FACTURA DE VENTA No. AM247814

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247814 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:
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 123293
Paciente JULIAN DOMINGUEZ NIÑO /DR: CARVAJAL
Documento de entrega: 42045352
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
345445	AXSOS TORNILLO ESPONJOSO 4 X 45 MM TR 2013DM-0010034	L09956	30/12/2999	1	84.000	0 %	84.000
345455	AXSOS TORNILLO ESPONJOSO 4 X 55 MM TR 2013DM-0010034	R16100	16/07/2038	1	84.000	0 %	84.000
338626	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X26MM 2013DM-0010034	L49641	31/12/2999	1	82.000	0 %	82.000
338628	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X28MM 2013DM-0010034	Y24937	30/12/2999	2	82.000	0 %	164.000
338644	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X44MM 2013DM-0010034	L09302	30/12/2999	1	82.000	0 %	82.000
338646	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X46MM 2013DM-0010034	Y23591	30/12/2999	1	82.000	0 %	82.000
371544	AXSOS TORNILLO BLOQUEADO 4.0MMXL44	L48757	30/06/2022	1	349.000	0 %	349.000
371546	AXSOS TORNILLO BLOQUEADO 4.0MM-L46	L30719	30/12/2999	1	349.000	0 %	349.000
371550	AXSOS TORNILL BL ACER AUTOTAR T15 4.0X50	L41057	00/00/0000	1	349.000	0 %	349.000
390019	ARANDELA 7 MM 2013DM-0010034	L51630	31/12/2999	1	50.000	0 %	50.000
437230	AXSOS P MED ANT LAT TIB DE 175MMX10X4HX5	J16782	00/00/0000	1	2.285.000	0 %	2.285.000

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY NIVEL
16 NOV 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

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 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. AM247814

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247814 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:
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 123293
Paciente JULIAN DOMINGUEZ NIÑO /DR: CARVAJAL
Documento de entrega: 42045352
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
390019	ARANDELA 7 MM 2013DM-0010034 ********** PACIENTE: JULIAN DOMINGUEZ NIÑO H.C: 80737078 DR: CARVAJAL FECHA CX: 14 DE NOV DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	Y14952	30/12/2999	1	50.000	0 %	50.000

Observaciones:

SUBTOTAL	**4.010.000**
IVA	**0**
TOTAL:	**4.010.000**

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: CUATRO MILLONES DIEZ MIL PESOS MCTE

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. AM247816

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247816 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:
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00
Destinatario: HOSPITAL DE KENNEDY
Dirección destinatario: AV 1 De Mayo 40B 54
Doctor(a)
No Caso CRM : 123064
Paciente WILSON ANTONIO ALZATE AROCA
Documento de entrega: 42045353
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
5817010	VARIAX HD PROF 1.7X10MM TOR CROSSPIN AT	1000320527	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000
5817011	VARIAX HD PROF 1.7X11MM TOR CROSSPIN AT	1000317028	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000
5817012	VARIAX HD PROF 1.7X12MM TOR CROSSPIN AT	1000282240	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000
5817013	VARIAX HD PROF 1.7X13MM TOR CROSSPIN AT	1000284431	30/12/2999	1	111.000	0 %	111.000
5705260	VARIAX HAND PROFILE SET 1.7 S TREG7H	1000282993	30/12/2999	1	187.000	0 %	187.000
740281	VARIAX DIS RA CLAVO KIRSCHNER 1.1X160 MM 2008DM-0002104 ********** PACIENTE: WILSON ANTONIO ALZATE AROCA H.C: 79708581 DR: ESCOBAR FECHA CX: 19 DE OCT DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY	6000067550	30/12/2999	1	78.000	0 %	78.000

Firma Autorizada

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

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
16 NOV 2018

ISO 9001 icontec Certificado Nº 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. AM247816

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247816 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:	
Orden de Compra:	CONTRATO 3926 DE 2018	Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00	
Destinatario:	HOSPITAL DE KENNEDY	**Dirección destinatario: AV 1 De Mayo 40B 54**	
Doctor(a)		**No Caso CRM : 123064**	
Paciente	WILSON ANTONIO ALZATE AROCA	Documento de entrega:	42045353
HISTORIA			

Observaciones:	**SUBTOTAL**	**709.000**
	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:**	**709.000**

VALOR EN LETRAS: SETECIENTOS NUEVE MIL PESOS MCTE

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe: _____

ISO 9001 icontec

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. AM247817

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247817 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:
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00
Destinatario: HOSPITAL DE FONTIBON
Dirección destinatario: CR 104 20 C 21
Doctor(a)
No Caso CRM : 122785
Paciente ARLEY LOPEZ GIRALDO / DR: VILA
Documento de entrega: 42045354
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
5817008	VARIAX HD PROF 1.7X8 MM TOR CROSSPIN AT	1000309513	30/12/2999	2	111.000	0 %	222.000
5705270	VARIAX HD PROF SET 1.7 S YANGOSTA7H	1000255355	30/12/2999	1	236.000	0 %	236.000
5817007	VARIAX HD PROF 1.7X7 MM TOR CROSSPIN AT	1000316817	30/12/2999	3	111.000	0 %	333.000
740281	VARIAX DIS RA CLAVO KIRSCHNER 1.1X160 MM 2008DM-0002104 ********** PACIENTE: ARLEY LOPEZ GIRALDO H.C: 79715181 DR: VILA FECHA CX: 18 DE OCT DE 2018 HOSPITAL DE FONTIBON	6000067550	30/12/2999	1	78.000	0 %	78.000

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

Firma Autorizada

16 NOV 2018
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL

ISO 9001
icontec internacional
Certificado Nº SC 4566-1

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 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. AM247817

