Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	29/06/2017	
		Código:	15-02-FO-0014	

CERTIFICACION: X	INFORME PARCIAL:	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. 4308-2018	FECHA DEL INFORME :	01/02/2019

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

							Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	AMAREY NOVA MEDICAL SA	NIT O C.C	800250382-2	Valor Inicial:	$101.547.944		28/05/2018	27/08/2018
Representante Legal:	JOSE RAUL DURAN ECHANDIA	Cedula Representante	19.425.741	Adición 1:	$101.547.944	Prórroga 1:	28/08/2018	27/11/2018
Objeto del Contrato u orden:	Contratar el suministro de Medicamentos Intrahospitalarios, líquidos, alimentos nutricionales y medicamentos ambulatorios necesarios para la prestación de los servicios de los servicios a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE			Adición 2:	$200.000.000	Prórroga 2:	28/11/2018	27/01/2019
Duración Inicial	3 (TRES) MESES			Adición 3:	$170.000.000	Prórroga 3:		
Disponibilidades Números	567 DEL 27 DE FEBRERO DE 2018	Registros Presupuestales	23534 DEL 23 DE MAYO DE 2018	Adición 4:		Prórroga 4:		
				Adición 5:		Prórroga 5:		
				Adición 6:		Prórroga 6:		
				Adición 7:		Prórroga 7:		
				Adición 8:		Prórroga 8:		
				Adición 9:		Prórroga 9:		
Rubro presupuestal		CODIGO		Adición 10:		Prórroga 10:		
	Medicamentos	321020101		Valor Total:	$573.095.888	Fecha Terminación actual:		27/01/2019

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME/CERTIF.	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO	CENTRO DE COSTO	CUMPLIO		ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
	Suministro de Medicamentos hospitalarios, líquidos, alimentos nutricionales y medicamentos ambulatorios necesarios para la prestación de los servicios de los servicios a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE		SI: X	NO	Oportunidad de entrega	SI: X N/A NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A NO:			

Observaciones: el proveedor debe enviar copia de las facturas (via correo electronico) oportunamente con copia de recibido de la unidad donde se despacho el pedido para garantizar el pago

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA o CUENTA DE COBRO	FECHA DE FACTURA O CUENTA COBRO	PERIODO FACTURADO	FECHA RADICACION	VALOR FACTURA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	236874	01-06-2018	JUNIO		$ 2.088.400,00	2.088.400	571.007.488	0%	
2	236919	01-06-2018	JUNIO		$ 3.967.000,00	6.055.400	567.040.488	1%	
3	238284	22-06-2018	JUNIO		$ 28.430.000,00	34.485.400	538.610.488	6%	
4	238718	03-07-2018	JULIO		$ 17.768.750,00	52.254.150	520.841.738	9%	
5	238720	03-07-2018	JULIO		$ 17.768.750,00	70.022.900	503.072.988	12%	
6	238721	03-07-2018	JULIO		$ 3.553.750,00	73.576.650	499.519.238	13%	
7	238881	04-07-2018	JULIO		$ 21.322.500,00	94.899.150	478.196.738	17%	
8	239446	16-07-2018	JULIO		$ 10.219.200,00	105.118.350	467.977.538	18%	
9	239502	16-07-2018	JULIO		$ 17.768.750,00	122.887.100	450.208.788	21%	
10	239525	16-07-2018	JULIO		$ 2.088.400,00	124.975.500	448.120.388	22%	
11	239654	16-07-2018	JULIO		$ 25.372.500,00	150.348.000	422.747.888	26%	
12	239918	18-07-2018	JULIO		$ 3.884.000,00	154.232.000	418.863.888	27%	
13	239922	18-07-2018	JULIO		$ 10.410.000,00	164.642.000	408.453.888	29%	
14	240080	23-07-2018	JULIO		$ 5.826.000,00	170.468.000	402.627.888	30%	
15	240822	02-08-2018	AGOSTO		$ 19.353.250,00	189.821.250	383.274.638	33%	
16	241523	14-08-2018	AGOSTO		$ 5.210.000,00	195.031.250	378.064.638	34%	
17	242285	24-08-2018	AGOSTO		$ 17.768.750,00	212.800.000	360.295.888	37%	
18	242286	24-08-2018	AGOSTO		$ 14.215.000,00	227.015.000	346.080.888	40%	
19	242825	04/09/2018	SEPTIEMBRE		$ 2.088.400,00	229.103.400	343.992.488	40%	
20	242827	04/09/2018	SEPTIEMBRE		$ 3.132.600,00	232.236.000	340.859.888	41%	
21	243229	07/09/2018	SEPTIEMBRE		$ 7.107.500,00	239.343.500	333.752.388	42%	
22	243230	07/09/2018	SEPTIEMBRE		$ 28.430.000,00	267.773.500	305.322.388	47%	
23	243612	13/09/2018	SEPTIEMBRE		$ 10.410.000,00	278.183.500	294.912.388	49%	
24	244700	01/10/2018	OCTUBRE		$ 28.430.000,00	306.613.500	266.482.388	54%	
25	244967	03/10/2018	OCTUBRE		$ 3.132.600,00	309.746.100	263.349.788	54%	
26	245102	05/10/2018	OCTUBRE		$ 7.810.000,00	317.556.100	255.539.788	55%	
27	246944	01/11/2018	NOVIEMBRE		$ 3.132.600,00	320.688.700	252.407.188	56%	
28	247033	01/11/2018	NOVIEMBRE		$ 3.126.000,00	323.814.700	249.281.188	57%	
29	247040	01/11/2018	NOVIEMBRE		$ 12.531.000,00	336.345.700	236.750.188	59%	
30	247905	16/11/2018	NOVIEMBRE		$ 21.322.500,00	357.668.200	215.427.688	62%	
31	248010	19/11/2018	NOVIEMBRE		$ 7.107.500,00	364.775.700	208.320.188	64%	
32	8800000772	04/12/2018	DICIEMBRE		$ 24.652.500,00	389.428.200	183.667.688	68%	
33	8800001297	10/12/2018	DICIEMBRE		$ 6.557.000,00	395.985.200	177.110.688	69%	

