SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : martes, 18 junio 2024

COMPROBANTE ENTRADA
NºVJ000000000151

PROVEEDOR: MEDICAL GROUP ANMA SAS **NIT:** 900923685 **FECHA:** 18/06/2024 02:59 p. m.

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

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

TELEFONO: 8700789 **ALMACEN:** PA35M05 - A T FARMACIA USS VILLA JAVIER

Nº FACTURA: FEIB5106 **% ICA:** 4,1400 **PLAZO:** 90 **FECHA FAC:** 17/06/2024 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	6.300,00	$ 48,00	$ 302.400,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2020M-0013210-R1	Lote:	2312000780				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						
MED020	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA	mg	8.100,00	$ 48,00	$ 388.800,00	0,00	0,00
Registro Sanitario:	2020M-0013210-R1	Lote:	2312000781				
Clasificacion de riesgo:	NoAplica						

DETALLE

EJECUCION DE CONTRATO No 6262-2023, FACTURA No FEIB5106

SUBTOTAL:	$ 691.200,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 0,00
SUBTOTAL 1	**$ 691.200,00**
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 0,00
RETE ICA:	$ 2.862,00
RETE FUENTE:	$ 17.280,00
OTRAS RETE:	$ 0,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 671.058,00

TOTAL COMPROBANTE:

SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL CINCUENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Afectacion Presupuestal

Obligacion:

ELMER GIOVVANNY RINCON NAVARRO
79663502
ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROBADO POR:

Nombre reporte : INRPComprobanteEntrada Imprime: Usuario: 79663502

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

FACTURA ELECTRONICA INST. BGTA
FEIB 5106

Fecha y Hora de Factura
Generación 2024-06-17 17:17:34
Expedición 2024-06-17 17:17:47
Vencimiento 2024-09-17

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@subredsuroccidente.gov.co	Pedido	3.412

Item	Código	CUM - ATC	Invima	Producto	Unidad	Cantidad	IVA	Valor Unitario	Valor Total
1	0010003001791	2 0 0 4 1 8 2 2 - 1 0 N02BE01	2020M-0013210-R1	ACETAMINOFEN 500MG CJX900 TAB	TAB	14,400.00	0	48.00	691,200.00
2312000780		2312000780	F.V : 2025-12-30			6,300.00			
2312000781		2312000781	F.V : 2025-12-30			8,100.00			

Total Items 1

Total Bruto	691,200.00
Total a Pagar	**$ 691.200,00**

CONDICION DE PAGO

Credito — Credito Clientes Institucional — Transferencia Crédito Bancario — Cuota 1 F - 050- 5106 Vence el 2024-09-17 — 691.200,00

VALOR EN LETRAS

Seiscientos Noventa Y Un Mil Doscientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA N VJOC0000000113 CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER CRA 86 # 74-80 sur
CONTRATO 6262-2023

ORDEN DE COMPRA

Prefijo CONTRATO Numero 6262 DE 2023

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: 043
NOMBRE QUIEN RECIBE: Giovany Rincon
CARGO: REGENTE
C.C. #: 79663502
FECHA: 18-06-24 HORA: 12:57
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) dias 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. 18764071116246 aprobado en 2024-05-22 hasta el 2026-05-12, vigencia 24 Meses, prefijo FEIB desde el número 5001 al 10000

CUFE :d7bf00773b7d0c2a3cbc279d4b73b20ec182eae8570c19abebead4c4f3a323461f7b94cfade1136c9c39001caa2114cd

ORIGINAL

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 ciudadania 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 04 día del mes de junio de 2024.

Atentamente,

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

Cra 8 N° 8-15 Of 304
Cel 3136027961
walterriosr@hotmail.com
WalterRios - Asesor Empresarial - T @contadorwalterios