Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ACTA DE SUPERVISION
RESOLUCION N° 00033/97

CONTRATO: 3926 DE 2018

PROVEEDOR :
AMAREY NOVA MEDICAL S.A.

Los elementos y/o los servicios supervisados coinciden con las características escritas en las facturas relacionadas a continuación de los pacientes.

Luego de realizar la revisión técnica del contrato y/o Orden descrita anteriormente, atentamente me permito realizar las siguientes observaciones de acuerdo a la calidad de los productos.

PACIENTE	H.CLINICA	FACTURA	VALOR
RAMOS GOMEZ OSCAR ALONSO	80140004	AM243767	$ 4.767.000
LUIS ALBERTO RIOS SALAMANCA	80896328	AM243768	$ 676.000
ELOY HERRERA CUELLAR	97447300	AM243787	$ 1.333.000
RODOLFO JOSE MUÑOZ VALLE	917655823111994	AM243769	$ 928.000
JHON ALEXANDER SUAREZ RIVERA	1034663126	AM244228	$ 464.000
GARZON SANABRIA BERTHA	21109915	AM244229	$ 649.000
FERNANDO SIVIRA PRADO	21502234	AM244230	$ 1.096.000
ARVEY GOMEZ MONTIEL	1020752377	AM244231	$ 879.000
		TOTAL	**10.792.000**

APROBADO POR:

SUPERVISOR

FECHA: SEPTIEMBRE 25 DE 2018

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Almacen Central
NOMBRE QUIEN RECIBE: Alejandro Bulla.
CARGO:
C.C. #:
FECHA: 25-09-18 HORA: 3:00
FIRMA:

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 Fecha de aprobación: 29/06/2017 Código: 15-02-FO-0014	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICACION: X	INFORME PARCIAL: ___	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. 3926 DE 2018	FECHA DEL INFORME :	25 DE SEPTIEMBRE DE 2018

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

							Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	NIT O C C	800250382-2	Valor Inicial:	$24.000.000		02/04/2018	01/07/2018
Representante Legal:	ESTEBAN LIZARAZO LIZARAZO	Cedula Representante	72.257.955	Adición 1:	$24.000.000	Prórroga 1:	02/07/2018	01/10/2018
Objeto del Contrato	Suministro de material de osteosíntesis e injertos óseos, para las especialidades de ortopedia, cirugía de tórax, cirugía de mano, cirugía de columna, cirugía maxilofacial y neurocirugía, dentro de los diferentes procesos y procedimientos quirúrgicos que se realizan en las Subredes Integradas de Servicios de Salud sur ESE y Sur Occidente ESE.			Adición 2:	$24.000.000	Prórroga 2:		
u orden:								
Duración Inicial				Adición 3:		Prórroga 3:		
				Adición 4:		Prórroga 4:		
Disponibilidades Números	353 del 09 de Febrero de 2018	Registros Presupuestales		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:		
	Material Médico Quirurgico		321020102	Valor Total:	$72.000.000	Fecha Terminación actual:		01/10/2018

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				
			SI	NO					
	Suministro de material de osteosíntesis e injertos óseos, para las especialidades de ortopedia, cirugía de tórax, cirugía de mano, cirugía de columna, cirugía maxilofacial y neurocirugía, dentro de los diferentes procesos y procedimientos quirúrgicos que se realizan en las Subredes Integradas de Servicios de Salud sur ESE y Sur Occidente ESE.		x		Oportunidad de entrega	SI: x N/A NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: x	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: N/A NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: x	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: x N/A NO:			

Observaciones:

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	AM233692	13/04/2018	ABRIL	16/04/2018	$ 742.000,00	$ 742.000,00	71.258.000	1%	
2	AM233689	13-04-2018	ABRIL	16-04-2018	$ 1.974.000,00	$ 2.716.000,00	69.284.000	4%	
3	AM233691	13-04-2018	ABRIL	16-04-2018	$ 853.000,00	$ 3.569.000,00	68.431.000	5%	
4	AM234075	19-04-2018	ABRIL	20-04-2018	$ 1.144.000,00	$ 4.713.000,00	67.287.000	7%	
5	AM234076	19-04-2018	ABRIL	20-04-2018	$ 980.000,00	$ 5.693.000,00	66.307.000	8%	
6	AM234296	23-04-2018	ABRIL	24-04-2018	$ 1.037.000	$ 6.730.000,00	65.270.000	9%	
7	AM234293	23-04-2018	ABRIL	24-04-2018	$ 222.000	$ 6.952.000,00	65.048.000	10%	
8	AM234295	23-04-2018	ABRIL	24-04-2018	$ 742.000	$ 7.694.000,00	64.306.000	11%	
9	AM234297	23-04-2018	ABRIL	24-04-2018	$ 572.000	$ 8.266.000,00	63.734.000	11%	
10	AM235375	10-05-2018	MAYO	11-05-2018	$ 1.053.000	$ 9.319.000,00	62.681.000	13%	
11	AM235377	10-05-2018	MAYO	11-05-2018	$ 780.000	$ 10.099.000,00	61.901.000	14%	
12	AM235376	10-05-2018	MAYO	11-05-2018	$ 4.856.000	$ 14.955.000,00	57.045.000	21%	
13	AM235764	17-05-2018	MAYO	21-05-2018	$ 283.000	$ 15.238.000,00	56.762.000	21%	
14	AM235762	17-05-2018	MAYO	21-05-2018	$ 1.422.000	$ 16.660.000,00	55.340.000	23%	
15	AM235765	17-05-2018	MAYO	21-05-2018	$ 2.298.000	$ 18.958.000,00	53.042.000	26%	
16	AM236299	24-05-2018	MAYO	24-05-2018	$ 963.000	$ 19.921.000,00	52.079.000	28%	
17	AM237148	06-06-2018	JUNIO	07-06-2018	$ 250.000	$ 20.171.000,00	51.829.000	28%	
18	AM237149	06-06-2018	JUNIO	07-06-2018	$ 1.675.000	$ 21.846.000,00	50.154.000	30%	
19	AM237853	18-06-2018	JUNIO	21-06-2018	$ 168.000	$ 22.014.000,00	49.986.000	31%	
20	AM238865	04-07-2018	JULIO	05-07-2018	$ 279.000	$ 22.293.000,00	49.707.000	31%	
21	AM239358	11-07-2018	JULIO	13-07-2018	$ 156.000	$ 22.449.000,00	49.551.000	31%	
22	AM240087	23-07-2018	JULIO	24-07-2018	$ 345.000	$ 22.794.000,00	49.206.000	32%	
23	AM241658	15-08-2018	AGOSTO	17-08-2018	$ 846.000	$ 23.640.000,00	48.360.000	33%	
24	AM241659	15-08-2018	AGOSTO	17-08-2018	$ 1.441.000	$ 25.081.000,00	46.919.000	35%	
25	AM241656	15-08-2018	AGOSTO	17-08-2018	$ 2.684.000	$ 27.765.000,00	44.235.000	39%	
26	AM241657	15-08-2018	AGOSTO	17-08-2018	$ 222.000	$ 27.987.000,00	44.013.000	39%	
27	AM242175	23-08-2018	AGOSTO	23-08-2018	$ 4.160.000	$ 32.147.000,00	39.853.000	45%	
28	AM242178	23-08-2018	AGOSTO	23-08-2018	$ 82.000	$ 32.229.000,00	39.771.000	45%	
29	AM242179	23-08-2018	AGOSTO	23-08-2018	$ 3.999.000	$ 36.228.000,00	35.772.000	50%	
30	AM243021	05-09-2018	SEPTIEMBRE	07-09-2018	$ 3.707.000	$ 39.935.000,00	32.065.000	55%	
31	AM243022	05-09-2018	SEPTIEMBRE	07-09-2018	$ 1.415.000	$ 41.350.000,00	30.650.000	57%	
32	AM243023	05-09-2018	SEPTIEMBRE	07-09-2018	$ 1.298.000	$ 42.648.000,00	29.352.000	59%	
33	AM243025	05-09-2018	SEPTIEMBRE	07-09-2018	$ 928.000	$ 43.576.000,00	28.424.000	61%	
34	AM243409	11-09-2018	SEPTIEMBRE	11-09-2018	$ 4.626.000	$ 48.202.000,00	23.798.000	67%	
35	AM243767	17-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	$ 4.767.000	$ 52.969.000,00	19.031.000	74%	
36	AM243768	17-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	$ 676.000	$ 53.645.000,00	18.355.000	75%	
37	AM243787	18-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	$ 1.333.000	$ 54.978.000,00	17.022.000	76%	
38	AM243769	17-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	$ 928.000	$ 55.906.000,00	16.094.000	78%	
39	AM244228	24-09-2018	SEPTIEMBRE	24-09-2018	$ 464.000	$ 56.370.000,00	15.630.000	78%	
40	AM244229	24-09-2018	SEPTIEMBRE	24-09-2018	$ 649.000	$ 57.019.000,00	14.981.000	79%	
41	AM244230	24-09-2018	SEPTIEMBRE	24-09-2018	$ 1.096.000	$ 58.115.000,00	13.885.000	81%	
42	AM244231	24-09-2018	SEPTIEMBRE	24-09-2018	$ 879.000	$ 58.994.000,00	13.006.000	82%	
		TOTAL			$ 58.994.000				