34	8800001372	11/12/2018	DICIEMBRE		$ 13.113.000,00	409.098.200	163.997.688	71%		
35	8800001794	14/12/2018	DICIEMBRE		$ 4.164.000,00	413.262.200	159.833.688	72%		
36	8800002635	03/01/2019	ENERO		$ 33.819.500,00	447.081.700	126.014.188	78%		
37	8800003397	16/01/2019	ENERO		$ 21.322.500,00	468.404.200	104.691.688	82%		
38	8800003940	23/01/2019	ENERO		$ 13.320.000,00	481.724.200	91.371.688	84%		
TOTAL					$ 481.724.200,00	481.724.200	91.371.688	84%	-	

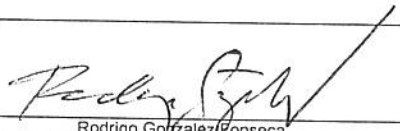
COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NUMEROS
Valor ejecutado	CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS 00/100 PESOS	$ 481.724.200
Saldo por ejecutar	NOVENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO 00/100 PESOS	$ 91.371.688
VALOR TOTAL CERTIFICADO		$ 68.462.000,00

No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
8800002635, 8800003397, 8800003940.	FACTURAS ENERO 2019
VALOR A PAGAR	$ 68.462.000,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Durante la ejecución del contrato no se ha presentado ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato
ANEXOS: COPIA FACTURAS	

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	Rodrigo Gonzalez Ponseca
C.C. No.	19.470.154
CARGO/PERFIL	Profesional Universitario Area de la Salud
AREA DE UBICACIÓN	Dirección de Servicios Complementarios / Servicio Farmacéutico

FACTURA DE VENTA No.	AMY8800003940

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011379095 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del AMY8800000001 al AMY8800015000
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 a 20 de Mayo de 2020

Fecha de Expedición: 2019-01-23 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-04-23
Documento Interno: 8800003942 **Remisión :**
Zona (s): A0105

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
Bogotá - Colombia
atencion.cliente@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

AMAREY
NOVA MEDICAL S.A.

NIT:8002503822

IVA Régimen Común - GranContribuyente Resol 000076 del 01 de Dic de 2006
Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resol.DDI-010761 Act. Princ.201 (4 ,14 por mil)CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT: 9009590484
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Orden Compra: CTO 4308-18
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

Cod. Cliente: 3384
Telefono / Celular: 5714546800
E-mail: ventas@grupoamarey.com
Dirección Destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Informativo: Cartera Vencida $0.00
No Caso CRM: 129825
Documento Entrega: 80242114

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
623150072	ALBUMINA HUMANA 20 % X 50ML SOL INF IVINVIMA 2016M-14354-R2 CODIGO ATC: B05AA01 CODIGO CUM: 019907095 01	B235188	2021-07-31	120	111.000	0	13.320.000

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: TRECE MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE.

