Copia

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	17/08/2018	
		Código:	18-02-FO-0007	

CERTIFICACION: __X___				INFORME PARCIAL: ___			Marque con una (X) según corresponda
CONTRATO No.	5284-2018					FECHA DEL INFORME :	10/07/2019

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

							Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:
Contratista:	UCIPHARMA S.A	NIT O C.C	830.070.192-6	Valor Inicial:	$298.000.000		23/08/2018	22/11/2018
Representante Legal:	ESTEBAN LIZARAZO LIZARAZO	Cedula Representante	72.257.955	Adición 1:	$70.000.000	Prórroga 1:	23/11/2018	15/01/2019
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS			Adición 2:	$300.000.000	Prórroga 2:	16/01/2019	15/03/2019
Duración Inicial	TRES(3)			Adición 3:	$400.000.000	Prórroga 3:	16/03/2019	15/04/2019
				Adición 4:	$90.000.000	Prórroga 4:	16/04/2019	30/04/2019
Disponibilidades Números	822 DEL 20/04/2018	Registros Presupuestales	36018 DEL 15/08/2018	Adición 5:		Prórroga 5:	01/05/2019	31/05/2019
				Adición 6:		Prórroga 6:	01/06/2019	30/06/2019
				Adición 7:		Prórroga 7:	01/07/2019	31/07/2019
				Adición 8:		Prórroga 8:		
				Adición 9:		Prórroga 9:		
Rubro presupuestal			CODIGO	Adición 10:		Prórroga 10:		
			321020102	Valor Total:	$1.158.000.000	Fecha Terminación actual:		31/07/2019

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					
sep-18	ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS HOSPITALARIOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	MO5-FO03/MO5-PA16	X		Oportunidad de entrega	SI:X N/A NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X	NO:
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: X N/A NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X	NO:
					Cumplimiento de condiciones contratadas	SI: X N/A NO:			

Observaciones:

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	54389	28-08-2018	AGOSTO	28-08-2018	7.580.300	7.580.300	1.150.419.700	1%	
2	54390	28-08-2018	AGOSTO	28-08-2018	20.146.700	27.727.000	1.130.273.000	2%	
3	54487	03-09-2018	SEPTIEMBRE	17-09-2018	5.311.920	33.038.920	1.124.961.080	3%	
4	54599	07-09-2018	SEPTIEMBRE	17-09-2018	9.096.360	42.135.280	1.115.864.720	4%	
5	54612	10-09-2018	SEPTIEMBRE	17-09-218	34.629.000	76.764.280	1.081.235.720	7%	
6	54753	17-09-2018	SEPTIEMBRE	25-09-2018	30.374.750	107.139.030	1.050.860.970	9%	
7	54812	19-09-2018	SEPTIEMBRE	19-09-2018	29.152.620	136.291.650	1.021.708.350	12%	
8	54839	20-09-2018	SEPTIEMBRE	25-09-2018	10.372.040	146.663.690	1.011.336.310	13%	
9	54844	20-09-2018	SEPTIEMBRE	25-09-2018	28.530.250	175.193.940	982.806.060	15%	
10	54847	20-09-2018	SEPTIEMBRE	25-09-2018	615.944	175.809.884	982.190.116	15%	
11	54911	25-09-2018	SEPTIEMBRE	25-09-2018	17.093.160	192.903.044	965.096.956	17%	
12	55145	10-10-2018	OCTUBRE	17-10-2018	23.115.750	216.018.794	941.981.206	19%	
13	55208	11-10-2018	OCTUBRE	23-10-2018	7.616.000	223.634.794	934.365.206	19%	
14	55266	17-10-2018	OCTUBRE	23-10-2018	833.000	224.467.794	933.532.206	19%	
15	55359	22-10-2018	OCTUBRE	23-10-2018	36.890.000	261.357.794	896.642.206	23%	
16	55672	09-11-2018	NOVIEMBRE	13-11-2018	33.552.050	294.909.844	863.090.156	25%	
17	55567	02-11-2018	NOVIEMBRE	07-11-2018	2.380.000	297.289.844	860.710.156	26%	
18	7700000034	23-11-2018	NOVIEMBRE	23-11-2018	9.222.500	306.512.344	851.487.656	26%	
19	7700000041	23-11-2018	NOVIEMBRE	23-11-2018	2.300.000	308.812.344	849.187.656	27%	
20	7700000033	23-11-2018	NOVIEMBRE	23-11-2018	7.904.932	316.717.276	841.282.724	27%	
21	7700000035	23-11-2018	NOVIEMBRE	26-11-2018	14.268.100	330.985.376	827.014.624	29%	
22	7700000036	23-11-2018	NOVIEMBRE	26-11-2018	1.190.000	332.175.376	825.824.624	29%	
23	7700000037	23-11-2018	NOVIEMBRE	26-11-2018	18.656.820	350.832.196	807.167.804	30%	
24	7700000267	07-12-2018	DICIEMBRE	07-12-2018	3.233.825	354.066.021	803.933.979	31%	
25	7700000497	18-12-2018	DICIEMBRE	19-12-2018	1.904.000	355.970.021	802.029.979	31%	
26	7700000578	21-12-2018	DICIEMBRE	24-12-2018	13.313.720	369.283.741	788.716.259	32%	
27	7700000589	24-12-2018	DICIEMBRE	26-12-2018	5.004.545	374.288.286	783.711.714	32%	