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CINCUENTA Y OCHO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS	$ 58.994.000
Saldo por ejecutar	TRECE MILLONES SEIS MIL PESOS	$ 13.006.000
VALOR TOTAL CERTIFICADO		

No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
AM243767* *AM243768* *AM243787* *AM243769* *AM244228* *AM244229* *AM244230* *AM244231	SEPTIEMBRE DE 2018
VALOR A PAGAR	DIEZ MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS ($10.792.000)
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Durante la ejecución del contrato no se ha presenta ningún inconveniente con los Servicios prestados por el contratista, Y hay cumplimiento del objeto del contrato

ANEXOS:

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	MARYSOL VILLOTA ESCANDON
C.C. No.	53075367
CARGO/PERFIL	INSTRUMENTADORA QUIRURGICA
AREA DE UBICACION	CENTRAL DE ESTERILIZACION UNIDAD DE KENNEDY

FACTURA DE VENTA No. AM243767

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 17/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 16/12/2018

Documento interno: 9000243767 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484
Cod. Cliente: 3384
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 26.016.600,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 117268
Paciente OSCAR ALONSO RAMOS GAMEZ
Documento de entrega: 42044223
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
345445	AXSOS TORNILLO ESPONJOSO 4 X 45 MM TR 2013DM-0010034	R13506	17/07/2038	1	84.000	0 %	84.000
371540	AXSOS TORNILLO BLOQUEADO T15. 4.0MM-L40	Y24473	30/12/2999	2	349.000	0 %	698.000
325050S	ASNISS III TORNILLO CANULADO 4.0-50X17MM REG SAN:INVIMA2003V-0002239	L23681	31/08/2022	1	291.000	0 %	291.000
325055S	ASNISS III TORNILLO CANULA 4.0-55X18.5MM REG SAN:INVIMA2003V-0002239	V28171	31/07/2021	1	291.000	0 %	291.000
338628	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X28MM 2013DM-0010034	L56855	30/12/2999	2	82.000	0 %	164.000
338632	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X32MM 2013DM-0010034	L04969	30/12/2999	2	82.000	0 %	164.000
338634	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X34MM 2013DM-0010034	L58192	30/12/2999	1	82.000	0 %	82.000
338655	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X55MM 2013DM-0010034	Y30144	30/12/2999	1	82.000	0 %	82.000
702459	ASNIS III ALAMBRE GUIA ROSCA 1.4X150 MM 2013DM-0010034	11808Y	30/12/2999	2	107.000	0 %	214.000
437412	AXSOS P DIST ANT LA TIB IZ 201MM-12X3H-6 **********	F26286	00/00/0000	1	2.697.000	0 %	2.697.000

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

Firma Autorizada

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY DE NIVEL
19 SEP 2018

Nombre de quién Recibe: _____

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

ISO 9001 icontec Certificado Nº SC 4586-1

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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM243767

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 17/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 dias. Fecha de Vencimiento: 16/12/2018

Documento interno: 9000243767 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484 Cod. Cliente: 3384

Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C. Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co

Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018 Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 26.016.600,00

Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY **Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**