Descuentos pronto pago:

SUBTOTAL	13.320.000
IVA	0
TOTAL A PAGAR	13.320.000

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 losArt 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Almacen Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Daniel Perilla
CARGO: Tec Admon
C.C.: 1013606134
FECHA: 23-01-19 HORA: 16:00

AMAREY NOVA MEDICAL S.A
NIT 800.250.382 - 2
FIRMA AUTORIZADA

Nombre de quién Recibe: _____
C.C. _____ Hora: _____ Firma de recibido

ISO 9001 icontec SC4586-1

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañía acepta cambios y devolución de los productos que les suministramos, siempre y cuando se cumplan las siguientes Politicas y condiciones: 1. Se recibirán devoluciones de producto hasta 30 diascalendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo), el Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY. NOVA MEDICALS.A. 2. El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante deventas por medio escrito o E-mail en donde se señale la cantidad de producto a devolver, referencia, No. de Lote, o serial, fecha de vencimiento. No. de factura, precio al cual fue facturado y causa de devolución o cambio. 3. El cliente nopodrá hacer descuentos por devoluciones vía nota crédito o descuentos directos a facturas, sin que EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL haya aprobado la devolución. 4. No se aceptan devoluciones de productos controlados bajo ninguna circunstancia. 5.No se aceptan devoluciones de productos de nuestro proveedor Roche. 6. EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL Aceptará en devolución productos que lleguen al cliente averiados durante el transporte, siempre y cuando sean reportados durante lossiguientes 2 días hábiles a la entrega de los mismos en la institución. 7. Los productos deben mantenerse en las condiciones de almacenamiento estipuladas en el empaque o envase, unidad de venta, de lo contrario no se aceptará ningunadevolución. 8. La Institución y/o distribuidor o Caja de Compensación es la responsable de mantener los productos en buen estado. 9. El producto debe ser previamente inspeccionado por nuestro Representante de Ventas o el responsable deltercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envío a nuestra compañía. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberádescribir dentro de las observaciones las condiciones físicas en las cuales recibe el producto. 10. Si el producto presenta las siguientes condiciones no será recibido: Sello roto, envase y/o empaque en mal estado, etiquetas destruidas y/odeterioradas por el mal almacenamiento, fuego, humo, agua, manchas, adhesivos o sellos ajenos al producto original y otros factores que escapen de nuestro control. 11. Una vez recibido el producto en la compañía, será inspeccionado porDirección Técnica, quien dará su visto de aceptación o rechazo. En caso de rechazo el producto se devolverá al cliente o se procederá a su destrucción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : 0e77d3496461c181c6ea08bc75181862d384d8c2

AMAREY
NOVA MEDICAL S.A.

Bogotá D.C. 16 de enero de 2019

Señores
SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD
Departamento de Compras
Ciudad

Por medio de la presente nos comprometemos a cambiar el producto relacionado en Factura No. 8800003397 si este no es consumido antes de la fecha de su vencimiento:

PRODUCTO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
INTRATECT X 50 MGML	B791968	31/12/2019

Sin otro particular y agradeciendo su colaboración.

Adriana Benito
Jefe Centro Integral de Atención al Cliente/CIAC
Grupo Amarey Nova Medical

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA:
NOMBRE QUIEN RECIBE: John E. Lopez V.
CARGO: Regente De Farmacia
C.C. #: Cc. 79.740.729 Bta
FECHA: 16/01/19
HORA:
FIRMA:

NIT. 800.250.382-2
Tel: 57 + 1 + 7447300 Opción 3
Trans 23 No. 93-23
Bogotá D.C. - Colombia
Atención.cliente@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

GRUPO AMAREY
NOVA MEDICAL

FACTURA DE VENTA No. AMY8800003397

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011379095 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del AMY8800000001 al AMY8800015000
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 a 20 de Mayo de 2020

Fecha de Expedición: 2019-01-16 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-04-16
Documento Interno: 8800003398 **Remisión :**
Zona (s): A0105

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
Bogotá - Colombia
atencion.cliente@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

AMAREY
NOVA MEDICAL S.A.

