Secretaria 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
ARVEY GOMEZ MONTIEL	1020752377	AM244884	$ 7.483.000
CRISTIAN CAMILO ESPINOSA GARCÍA	1233892416	AM244885	$ 5.587.000
MICHAEL VACCA	1110595738	AM244887	$ 258.000
MARIA CELA MARULANDA OTAVO	53028863	AM244888	$ 222.000
		TOTAL	**13.550.000**

APROBADO POR:

SUPERVISOR

FECHA: OCTUBRE 08 DE 2018

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Alm ctual
NOMBRE QUIEN RECIBE: Maria Cuntano
CARGO:
C.C. #:
FECHA: 08-10-18 HORA: 3:50
FIRMA:

Red 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	

CERTIFICACION: X	INFORME PARCIAL:	Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No. 3926 DE 2018	FECHA DEL INFORME :	08 DE OCTUBRE 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 u orden:	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:	02/10/2018	10/01/2019
Duración Inicial				Adición 3:	$24.000.000	Prórroga 3:		
				Adición 4:		Prórroga 4:		
				Adición 5:		Prórroga 5:		
Disponibilidades Números	353 del 09 de Febrero de 2018	Registros Presupuestales		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:	$96.000.000	Fecha Terminación actual:		10/01/2019

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				
			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	$ALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	AM233692	13/04/2018	ABRIL	16/04/2018	$ 742.000,00	$ 742.000,00	95.258.000	1%	
2	AM233689	13-04-2018	ABRIL	16-04-2018	$ 1.974.000,00	$ 2.716.000,00	93.284.000	3%	
3	AM233691	13-04-2018	ABRIL	16-04-2018	$ 853.000,00	$ 3.569.000,00	92.431.000	4%	
4	AM234075	19-04-2018	ABRIL	20-04-2018	$ 1.144.000,00	$ 4.713.000,00	91.287.000	5%	
5	AM234076	19-04-2018	ABRIL	20-04-2018	$ 980.000,00	$ 5.693.000,00	90.307.000	6%	
6	AM234296	23-04-2018	ABRIL	24-04-2018	$ 1.037.000	$ 6.730.000,00	89.270.000	7%	
7	AM234293	23-04-2018	ABRIL	24-04-2018	$ 222.000	$ 6.952.000,00	89.048.000	7%	
8	AM234295	23-04-2018	ABRIL	24-04-2018	$ 742.000	$ 7.694.000,00	88.306.000	8%	
9	AM234297	23-04-2018	ABRIL	24-04-2018	$ 572.000	$ 8.266.000,00	87.734.000	9%	
10	AM235375	10-05-2018	MAYO	11-05-2018	$ 1.053.000	$ 9.319.000,00	86.681.000	10%	
11	AM235377	10-05-2018	MAYO	11-05-2018	$ 780.000	$ 10.099.000,00	85.901.000	11%	
12	AM235376	10-05-2018	MAYO	11-05-2018	$ 4.856.000	$ 14.955.000,00	81.045.000	16%	
13	AM235764	17-05-2018	MAYO	21-05-2018	$ 283.000	$ 15.238.000,00	80.762.000	16%	
14	AM235762	17-05-2018	MAYO	21-05-2018	$ 1.422.000	$ 16.660.000,00	79.340.000	17%	
15	AM235765	17-05-2018	MAYO	21-05-2018	$ 2.298.000	$ 18.958.000,00	77.042.000	20%	
16	AM236299	24-05-2018	MAYO	24-05-2018	$ 963.000	$ 19.921.000,00	76.079.000	21%	
17	AM237148	06-06-2018	JUNIO	07-06-2018	$ 250.000	$ 20.171.000,00	75.829.000	21%	
18	AM237149	06-06-2018	JUNIO	07-06-2018	$ 1.675.000	$ 21.846.000,00	74.154.000	23%	