29.07.2019
2:58 PM

28	7700000579	21-12-2018	DICIEMBRE	22-12-2018	53.188.240	427.476.526	730.523.474	37%	
29	7700000598	26-12-2018	DICIEMBRE	26-12-2018	6.247.500	433.724.026	724.275.974	37%	
30	7700000720	09-01-2019	ENERO	10-01-2019	37.515.940	471.239.966	686.760.034	41%	
31	7700000718	09-01-2019	ENERO	10-01-2019	32.999.771	504.239.737	653.760.263	44%	
32	7700000998	25-01-2019	ENERO	25-01-2019	5.355.000	509.594.737	648.405.263	44%	
33	7700001118	06/02/2019	FEBRERO	06/02/2019	31.549.280	541.144.017	616.855.983	47%	
34	7700001115	06/02/2019	FEBRERO	06/02/2019	910.000	542.054.017	615.945.983	47%	
35	7700001343	19/02/2019	FEBRERO	19/02/2019	10.353.000	552.407.017	605.592.983	48%	
36	7700001615	06/03/2019	MARZO	07/03/2019	66.230.640	618.637.657	539.362.343	53%	
37	7700001616	06/03/2019	MARZO	07/03/2019	5.753.000	624.390.657	533.609.343	54%	
38	7700001876	22/03/2019	MARZO	22/03/2019	9.795.961	634.186.618	523.813.382	55%	
39	7700002131	11/04/2019	ABRIL	11-04-2019	45.772.160	679.958.778	478.041.222	59%	
40	7700002117	10/04/2019	ABRIL	10-04-2019	4.664.800	684.623.578	473.376.422	59%	
41	7700002122	10/04/2019	ABRIL	11-04-2019	12.818.561	697.442.139	460.557.861	60%	
42	7700002177	15/04/2019	ABRIL	15-04-2019	5.497.800	702.939.939	455.060.061	61%	
43	7700002176	16/04/2019	ABRIL	16-04-2019	2.130.300	705.070.239	452.929.761	61%	
44	7700002202	16/04/2019	ABRIL	16-04-2019	5.176.500	710.246.739	447.753.261	61%	
45	770000002311	25/04/2019	ABRIL	25-04-2019	4.620.000	714.866.739	443.133.261	62%	
46	7700002433	06/05/2019	MAYO	06/05/2019	44.779.700	759.646.439	398.353.561	66%	
47	7700002495	10/05/2019	MAYO	10/05/2019	10.353.000	769.999.439	388.000.561	66%	
48	7700002443	09/05/2019	MAYO	09/05/2019	13.179.250	783.178.689	374.821.311	68%	
49	7700002621	17/05/2019	MAYO	17/05/2019	5.248.971	788.427.660	369.572.340	68%	
50	7700002674	19/05/2019	MAYO	19/05/2019	20.706.000	809.133.660	348.866.340	70%	
51	7700002660	21/05/2019	MAYO	21/05/2019	1.153.000	810.286.660	347.713.340	70%	
52	7700002708	23/05/2019	MAYO	23/05/2019	5.176.500	815.463.160	342.536.840	70%	
53	**7700002930**	**10/06/2019**	JUNIO	**10/06/2019**	**64.743.140**	880.206.300	**277.793.700**	**76%**	
54	**7700003076**	**19/06/2019**	JUNIO	**19/06/2019**	**14.190.000**	894.396.300	**263.603.700**	**77%**	
55	**7700002906**	**07/06/2019**	JUNIO	**07/06/2019**	**16.671.900**	911.068.200	**246.931.800**	**79%**	
56	**7700002915**	**07/06/2019**	JUNIO	**07/06/2019**	**892.500**	911.960.700	**246.039.300**	**79%**	
57	**7700002905**	**07/06/2019**	JUNIO	**07/06/2019**	**2.073.000**	914.033.700	**243.966.300**	**79%**	
58	**7700002922**	**10/06/2019**	JUNIO	**10/06/2019**	**10.199.371**	924.233.071	**233.766.929**	**80%**	
		TOTAL			**924.233.071**				