Doctor(a) **No Caso CRM : 117268**

Paciente OSCAR ALONSO RAMOS GAMEZ Documento de entrega: 42044223

HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
	PACIENTE: OSCAR ALONSO RAMOS GAMEZ H.C: 80140004 DR: CARVAJAL FECHA CX: 12 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY						

Observaciones:	SUBTOTAL	4.767.000
	IVA	0
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.	**TOTAL:**	**4.767.000**

VALOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL PESOS MCTE

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
19 SEP 2018

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

Firma Autorizada

Nombre de quien Recibe: _____

ISO 9001 icontec Internacional
Certificado N° SC 4566-1

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañia 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 dias calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá hacer descuentos por devoluciones via 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 los siguientes 2 dias 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 ninguna devolución.
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 del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envio a nuestra compañia. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir 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/o deterioradas 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 compañia, será inspeccionado por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM243768

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 17/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 16/12/2018

Documento interno: 9000243768 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484
Cod. Cliente: 3384
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 26.016.600,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 117449
Paciente LUIS ALBERTO RIOS SALAMANCA
Documento de entrega: 42044224
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
5817008	VARIAX HD PROF 1.7X8 MM TOR CROSSPIN AT	1000307399	30/12/2999	2	111.000	0 %	222.000
5817010	VARIAX HD PROF 1.7X10MM TOR CROSSPIN AT	1000283952	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000
5705240	VARIAX HD PROF SET 1.7 S TANGOSTA6H	1000293834	30/12/2999	1	187.000	0 %	187.000
740281	VARIAX DIS RA CLAVO KIRSCHNER 1.1X160 MM 2008DM-0002104 ********** PACIENTE: LUIS ALBERTO RIOS SALAMANCA H.C: 80896328 DR: ESCOBAR FECHA CX: 14 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	6000067549	30/12/2999	2	78.000	0 %	156.000

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
19 SEP 2018

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

Firma Autorizada

ISO 9001 icontec Certificado N° SC 4586-1

IQNet

Nombre de quién Recibe: _____

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION. Nuestra compañia 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 dias calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá hacer descuentos por devoluciones via 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 compañia, será inspeccionado por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM243768

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 17/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 16/12/2018

Documento interno: 9000243768 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484 Cod. Cliente: 3384

Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C. Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co

Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018 Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 26.016.600,00

Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY **Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**

Doctor(a) **No Caso CRM : 117449**

Paciente LUIS ALBERTO RIOS SALAMANCA Documento de entrega: 42044224

HISTORIA

Observaciones:	SUBTOTAL	676.000
	IVA	0
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.	**TOTAL:**	**676.000**

VALOR EN LETRAS: SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
19 SEP 2018

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

Firma Autorizada

ISO 9001 icontec internacional Certificado N° SC 4566-1

IQNet

Nombre de quién Recibe: _____

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM243787

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 18/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 17/12/2018

Documento interno: 9000243787 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484 Cod. Cliente: 3384

Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C. Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co

Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018 Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 26.016.600,00

Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY **Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**

Doctor(a) **No Caso CRM : 117710**

Paciente ELOY HERRERA CUELLAR / DR: GALLO Documento de entrega: 42044233

HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
5715316	VARIAX HAND PROFILE 2.3 M BL RECTA16H	1000149793	00/00/0000	1	553.000	0 %	553.000
5323010	VARIAX HD 2.3X10 MM TOR BLCROSSPIN AT	1000124631	00/00/0000	2	148.000	0 %	296.000
5323012	VARIAX HD 2.3X12 MM TOR BLCROSSPIN AT	1000217334	30/12/2999	1	148.000	0 %	148.000
5823011	VARIAX HD PROF 2.3X11MM TOR CROSSPIN AT	1000308307	30/12/2999	1	84.000	0 %	84.000
5823012	VARIAX HD PROF 2.3X12MM TOR CROSSPIN AT REG SANITARIO INVIMA 2008DM-0002104	1000281032	30/12/2999	2	84.000	0 %	168.000
5823013	VARIAX HD PROF 2.3X13MM TOR CROSSPIN AT REG SANITARIO INVIMA 2008DM-0002104 ********** PACIENTE: ELOY HERRERA CUELLAR H.C: 97447300 DR: GALLO FECHA CX: 17 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	1000245706	30/12/2999	1	84.000	0 %	84.000