19	AM237853	18-06-2018	JUNIO	21-06-2018	$ 168.000	$ 22.014.000,00	73.986.000	23%	
20	AM238865	04-07-2018	JULIO	05-07-2018	$ 279.000	$ 22.293.000,00	73.707.000	23%	
21	AM239358	11-07-2018	JULIO	13-07-2018	$ 156.000	$ 22.449.000,00	73.551.000	23%	
22	AM240087	23-07-2018	JULIO	24-07-2018	$ 345.000	$ 22.794.000,00	73.206.000	24%	
23	AM241658	15-08-2018	AGOSTO	17-08-2018	$ 846.000	$ 23.640.000,00	72.360.000	25%	
24	AM241659	15-08-2018	AGOSTO	17-08-2018	$ 1.441.000	$ 25.081.000,00	70.919.000	26%	
25	AM241656	15-08-2018	AGOSTO	17-08-2018	$ 2.684.000	$ 27.765.000,00	68.235.000	29%	
26	AM241657	15-08-2018	AGOSTO	17-08-2018	$ 222.000	$ 27.987.000,00	68.013.000	29%	
27	AM242175	23-08-2018	AGOSTO	23-08-2018	$ 4.160.000	$ 32.147.000,00	63.853.000	33%	
28	AM242178	23-08-2018	AGOSTO	23-08-2018	$ 82.000	$ 32.229.000,00	63.771.000	34%	
29	AM242179	23-08-2018	AGOSTO	23-08-2018	$ 3.999.000	$ 36.228.000,00	59.772.000	38%	
30	AM243021	05-09-2018	SEPTIEMBRE	07-09-2018	$ 3.707.000	$ 39.935.000,00	56.065.000	42%	
31	AM243022	05-09-2018	SEPTIEMBRE	07-09-2018	$ 1.415.000	$ 41.350.000,00	54.650.000	43%	
32	AM243023	05-09-2018	SEPTIEMBRE	07-09-2018	$ 1.298.000	$ 42.648.000,00	53.352.000	44%	
33	AM243025	05-09-2018	SEPTIEMBRE	07-09-2018	$ 928.000	$ 43.576.000,00	52.424.000	45%	
34	AM243409	11-09-2018	SEPTIEMBRE	11-09-2018	$ 4.626.000	$ 48.202.000,00	47.798.000	50%	
35	AM243767	17-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	$ 4.767.000	$ 52.969.000,00	43.031.000	55%	
36	AM243768	17-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	$ 676.000	$ 53.645.000,00	42.355.000	56%	
37	AM243787	18-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	$ 1.333.000	$ 54.978.000,00	41.022.000	57%	
38	AM243769	17-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	$ 928.000	$ 55.906.000,00	40.094.000	58%	
39	AM244228	24-09-2018	SEPTIEMBRE	24-09-2018	$ 464.000	$ 56.370.000,00	39.630.000	59%	
40	AM244229	24-09-2018	SEPTIEMBRE	24-09-2018	$ 649.000	$ 57.019.000,00	38.981.000	59%	
41	AM244230	24-09-2018	SEPTIEMBRE	24-09-2018	$ 1.096.000	$ 58.115.000,00	37.885.000	61%	
42	AM244231	24-09-2018	SEPTIEMBRE	24-09-2018	$ 879.000	$ 58.994.000,00	37.006.000	61%	
43	AM244884	03-10-2018	OCTUBRE	04-10-2018	$ 7.483.000	$ 66.477.000,00	29.523.000	69%	
44	AM244885	03-10-2018	OCTUBRE	04-10-2018	$ 5.587.000	$ 72.064.000,00	23.936.000	75%	
45	AM244887	03-10-2018	OCTUBRE	04-10-2018	$ 258.000	$ 72.322.000,00	23.678.000	75%	
46	AM244888	03-10-2018	OCTUBRE	04-10-2018	$ 222.000	$ 72.544.000,00	23.456.000	76%	
		TOTAL			$ 72.544.000				

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO
CERTIFICO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS	$ 72.544.000
Saldo por ejecutar	VEINTITRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS	$ 23.456.000