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL PROVEEDOR VIENE CUMPLIEDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	NOVECIENTOS VEINTICUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETENTA Y UN PESOS M/CTE	$ 924.233.071
Saldo por ejecutar	DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTAY SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTI NUEVE PESOS M/CTE	$ 233.766.929

VALOR TOTAL CERTIFICADO	$ 108.769.911,00	CIENTO OCHO MILLOMES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS ONCE PESOS M/CTE
No. FACTURA (s) A PAGAR O CUENTA DE COBRO		FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO
7700002930/7700003076/7700002906/7700002915/7700002905/7700002922		07-06-2019 AL 19-06-2019
VALOR A PAGAR		
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	Norha Alba Fonseca
NOMBRE Y APELLIDOS	NORHA ALBA FONSECA
C.C. No.	51.924.,776
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
AREA DE UBICACIÓN	DIRECCION ADMINISTRATIVA

FACTURA DE VENTA No.	UCI7700003076

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011380104 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del UCI7700000001 al UCI7700007500
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 al 20de mayo del 2020

Fecha de Expedición: 2019-06-19 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-09-17
Documento Interno: 7700003079 **Remisión :**
Zona (s): U0102

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
COP - Colombia
ciac.ucipharma@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

UCIPHARMA

NIT:8300701926

IVA Régimen Común - Autoretenedores Renta Res.Dian 01160 del 05 de Dic 2008
Gran Contribuyente de ICA por Res DDI-010761 Act Princ 1204 (11 ,04 por mil) CIIU 4659.

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT: 9009590484
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Orden Compra: Contrato N4283de2018
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

Cod. Cliente: 3384
Telefono / Celular: 5714546800
E-mail: VENTAS@GRUPOAMAREY.COM
Dirección Destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Informativo: Cartera Vencida $71983640.00
No Caso CRM: 146752
Documento Entrega: 80253947

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
934074	COSEAL SELLANTE QUIRURGICO 4.0 MLREGISTRO INVIMA: 2017DM-0000528-R1	HA181256 HA190376	2020-10-18 2020-12-18	1 9	1.419.000	0	14.190.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Almacen Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Oscar S
CARGO: Aux Administrativo
C.C. #: 1016010859
FECHA: 20-06-19 HORA: 11:40
FIRMA:

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: CATORCE MILLONES CIENTONOVENTA MIL PESOS MCTE.

Descuentos pronto pago:

SUBTOTAL	14.190.000
IVA	0
TOTAL A PAGAR	14.190.000

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.

AMAREY NOVA MEDICAL
NIT 800.250.362-1
FIRMA AUTORIZADA

Nombre de quién Recibe: _____

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

ISO 9001 icontec SC-CER 133997

IQNet

POLITICAS DE DEVOLUCION:
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horassiguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de productopara destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito. ,

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : 7720ef0801f2bf6f97a82b7f836fdeacf9b7c3c7

FACTURA DE VENTA No.	UCI7700002930

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011380104 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del UCI7700000001 al UCI7700007500
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 al 20de mayo del 2020

Fecha de Expedición: 2019-06-10 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-09-08
Documento Interno: 7700002932 **Remisión :**
Zona (s): U0102

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
COP - Colombia
ciac.ucipharma@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

UCIPHARMA

NIT:8300701926

IVA Régimen Común - Autoretenedores Renta Res.Dian 01160 del 05 de Dic 2008
Gran Contribuyente de ICA por Res DDI-010761 Act Princ 1204 (11 ,04 por mil) CIIU 4659.