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
19 SEP 2018

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001
icontec internacional
Certificado Nº SC 4566-1

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM243787

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020Vigencia 18 meses de Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 18/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días Fecha de Vencimiento: 17/12/2018

Documento interno 9000243787 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente:	9009590484	Cod. Cliente: 3384	
Dirección y Ciudad:	TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.	Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co	
Orden de Compra:	CONTRATO 3926 DE 2018	Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 26.016.600,00	
Destinatario:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	**Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**	
Doctor(a)		**No Caso CRM : 117710**	
Paciente	ELOY HERRERA CUELLAR / DR: GALLO	Documento de entrega:	42044233
HISTORIA			

Observaciones:	**SUBTOTAL**	**1.333.000**
	IVA	**0**
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.	**TOTAL:**	**1.333.000**

VALOR EN LETRAS: UN MILLÓN TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS MCTE

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY II NIVEL
19 SEP 2018

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001 icontec internacional
Certificado N° SC 4566-1

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM244228

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 24/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 23/12/2018

Documento interno: 9000244228 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484 Cod. Cliente: 3384

Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C. Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co

Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018 Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 64.156.600,00

Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY **Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**

Doctor(a) **No Caso CRM : 117935**

Paciente JHON ALEXANDER SUAREZ RIVERA Documento de entrega: 42044369

HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
325040S	ASNISS III TORNILLO CANULA 4.0-40X13.5MM REG SAN:INVIMA2003V-0002239	Y01712	30/04/2023	1	291.000	0 %	291.000
390018	ARANDELA PXTORNILLOS 2.7X3.5X4.0MM REG SAN:INVIMA2003V-0002239	Y12370	30/12/2999	1	66.000	0 %	66.000
702459	ASNIS III ALAMBRE GUIA ROSCA 1.4X150 MM 2013DM-0010034 ********** PACIENTE: JHON ALEXANDER SUAREZ RIVERA H.C: 1034663126 DR: BECERRA FECHA CX: 18 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	11808Y	30/12/2999	1	107.000	0 %	107.000

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
24 SEP 2018

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT 800.250.382 - 2

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001 icontec

Certificado N° SC 4566-1

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañia 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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá hacer descuentos por devoluciones via 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envío a nuestra compañia. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir dentro de las observaciones las condiciones fisicas 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/o deterioradas 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 compañia, será inspeccionado por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM244228

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 24/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 23/12/2018

Documento interno: 9000244228 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484
Cod. Cliente: 3384
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 64.156.600,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 117935
Paciente JHON ALEXANDER SUAREZ RIVERA
Documento de entrega: 42044369
HISTORIA

Observaciones:	SUBTOTAL	464.000
	IVA	0
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.	**TOTAL:**	**464.000**

VALOR EN LETRAS: CUATROCIENTOSSESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT 800.250.382 - 2

Firma Autorizada

ISO 9001
icontec internacional
Certificado Nº SC 4566-1

IQNet

Nombre de quién Recibe: _____

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañia 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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envio a nuestra compañia. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir 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/o deterioradas 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 compañia, será inspeccionado por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM244229

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 24/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 23/12/2018

Documento interno: 9000244229 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484
Cod. Cliente: 3384
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 64.156.600,00
Destinatario: HOSPITAL DE KENNEDY
Dirección destinatario: AV 1 De Mayo 40B 54
Doctor(a)
No Caso CRM : 117984
Paciente BERTHA GARZON SANABRIA
Documento de entrega: 42044370
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
326115S	ASNIS III TORNILLO CANU DE6.5X115MM 20MM REG SAN:INVIMA2003V-0002239	F24271	30/06/2019	1	604.000	0 %	604.000
390016	ARANDELA AXSOS TORNILLO DE 4.5 X 6.5 MM 2013DM-0010034 ********** PACIENTE: BERTHA GARZON SANABRIA H.C: 21109915 DR: CARVAJAL FECHA CX: 19 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	Y13725	30/12/2999	1	45.000	0 %	45.000

Observaciones:

SUBTOTAL	649.000
IVA	0
TOTAL:	**649.000**

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 los Art 774 y 779 del código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008.