VALOR TOTAL CERTIFICADO	
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
AM244884* *AM244885* *AM244887* *AM244888	OCTUBRE DE 2018
VALOR A PAGAR	TRECE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($13.550.000)
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	Durante la ejecución del contrato no se ha presento 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. AM244884

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: 03/10/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 01/01/2019

Documento interno: 9000244884 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 $ 146.273.000,00

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

Doctor(a) **No Caso CRM : 118647**

Paciente ARVEY GOMEZ MONTIEL / DR: CARVAJAL Documento de entrega: 42044568

HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
371350	AXSOS TORNILLO AUTOTAR BLOQ 5.0MM X 50 REG SAN:INVIMA2003V-0002239	L23322	30/12/2999	1	607.000	0 %	607.000
371360	AXSOS TORNILLO AUTOTAR BLOQ 5.0MM X 60 REG SANITARIO INVIMA 2013DM-0010034	L49936	31/01/2999	1	607.000	0 %	607.000
371365	AXSOS TORNILLO AUTOTAR BLOQ 5.0MM X 65 REG SANITARIO INVIMA 2013DM-0010034	Y08818	30/12/2999	1	607.000	0 %	607.000
371370	AXSOS TORNILLO AUTOTAR BLOQ 5.0MM X 70 REG SANITARIO INVIMA 2013DM-0010034	Y03637	31/12/2999	2	607.000	0 %	1.214.000
343080	AXSOS TORNILLO ESPONJO DE 6.5 X 80MM TR 2013DM-0010034	L23334	30/12/2999	1	122.000	0 %	122.000
340630	AXSOS TORNILLO CORTICAL DE 4.5MM X 30MM 2013DM-0010034	01133L	30/12/2999	1	82.000	0 %	82.000
340636	AXSOS TORNILLO CORTICAL DE 4.5MM X 36MM 2013DM-0010034	11558Y	30/12/2999	2	82.000	0 %	164.000
340664	AXSOS TORNILLO CORTICAL DE 4.5MM X 64MM 2013DM-0010034	U21439	31/12/2035	1	115.000	0 %	115.000
340670	AXSOS TORNILLO CORTICAL DE 4.5MM X 70MM 2013DM-0010034	06838L	30/12/2999	1	100.000	0 %	100.000
437534	AXSOS PLACA DIS FE DER 14-5H BL M 7 BL V	L23041	30/12/2999	1	3.865.000	0 %	3.865.000

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

Firma Autorizada

ISO 9001 icontec internacional Certificado Nº SC 4566-1

IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

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. AM244884

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: 03/10/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 01/01/2019

Documento interno: 9000244884 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 $ 146.273.000,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 118647
Paciente ARVEY GOMEZ MONTIEL / DR: CARVAJAL
Documento de entrega: 42044568
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
	REG SANITARIO INVIMA 2013DM-0010034 ********** PACIENTE: ARVEY GOMEZ MONTIEL H.C: 1020752377 DR: CARVAJAL FECHA CX: 26 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY						

Observaciones:

SUBTOTAL	7.483.000
IVA	0
TOTAL:	**7.483.000**

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: SIETE MILLONES CUATROCIENTOSOCHENTA Y TRES MIL PESOS MCTE

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
04 OCT 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. AM244885

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: 03/10/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 01/01/2019