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT: 9009590484
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Orden Compra: Contrato N5284de2018
Destinatario: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

Cod. Cliente: 3384
Telefono / Celular: 5714546800
E-mail: VENTAS@GRUPOAMAREY.COM
Dirección Destinatario: TV 74 F 40 B 54 SUR
Informativo: Cartera Vencida $71983640.00
No Caso CRM: 145310
Documento Entrega: 80253068

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
C8701	SISTEMA ALEXIS + KII FIOS T-S 2.5-6 CMINVIMA 2017DM-0001166-R1	1344215	2021-12-30	1	418.500	19	418.500
938819	FOLIODRAPE CAMPO ABERTURA U 225X280CMINVIMA 2013DM-0010195	897601007	2023-12-31	25	64.700	19	1.617.500
C6001	S. IRRIGA-SUCCION COMPLETO 5X33 CMINVIMA 2018DM-0003173-R1	1347602	2022-01-20	60	199.500	19	11.970.000
CB030	EPIX TIJERA LAPAROSCOPIC 5X35CMINVIMA 2018DM-0003344-R1	1346598	2022-01-16	80	290.000	19	23.200.000
CTB75	KITKII CUCHIL PROTEROSCAZ 12X100MMP2INVIMA 2018DM-0018755	1355009	2022-04-25	70	160.000	19	11.200.000
CFB03	KII CUCHIL PROTEG FIJACION AVANZ 5X100MMINVIMA 2018DM-0018755	1345134 1347069	2022-01-06 2022-01-17	21 19	150.000	19	6.000.000

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: SESENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIENTOCUARENTA PESOS MCTE.

Descuentos pronto pago:

SUBTOTAL	54.406.000
IVA	10,337,140
TOTAL A PAGAR	64.743.140

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 & 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008.

UCIPHARMA S.A
NIT 830.070.192-6
FIRMA AUTORIZADA

ISO 9001 icontec SC-CER 333997

IQNet

Nombre de quién Recibe: _____

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

POLITICAS DE DEVOLUCION:
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por averia en transporte dentrode las 24 horassiguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de productopara destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Almacen Kennedy
NOMBRE QUIEN RECIBE: Miguel Pinilla
CARGO: Tec. Admin ist
C.C. #: 79 978. 740
FECHA: 10-06-19 HORA: 3:15 pm
FIRMA:

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : e070897ef08a5541187a9975d5e5997a3b23adff

FACTURA DE VENTA No.	UCI7700002922

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011380104 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del UCI7700000001 al UCI7700007500
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 al 20de mayo del 2020

Fecha de Expedición: 2019-06-10 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-09-08
Documento Interno: 7700002924 **Remisión :**
Zona (s): U0102

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
COP - Colombia
ciac.ucipharma@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

UCIPHARMA

NIT:8300701926

IVA Régimen Común - Autoretenedores Renta Res.Dian 01160 del 05 de Dic 2008
Gran Contribuyente de ICA por Res DDI-010761 Act Princ 1204 (11 ,04 por mil) CIIU 4659.

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT: 9009590484
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Orden Compra: CONTRATO 5284
Destinatario: HOSPITAL DE FONTIBON

Cod. Cliente: 3384
Telefono / Celular: 5714546800
E-mail: VENTAS@GRUPOAMAREY.COM
Dirección Destinatario: CR 104 20 C 21
Informativo: Cartera Vencida $71983640.00
No Caso CRM: 138566
Documento Entrega: 80253061

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
TK706-171	INSERTO 90G ELECTRODO INTERCAM2011EBC-0007569	00784-8021	9999-09-09	6	208.000	19	4.160.000
		05737-0419	9999-09-09	9			
		9420-0219	9999-09-09	5			
TK775-4075C	KIT PINZA MARYLAND CRUCIF SCR 5mmx33cm	1894110	9999-09-09	1	2.179.000	19	2.179.000
TK775-4089CS	KIT PINZA ATR. ENDOCLINCH CCR 5MMX33CM	1891721	9999-09-09	1	2.231.900	19	2.231.900

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
RECIBE: [illegible]
[illegible]
FECHA: 10-06-2019 HORA: 1:55

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: DIEZ MILLONES CIENTONOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS MCTE.