VALOR EN LETRAS: SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL PESOS MCTE

HOSPITAL DE KENNEDY III NIVEL
24 SEP 2018

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001 icontec internacional
Certificado Nº SC 4566-1

IQNet

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañia 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 dias calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá hacer descuentos por devoluciones via 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envío a nuestra compañia. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir 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/o deterioradas 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 compañia, será inspeccionado por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM244230

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 24/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 23/12/2018

Documento interno: 9000244230 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484 Cod. Cliente: 3384

Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C. Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co

Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018 Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 64.156.600,00

Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY **Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**

Doctor(a) **No Caso CRM : 118265**

Paciente FERNANDO SIVIRA PRADO /DR: ESCOBAR Documento de entrega: 42044371

HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
5710120	VARIAX HAND PROFILE 2.3 M L 6H	200$+$$900	11/03/2039	1	514.000	0 %	514.000
5823009	VARIAX HD PROF 2.3X9 MM TOR CROSSPIN AT REG SANITARIO INVIMA 2008DM-0002104	1000294119	30/12/2999	1	84.000	0 %	84.000
5823010	VARIAX HD PROF 2.3X10MM TOR CROSSPIN AT	1000281100	30/12/2999	2	84.000	0 %	168.000
5823012	VARIAX HD PROF 2.3X12MM TOR CROSSPIN AT REG SANITARIO INVIMA 2008DM-0002104	1000317713	30/12/2999	1	84.000	0 %	84.000
5823014	VARIAX HD PROF 2.3X14MM TOR CROSSPIN AT	1000302527	30/12/2999	2	84.000	0 %	168.000
740281	VARIAX DIS RA CLAVO KIRSCHNER 1.1X160 MM 2008DM-0002104 ********** PACIENTE: FERNANDO SIVIRA PRADO H.C: 21502234 DR: ESCOBAR FECHA CX: 20 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	6000067549	30/12/2999	1	78.000	0 %	78.000

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
24 SEP 2018

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001 icontec internacional Certificado Nº SC 4566-1

IQNet

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañia 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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM244230

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 24/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 23/12/2018

Documento interno: 9000244230 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484
Cod. Cliente: 3384
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 64.156.600,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 118265
Paciente FERNANDO SIVIRA PRADO /DR: ESCOBAR
Documento de entrega: 42044371
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL

Observaciones:	SUBTOTAL	1.096.000
	IVA	0
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.	**TOTAL:**	**1.096.000**

VALOR EN LETRAS: UN MILLÓN NOVENTA Y SEIS MIL PESOS MCTE

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT 800.250.382 - 2

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

ISO 9001 icontec Certificado Nº SC 4568-1

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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM244231

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 24/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 23/12/2018

Documento interno: 9000244231 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484
Cod. Cliente: 3384
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 64.156.600,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 118266
Paciente ARVEY GOMEZ MONTIEL / DR: ESCOBAR
Documento de entrega: 42044372
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
5710179	VARIAX HAND PROFILE 2.3 M ZANGOSTA13H	790A+$$900	14/11/2038	1	543.000	0 %	543.000
5823010	VARIAX HD PROF 2.3X10MM TOR CROSSPIN AT	1000281100	30/12/2999	1	84.000	0 %	84.000
5823011	VARIAX HD PROF 2.3X11MM TOR CROSSPIN AT	1000272858	30/12/2999	1	84.000	0 %	84.000
5823015	VARIAX HD PROF 2.3X15MM TOR CROSSPIN AT ********** PACIENTE: ARVEY GOMEZ MONTIEL H.C: 1020752377 DR. ESCOBAR FECHA CX: 20 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	1000253474	30/12/2999	2	84.000	0 %	168.000

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
24 SEP 2018

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001 icontec internacional
Certificado Nº SC 4566-1

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañia 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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá hacer descuentos por devoluciones via 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envio a nuestra compañia. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir 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/o deterioradas 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 compañia, será inspeccionado por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM244231

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 24/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 23/12/2018

Documento interno: 9000244231 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente:	9009590484	Cod. Cliente: 3384	
Dirección y Ciudad:	TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.	Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co	
Orden de Compra:	CONTRATO 3926 DE 2018	Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 64.156.600,00	
Destinatario:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	**Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**	
Doctor(a)		**No Caso CRM : 118266**	
Paciente	ARVEY GOMEZ MONTIEL / DR: ESCOBAR	Documento de entrega:	42044372
HISTORIA			