NIT:8002503822

IVA Régimen Común - GranContribuyente Resol 000076 del 01 de Dic de 2006
Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resol.DDI-010761 Act. Princ.201 (4 ,14 por mil)CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT:	9009590484	**Cod. Cliente:**	3384
Dirección y Ciudad:	TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.	**Telefono / Celular:**	5714546800
Orden Compra:	CTTO4308	**E-mail:**	ventas@grupoamarey.com
Destinatario:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	**Dirección Destinatario:**	TV 74 F 40 B 54 SUR
		Informativo:	Cartera Vencida $0.00
		No Caso CRM:	128982
		Documento Entrega:	80241540

REFERENCIA	DESCRIPCION	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
624050072	INTRATECT 50 MGML SOLUCION INYECTABLE IVINVIMA 2007M-0007015-Codigo ATC:J06BA02-Codigo Cum GMDN :019972381 01	B791968	2019-12-31	60	355.375	0	21.322.500

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: HOSP KENNEDY
NOMBRE QUIEN RECIBE: John A. Lopez V.
CARGO: Regente De Farmacia
C.C. #: Cc. 79.740.729 Bta
FECHA: 16/01/19 HORA: 2:35 PM
FIRMA:

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: VEINTIUN MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.

Descuentos pronto pago:

SUBTOTAL	21.322.500
IVA	0
TOTAL A PAGAR	21.322.500

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 losArt 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008.

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT 800.250.382 - 2
FIRMA AUTORIZADA

Nombre de quién Recibe:

C.C.: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____ **Firma de recibido**

ISO 9001 Icontec SC4586-1

IQNet

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañía acepta cambios y devolución de los productos que les suministramos, siempre y cuando se cumplan las siguientes Políticas y condiciones: 1. Se recibirán devoluciones de producto hasta 30 diascalendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo), el Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY. NOVA MEDICALS.A. 2. El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante deventas por medio escrito o E-mail en donde se señale la cantidad de producto a devolver, referencia, No. de Lote, o serial, fecha de vencimiento, No. de factura, precio al cual fue facturado y causa de devolución o cambio. 3. El cliente nopodrá hacer descuentos por devoluciones vía nota crédito o descuentos directos a facturas, sin que EL GRUPO AMAREY NOVA ICAL haya aprobado la devolución. 4. No se aceptan devoluciones de productos controlados bajo ninguna circunstancia. 5.No se aceptan devoluciones de productos de nuestro proveedor Roche. 6. EL GRUPO .REY NOVA MEDICAL. Aceptará en devolución productos que lleguen al cliente averiados durante el transporte, siempre y cuando sean reportados durante lossiguientes 2 días hábiles a la entrega de los mismos en la institución. 7. Los productos deben mantenerse en las condiciones de almacenamiento estipuladas en el empaque o envase, unidad de venta, de lo contrario no se aceptará ningunadevolución. 8. La Institución y/o distribuidor o Caja de Compensación es la responsable de mantener los productos en buen estado. 9. El producto debe ser previamente inspeccionado por nuestro Representante de Ventas o el responsable deltercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envío a nuestra compañía. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberádescribir dentro de las observaciones las condiciones físicas en las cuales recibe el producto. 10. Si el producto presenta las siguientes condiciones no será recibido: Sello roto, envase y/o empaque en mal estado, etiquetas destruidas y/odeterioradas por el mal almacenamiento, fuego, humo, agua, manchas, adhesivos o sellos ajenos al producto original y otros factores que escapen de nuestro control. 11. Una vez recibido el producto en la compañía, será inspeccionado porDirección Técnica, quien dará su visto de aceptación o rechazo. En caso de rechazo el producto se devolverá al cliente o se procederá a su destrucción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : 5f8557cbd72b76496136867725db32cafcb272c2

AMAREY
NOVA MEDICAL S.A.

Bogotá D.C. 03 de enero de 2019

Señores
SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE
Departamento de Compras
Ciudad

Por medio de la presente nos comprometemos a cambiar el producto relacionado en la Factura No. 8800002636 si este no es consumido antes de la fecha de su vencimiento:

PRODUCTO	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
INTRATECT 50 ML	B791968	31/12/2019

Sin otro particular y agradeciendo su colaboración

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Almacen Farmacia
NOMBRE QUIEN RECIBE: Nallith Bula Paz
CARGO: Regente de Farmacia
C.C. #: 1020762881
FECHA: 04-01-19 HORA: 10:34 AM
FIRMA:

Adriana Benito
Jefe Centro Integral de Atención al Cliente/CIAC
Grupo Amarey Nova Medical

NIT. 800.250.382-2
Tel: 57 + 1 + 7447300 Opción 3
Trans 23 No. 93-23
Bogotá D.C. – Colombia
Atención.cliente@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

GRUPO AMAREY
NOVA MEDICAL

FACTURA DE VENTA No: AMY8800002635

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011379095 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del AMY8800000001 al AMY8800015000
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 a 20 de Mayo de 2020

Fecha de Expedición: 2019-01-03 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-04-03
Documento Interno: 8800002636 **Remisión :**
Zona (s): A0105 A8888

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
Bogotá - Colombia
atencion.cliente@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

AMAREY
NOVA MEDICAL S.A.