Documento interno: 9000244885 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 $ 146.273.000,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 118897
Paciente CRISTIAN CAMILO ESPINOSA GARCIA
Documento de entrega: 42044569
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
614716	VARIAX CODO TORNI CORTICAL 2.7X16 2008DM-0002104	L13764	30/12/2999	1	260.000	0 %	260.000
614718	VARIAX CODO TORNI CORTICAL 2.7X18 2008DM-0002104	L18596	30/12/2999	1	260.000	0 %	260.000
614720	VARIAX CODO TORNI CORTICAL 2.7X20 2008DM-0002104	L14447	30/12/2999	1	260.000	0 %	260.000
614734	VARIAX CODO TORNI CORTICAL 2.7X34 2008DM-0002104	F33619	00/00/0000	1	260.000	0 %	260.000
614550	VARIAX CODO TORNILLO BLOQUE 2.7X50 2008DM-0002104	Y16702	30/12/2999	1	260.000	0 %	260.000
614514	VARIAX CODO TORNILLO BLOQUE 2.7X14 2008DM-0002104	L03659	30/12/2999	1	260.000	0 %	260.000
629364	VARIAX CODO PLACA OLECRANON DER 4H 2008DM-0002104 ********** PACIENTE: CRISTIAN CAMILO ESPINOSA GARCIA H.C: 1233892416 DR: ESCOBAR	L15574	30/12/2999	1	4.027.000	0 %	4.027.000

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 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 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. AM244885

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: 03/10/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 01/01/2019

Documento interno: 9000244885 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 $ 146.273.000,00

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

Doctor(a) **No Caso CRM : 118897**

Paciente CRISTIAN CAMILO ESPINOSA GARCIA Documento de entrega: 42044569

HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
	FECHA CX: 28 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY						

Observaciones:

SUBTOTAL	5.587.000
IVA	0
TOTAL:	**5.587.000**

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: CINCO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL PESOS MCTE

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
04 OCT 2018

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

Firma Autorizada

ISO 9001 icontec Certificado N° SC 4566-1

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. AM244887

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: 03/10/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 01/01/2019

Documento interno: 9000244887 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 $ 146.273.000,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 119071
Paciente MICHAEL VACCA / DR : MENESES
Documento de entrega: 42044570
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
341055	AXSOS TORNILLO ESPON DE 6.5 X55MM R.16MM 2013DM-0010034	U13067	31/01/2034	1	106.000	0 %	106.000
341060	AXSOS TORNILLO ESPON DE 6.5 X60MM R.16MM 2013DM-0010034	U13069	31/01/2034	1	107.000	0 %	107.000
390016	ARANDELA AXSOS TORNILLO DE 4.5 X 6.5 MM 2013DM-0010034 ********** PACIENTE: MICHAEL VACCA H.C: 1110595738 DR: MENESES FECHA CX: 1 DE OCT DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	L33712	30/12/2999	1	45.000	0 %	45.000

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
04 OCT 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. AM244887

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: 03/10/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 01/01/2019

Documento interno: 9000244887 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 $ 146.273.000,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 119071
Paciente MICHAEL VACCA / DR : MENESES
Documento de entrega: 42044570
HISTORIA

Observaciones:	**SUBTOTAL**	**258.000**
	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:**	**258.000**

VALOR EN LETRAS: DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO 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 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. AM244888

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: 03/10/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 01/01/2019

Documento interno: 9000244888 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 $ 146.273.000,00
Destinatario: HOSPITAL DE FONTIBON
Dirección destinatario: CR 104 20 C 21
Doctor(a)
No Caso CRM : 118656
Paciente MARIA CELA MARULANDA OTAVO
Documento de entrega: 42044571
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
5817018	VARIAX HD PROF 1.7X18MM TOR CROSSPIN AT	1000283194	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000
5817020	VARIAX HD PROF 1.7X20MM TOR CROSSPIN AT ********** PACIENTE: MARIA CELA MARULANDA OTAVO H.C: 53028863 DR: ROMAN FECHA CX: 26 DE SEP DE 2018 HOSPITAL DE FONTIBON	2003+$$900	08/07/2036	1	111.000	0 %	111.000

Observaciones:

SUBTOTAL	**222.000**
IVA	**0**
TOTAL:	**222.000**

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 codigo de Comercio modificado por la ley 1231 de 2008.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL

VALOR EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS MCTE

04 OCT 2018

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT 800.250.382 - 2

Firma Autorizada

ISO 9001
icontec internacional
Certificado Nº SC 4566-1

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.