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247817 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:	
Orden de Compra:	CONTRATO 3926 DE 2018	Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00	
Destinatario:	HOSPITAL DE FONTIBON	**Dirección destinatario: CR 104 20 C 21**	
Doctor(a)		**No Caso CRM : 122785**	
Paciente	ARLEY LOPEZ GIRALDO / DR: VILA	Documento de entrega:	42045354
HISTORIA			

Observaciones:	**SUBTOTAL**	**869.000**
	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:**	**869.000**

VALOR EN LETRAS: OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL PESOS MCTE

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

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. AM247818

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247818 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:
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 122957
Paciente LEONEL OSPINA AGUDELO/DR: CARVAJAL
Documento de entrega: 42045355
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
343075	AXSOS TORNILLO ESPONJOSO DE6.5 X 75MM TR 2013DM-0010034	F50086	00/00/0000	1	119.000	0 %	119.000
343080	AXSOS TORNILLO ESPONJO DE 6.5 X 80MM TR 2013DM-0010034	L23334	30/12/2999	1	122.000	0 %	122.000
371332	AXSOS TORNILLO AUTOTAR BLOQ 5.0MM X 32 REG SAN:INVIMA2003V-0002239	L22979	30/12/2999	1	432.000	0 %	432.000
371365	AXSOS TORNILLO AUTOTAR BLOQ 5.0MM X 65 REG SANITARIO INVIMA 2013DM-0010034	L22255	30/12/2999	1	607.000	0 %	607.000
371375	AXSOS TORNILLO AUTOTAR BLOQ 5.0MM X 75 REG SAN:INVIMA2003V-0002239	Y12259	30/12/2999	1	607.000	0 %	607.000
338628	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X28MM 2013DM-0010034	Y29089	31/12/2999	3	82.000	0 %	246.000
338630	AXSOS TORNILLO CORTICAL AUTOTAR 3.5X30MM 2013DM-0010034	L54263	31/12/2999	1	82.000	0 %	82.000
340646	AXSOS TORNILLO CORTICAL DE 4.5MM X 46MM 2013DM-0010034	10856Y	30/12/2999	1	82.000	0 %	82.000
338675	MATTA TORNILLO CORTICAL 3.5 X 75 MM AT 2013DM-0010034	L13975	30/12/2999	1	88.000	0 %	88.000
340634	AXSOS TORNILLO CORTICAL DE 4.5MM X 34MM	05943L	31/12/2999	1	82.000	0 %	82.000

Firma Autorizada

AMAREY NOVA MEDICAL S.A. NIT 800.250.383-2 HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL 16 NOV 2018

Nombre de quién Recibe: _____

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

ISO 9001 icontec Certificado Nº SC 4566-1

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 prestamo)., 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 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 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. AM247818

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 días. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247818 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:
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 122957
Paciente LEONEL OSPINA AGUDELO/DR: CARVAJAL
Documento de entrega: 42045355
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
	2013DM-0010034						
371560	AXSOS TORNI BL ACER AUTOTAR T15. 4.0XL60 REG SANITARIO INVIMA 2013DM-0010034	L00792	30/12/2999	1	349.000	0 %	349.000
371575	AXSOS TORNI BL ACER AUTOTAR T15. 4.0XL75 REG SANITARIO INVIMA 2013DM-0010034	V44600	31/12/2999	1	425.000	0 %	425.000
371580	AXSOS TORNILLO BLOQUEADO 4.0MMXL80 2013DM-0010034	L08358	30/12/2999	1	425.000	0 %	425.000
437526	AXSOS PLACA DIS FE DER 6-5H BL M 3 BL V REG SAN:INVIMA2003V-0002239	L14781	30/12/2999	1	3.220.000	0 %	3.220.000
437332	AXSOS P PRO LAT TIBIA DE L225MM-12X5H-6	R20357	18/07/2038	1	2.874.000	0 %	2.874.000
371580	AXSOS TORNILLO BLOQUEADO 4.0MMXL80 2013DM-0010034 ********** PACIENTE: LEONEL OSPINA AGUDELO H.C: 17568928 DR: CARVAJAL	L24684	30/12/2999	1	425.000	0 %	425.000

AMAREY NOVA MEDICAL S.A.
NIT 800.250.382 - 2

Firma Autorizada

ISO 9001 icontec internacional
Certificado N° SC 4566-1

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 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. AM247818

Facturación por Computador Numeración de facturación DIAN 18762010593851 del 04 de Octubre de 2018

Vigencia 18 meses de 04 de Octubre de 2018 a 03 Marzo de 2020Vigencia 18 meses de

Autorizada del # AM245001 al # AM250000

Fecha de Expedición: 15/11/2018 Moneda: COP

Fecha de Vencimiento en 90 dias. Fecha de Vencimiento: 13/02/2019

Documento interno: 9000247818 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:
Orden de Compra: CONTRATO 3926 DE 2018
Informativo: Cartera Vencida a la fecha $ 51.209.750,00
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Dirección destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Doctor(a)
No Caso CRM : 122957
Paciente LEONEL OSPINA AGUDELO/DR: CARVAJAL
Documento de entrega: 42045355
HISTORIA

REF.	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FEC. VENC.	CANT.	VR UN	IVA	VR TOTAL
	FECHA CX: 22 DE OCT DE 2018 HOSPITAL DE KENNEDY						

Observaciones:	SUBTOTAL	10.185.000
	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:**	**10.185.000**

VALOR EN LETRAS: DIEZ MILLONES CIENTOOCHENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE

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

Firma Autorizada

ISO 9001 icontec internacional
Certificado N° 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 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.