Descuentos pronto pago:

SUBTOTAL	8.570.900
IVA	1,628,471
TOTAL A PAGAR	10.199.371

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 [illegible] Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008.

UCIPHARMA
NIT. 830.070.192-6

FIRMA AUTORIZADA

Nombre de quién Recibe: _____

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

POLITICAS DE DEVOLUCION:
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por averia en transporte dentrode las 24 horassiguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de productopara destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

ISO 9001 Icontec SC-CER 133097

IQNet

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : 2ae60b25b9469f9926c9488cbf0f8e62d8840564

FACTURA DE VENTA No. UCI7700002915

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011380104 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del UCI7700000001 al UCI7700007500
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 al 20de mayo del 2020

Fecha de Expedición: 2019-06-07 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-09-05
Documento Interno: 7700002917 **Remisión :**
Zona (s): U0102

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
COP - Colombia
ciac.ucipharma@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

UCIPHARMA

NIT:8300701926

IVA Régimen Común - Autoretenedores Renta Res.Dian 01160 del 05 de Dic 2008
Gran Contribuyente de ICA por Res DDI-010761 Act Princ 1204 (11 ,04 por mil) CIIU 4659.

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT: 9009590484
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Orden Compra: CTTO52842018
Destinatario: HOSPITAL DE FONTIBON

Cod. Cliente: 3384
Telefono / Celular: 5714546800
E-mail: VENTAS@GRUPOAMAREY.COM
Dirección Destinatario: CR 104 20 C 21
Informativo: Cartera Vencida $71983640.00
No Caso CRM: 145369
Documento Entrega: 80252981

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
620030301	FILTROS DESECHABLES PARA INSUFLADORFABRICANTE: STRYKER	18253FE2	2020-09-09	10	75.000	19	750.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: FONTIBON 004
NOMBRE QUIEN RECIBE: RAFAEL CAMARGO
CARGO: AUX. ADM.
C.C. #: 79254360
FECHA: 10-06-2019 HORA: 8 D 25

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.

Descuentos pronto pago:

SUBTOTAL	750.000
IVA	142,500
TOTAL A PAGAR	892.500

La cancelación de esta factura después de su vencimiento causará intereses de mora conforme al Art . 884 del Código de Comercio y se asimila para todos los efectos legales a una Letra de Cambio. según los Art 774 y 779 del Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008.

UCIPHARMA S.A
NIT. 830.070.192-6
FIRMA AUTORIZADA

ISO 9001 Icontec SC-CER 133997

IQNet

Nombre de quién Recibe: _____

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

POLITICAS DE DEVOLUCION:
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por averia en transporte dentrode las 24 horassiguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de productopara destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : 145501bc071efe752167551de6f8eb830e9d2bb0

FACTURA DE VENTA No.	UCI7700002905

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011380104 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del UCI7700000001 al UCI7700007500
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 al 20de mayo del 2020

Fecha de Expedición: 2019-06-07 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-09-05
Documento Interno: 7700002907 **Remisión :**
Zona (s): U0102

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
COP - Colombia
ciac.ucipharma@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

UCIPHARMA

NIT:8300701926

IVA Régimen Común - Autoretenedores Renta Res.Dian 01160 del 05 de Dic 2008
Gran Contribuyente de ICA por Res DDI-010761 Act Princ 1204 (11 ,04 por mil) CIIU 4659.

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT: 9009590484
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Orden Compra: Contrato 5284de2018
Destinatario: HOSPITAL DE FONTIBON

Cod. Cliente: 3384
Telefono / Celular: 5714546800
E-mail: VENTAS@GRUPOAMAREY.COM
Dirección Destinatario: CR 104 20 C 21
Informativo: Cartera Vencida $71983640.00
No Caso CRM: 145336
Documento Entrega: 80252954

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
600133	CELSTAT KNITTED 20 cm x 10 cm CJX10REG SAN: 2015DM-0013998 VIGENCIA: 23.11.2025	17061511H	2020-06-01	1	920.000	0	920.000
600132	CELSTAT KNITTED 35 cm x 5 cm CJX10REG SAN: 2015DM-0013998 VIGENCIA: 23.11.2025	17101021H	2020-10-31	1	1.153.000	0	1.153.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Fontibon
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Ramos
CARGO: Tecnologo Regente
C.C. #: 80796665
FECHA: 10-06-19 11:20
FIRMA:

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL PESOS MCTE.

