos seis (6) meses (septiembre de 2025 a febrero de 2026) y el aporte a salud correspondiente al período (octubre de 2025 a marzo de 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**