NIT:8002503822

IVA Régimen Común - GranContribuyente Resol 000076 del 01 de Dic de 2006
Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resol.DDI-010761 Act. Princ.201 (4 ,14 por mil)CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT: 9009590484
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Orden Compra: CTTO4308
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

Cod. Cliente: 3384
Telefono / Celular: 5714546800
E-mail: ventas@grupoamarey.com
Dirección Destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Informativo: Cartera Vencida $0.00
No Caso CRM: 127879
Documento Entrega: 80240810

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
624050072	INTRATECT 50 MGML SOLUCION INYECTABLE IVINVIMA 2007M-0007015-Codigo ATC:J06BA02-Codigo Cum GMDN :019972381 01	B791968	2019-12-31	60	355.375	0	21.322.500
1504506A	TISSEEL LYO – KIT x 2mlREG SAN:INVIMA 2010M-0010344 CUM:020002154-01	T5T022AA	2020-06-30	10	521.000	0	5.210.000
1504507A	TISSEEL LYO – KIT x 4mlREG SAN:INVIMA 2010M-0010344 CUM:020002154-02	T5T024AP	2020-06-30	7	1.041.000	0	7.287.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Almacen Farmacia
NOMBRE QUIÉN RECIBE: Nalith Baez Ruiz
CARGO: Regente de Farmacia
C.C. #: 1021623821
FECHA: 04-01-19 HORA: 10:05 AM
FIRMA:

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.

SUBTOTAL	33.819.500
IVA	0
TOTAL A PAGAR	33.819.500

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 losArt 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008.

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT. 800.250.382 - 2
FIRMA AUTORIZADA

Nombre de quién Recibe: _____

C.C.: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de recibido

ISO 9001 Icontec SC4586-1

IQNet

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañía acepta cambios y devolución de los productos que les suministramos, siempre y cuando se cumplan las siguientes Politicas y condiciones: 1. Se recibirán devoluciones de producto hasta 30 diascalendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo), el Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY. NOVA MEDICALS.A. 2. El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante deventas por medio escrito o E-mail en donde se señale la cantidad de producto a devolver, referencia, No. de Lote, o serial, fecha de vencimiento, No. de factura, precio al cual fue facturado y causa de devolución o cambio. 3. El cliente nopodrá hacer descuentos por devoluciones vía nota crédito o descuentos directos a facturas, sin que EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL haya aprobado la devolución. 4. No se aceptan devoluciones de productos controlados bajo ninguna circunstancia. 5.No se aceptan devoluciones de productos de nuestro proveedor Roche. 6. EL GRUPO AMAREY NOVA MEDICAL Aceptará en devolución productos que lleguen al cliente averiados durante el transporte, siempre y cuando sean reportados durante lossiguientes 2 días hábiles a la entrega de los mismos en la institución. 7. Los productos deben mantenerse en las condiciones de almacenamiento estipuladas en el empaque o envase, unidad de venta, de lo contrario no se aceptará ningunadevolución. 8. La Institución y/o distribuidor o Caja de Compensación es la responsable de mantener los productos en buen estado. 9. El producto debe ser previamente inspeccionado por nuestro Representante de Ventas o el responsable deltercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envío a nuestra compañía. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberádescribir dentro de las observaciones las condiciones físicas en las cuales recibe el producto. 10. Si el producto presenta las siguientes condiciones no será recibido: Sello roto, envase y/o empaque en mal estado, etiquetas destruidas y/odeterioradas por el mal almacenamiento, fuego, humo, agua, manchas, adhesivos o sellos ajenos al producto original y otros factores que escapen de nuestro control. 11. Una vez recibido el producto en la compañía, será inspeccionado porDirección Técnica, quien dará su visto de aceptación o rechazo. En caso de rechazo el producto se devolverá al cliente o se procederá a su destrucción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : 7d3a14ec75d37769bfdb45d657a3d7bbe79c5943