Observaciones:	**SUBTOTAL**	**879.000**
	IVA	**0**
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.	**TOTAL:**	**879.000**

VALOR EN LETRAS: OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL PESOS MCTE

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

Firma Autorizada

ISO 9001 icontec internacional
Certificado Nº SC 4586-1

Nombre de quién Recibe: _____

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM243769

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 17/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 16/12/2018

Documento interno: 9000243769 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente: 9009590484 Cod. Cliente: 3384

Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C. Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co

Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018 Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 26.016.600,00

Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY **Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**

Doctor(a) **No Caso CRM : 117488**

Paciente RODOLFO JOSE MUÑOZ VALLE Documento de entrega: 42044225

HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
5705210	VARIAX HAND PROFILE 1.7 S TANCHA8H	1000131334	00/00/0000	1	373.000	0 %	373.000
5817005	VARIAX HD PROF 1.7X5 MM TOR CROSSPIN AT	1000283168	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000
5817006	VARIAX HD PROF 1.7X6 MM TOR CROSSPIN AT	1000251267	30/12/2999	2	111.000	0 %	222.000
5817007	VARIAX HD PROF 1.7X7 MM TOR CROSSPIN AT	1000281085	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000
5817006	VARIAX HD PROF 1.7X6 MM TOR CROSSPIN AT ********** PACIENTE: RODOLFO JOSE MUÑOZ VALLE H.C: 917655823111994 DR: ESCOBAR FECHA CX: 14 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	1000278304	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001 icontec internacional Certificado Nº SC 4568-1

IQNet

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero transportador quienes harán la recepción de la devolución en la institución antes de su envio a nuestra compañía. Para lo anterior diligenciará el formato (FDE-022) diseñado para estos casos. En el formato adicionalmente deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.

FACTURA DE VENTA No. AM243769

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762009281875 del 19 de Julio de 2018

Vigencia 18 meses de 19 de Julio de 2018 a 18 de Enero de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM240001 al # AM245000

Fecha de Expedición: 17/09/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 16/12/2018

Documento interno: 9000243769 Remisión: ********** Zona(s): A0503

T: 57+1+7447300
C: 3102284658
Fax: 57+1+2579781
Tranv 23 # 93 - 23
Bogotá, D.C. Colombia
ventas@grupoamarey.com
www.novamedical.com.co

AMAREY®
NOVA MEDICAL S.A.

NIT 8002503822

IVA Regimen Común - Gran Contribuyente Resolución: 000076 del 01 de Dic de 2016
Autoretenedores de Renta por Resolución Dian 14684 del 29 de Nov. de 2007
Gran Contribuyente de ICA por Resolución DDI-010761 Actividad Principal 201 (4,14 por mil) CIIU 46451
Somos Agentes Retenedores de IVA al Régimen Común

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

Nit del Cliente:	9009590484	Cod. Cliente: 3384	
Dirección y Ciudad:	TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.	Teléfono: 5714546800 Fax: 5717560505 E-mail: gerencia@hokennedy.gov.co	
Orden de Compra:	CONTRATO 3926 DE 2018	Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 26.016.600,00	
Destinatario:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	**Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR**	
Doctor(a)		**No Caso CRM : 117488**	
Paciente	RODOLFO JOSE MUÑOZ VALLE	Documento de entrega:	42044225
HISTORIA			

Observaciones:	**SUBTOTAL**	**928.000**
	IVA	**0**
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.	**TOTAL:**	**928.000**

VALOR EN LETRAS: NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS MCTE

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001 icontec Internacional
Certificado Nº SC 4566-1

CC: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Firma de Recibido ACEPTADA

POLITICAS DE DEVOLUCION: Nuestra compañia 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 días calendario después de haber sido recibido por la institución (facturado y/o préstamo)., e l Producto debe haber sido adquirido directamente a través de GRUPO AMAREY NOVA MEDICALS.A.
2.El cliente debe dar previo aviso a nuestro representante de ventas 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 no podrá 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 los siguientes 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 ninguna devolución.
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 del tercero 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 deberá describir 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/o deterioradas 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 por Dirección 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.