Descuentos pronto pago:

SUBTOTAL	2.073.000
IVA	0
TOTAL A PAGAR	2.073.000

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.

UCIPHARMA S A
NIT 830.970.192-6
FIRMA AUTORIZADA

Nombre de quién Recibe: _____

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

ISO 9001 icontec SC-CER 133907

IQNet

POLITICAS DE DEVOLUCION:
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por averia en transporte dentrode las 24 horassiguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de productopara destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : 3384c9a6fda2aa0dd14116fbb6f51521f6d0e7c6



FACTURA DE VENTA No.	UCI7700002906

Resolución de Facturación Electronica DIAN 18762011380104 del 21 de Noviembre de 2018 Autorizada del UCI7700000001 al UCI7700007500
Vigencia 18 meses de 21 de Noviembre de 2018 al 20de mayo del 2020

Fecha de Expedición: 2019-06-07 **Moneda:** COP
Fecha de Vencimiento : 90 días **Fecha de Vencimiento:** 2019-09-05
Documento Interno: 7700002908 **Remisión :**
Zona (s): U0102

PBX: PBX: 7447300
CEL: CEL. 3102284658
Transversal 23 93-23
COP - Colombia
ciac.ucipharma@grupoamarey.com
www.grupoamarey.com

UCIPHARMA

NIT:8300701926

IVA Régimen Común - Autoretenedores Renta Res.Dian 01160 del 05 de Dic 2008
Gran Contribuyente de ICA por Res DDI-010761 Act Princ 1204 (11 ,04 por mil) CIIU 4659.

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

CLIENTE: SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE ESE DE SERVICIOS DE SALUD

NIT: 9009590484
Dirección y Ciudad: TV 74 F 40 B 54 SUR BOGOTA D.C.
Orden Compra: Contrato 5284de2018
Destinatario: HOSPITAL DE FONTIBON

Cod. Cliente: 3384
Telefono / Celular: 5714546800
E-mail: VENTAS@GRUPOAMAREY.COM
Dirección Destinatario: CR 104 20 C 21
Informativo: Cartera Vencida $71983640.00
No Caso CRM: 145336
Documento Entrega: 80252958

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	LOTE / SERIE	FECHA VENCIMIENTO	CANT	VALOR UNITARIO	% IVA	VALOR TOTAL
258266	FOLIODRAPE PROTECT CABLES VIDEO 13X250CMINVIMA 2013DM-0010195 FABRICANTE. HARTMANN RICO A.S./LIANYUNGANG	804440286	2023-12-31	140	28.000	19	3.920.000
C6001	S. IRRIGA-SUCCION COMPLETO 5X33 CMINVIMA 2018DM-0003173-R1	1347602	2022-01-20	20	199.500	19	3.990.000
CB030	EPIX TIJERA LAPAROSCOPIC 5X35CMINVIMA 2018DM-0003344-R1	1346598	2022-01-16	10	290.000	19	2.900.000
CTB75	KITKII CUCHIL PROTEROSCAZ 12X100MMP2INVIMA 2018DM-0018755	1346935	2022-01-28	20	160.000	19	3.200.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
NOMBRE BODEGA: Fontibon Dda
NOMBRE QUIEN RECIBE: Carlos Parra
CARGO: Auxiliar Enfermeria
C.C. #: 1080966[illegible]
FECHA: 07-06-19
FIRMA:

OBSERVACIONES:

VALOR EN LETRAS: DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE.

Descuentos pronto pago:

SUBTOTAL	14.010.000
IVA	2,661,900
TOTAL A PAGAR	16.671.900

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.

UCIPHARMA S.A
NIT. 830.070.192-6
FIRMA AUTORIZADA

ISO 9001 icontec SC-CER 133097

Nombre de quién Recibe: _____

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

POLITICAS DE DEVOLUCION:
-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en cliente.
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horassiguientes a la fecha de la emisión de la factura.
-Se recibirán devoluciones por error en solicitud de producto dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en el cliente.
-Se recibirán devoluciones de productopara destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE : f82f62cb67335a08163f548b5629678fa1ce524a