GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.

AFE31555

CUFE: 16a08976f3d579952eca05f26ae641016716b3da7268beed60f87fbe308840371bbb944e751cad746a5224d61078f6a2

AMAREY NOVA MEDICAL S. A.
Nit: 800250382-2
601 7447300
Dirección: Carrera 7 No. 99-53 Pisos 19 y 20 - BOGOTÁ D.C.
Email: atencion.cliente@grupoamarey.com

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: 46451 Resolucion de Facturación Electronica DIAN 18764058519642 del 2023-10- 24 a 2025-04-24 Autorizada del AFE-1 al AFE-40000 Vigencia 18 meses, Responsable de IVA - Gran Contribuyente Resol 012220 del 26 de Dic de 2022 Autoretenedores de Renta por Res. Dian 14684 del 29 de Nov de 2007 Autoretenedor Municipio de Neiva (Art. 637 Acuerdo 028 de 2018 ETIM) BOGOTA GRAN CONTRIBUYENTE ICA: RESOLUCIÓN DDI-023769 A100.

Cliente: **HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL**

Nit: **830067597-4** Ciudad: **BOGOTÁ D.C.**
Dirección: **TV 45 40 13 CAN**

Tel / Cel: **6012202600**
Destinatario: **TV 45 40 13 CAN**

Dirección Destinatario:
TV 45 40 13 CAN

Informativo:
Cod Cliente: **0100001505**
E-mail:
GRUTEHOCEN@POLICIA.GOV.CO

Paciente: **KAREN VALENTINA GONZALEZ**

Historia: **1014305524**
Doctor(a): **JAIME MORA**

Fecha Expedición
2024-12-09 17:29:47-05:00

Fecha de Vencimiento
2025-01-08

Forma de Pago **CRÉDITO** | Condiciones de Pago

Medio de Pago
Consignación bancaria

Moneda: **COP** Zona (s):

Orden de Compra: **CTTO 96-8-20479-24** | No. Caso: **123592** | Documento Entrega: **0080055567** | Documento Interno: **1A00031529**

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	22-527-104	ALAMBRE 0 4MM X METRO INVIMA 2018DM-0003008-R1,,,,	FEB0327919	9999-12-31	1	17,606.00	19.00	17,606.00
2	25-872-05-09	TORNILLO MAXDRIVE 2 0MM X 05MM INVIMA 2021DM-0024805,,,VIGENTE,	33497041	9999-12-31	2	324,218.00		648,436.00
3	25-879-05-09	TORNILLO MAXDRIVE DFS-SCH 2.0MM X 05MM INVIMA 2021DM-0024805,,,VIGENTE,	33562468	9999-12-31	1	324,218.00		324,218.00
4	25-872-07-09	TORNILLO MAXDRIVE 2.0MM X 07MM INVIMA 2021DM-0024805,,,VIGENTE,	33636821	9999-12-31	4	324,218.00		1,296,872.00
5	25-550-08-09	PLACA RECTA 8 ORIF 2.0 MM INVIMA 2021DM-0024805,,,VIGENTE,	33270113	2028-11-16	1	646,000.00		646,000.00
6	25-574-05-09	PLACA EN L DER. 5 ORIF P. LARGO 2.0MM INVIMA 2021DM-0024805,,,VIGENTE,	33323504	2029-12-18	1	983,000.00		983,000.00

Valor en Letras: TRES MILLONES NOVECIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: **6**

Subtotal	**3,916,132.00**
Descuento	**0.00**
Base IVA	**17,606.00**
IVA	**3,345.00**
Total Operación	**3,919,477.00**
Valor Total:	**3,919,477.00**

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. Con la aceptación, expresa o tácita, del presente documento, autorizo a Novatecnica S A S o cualquier tercero debidamente acreditado por este, a contactarme por cualquier medio en referencia al presente documento en caso de encontrarme en mora, con la finalidad de mantener una comunicación efectiva y oportuna. Además, autorizo para recibir información por medio de correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp y correspondencia física.

POLÍTICAS DE DEVOLUCIÓN

-Se recibirán devoluciones por error en despacho de las 24 horas siguientes a la fecha de recepción de producto en client
-Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentrode las 24 horas siguientes 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 cliente
-Se recibirán devoluciones de producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

AMAREY NOVA MEDICAL S.A
Nit. 800.250.382-2

Firma Autorizada

ALMACEN DE CONSUMO
BODEGA MONTEVIDEO
RECIBIDO
FECHA 16
NOMBRE Cristian Prada
HORA 9:41

Nombre de quien recibe

C.C: _____ Fecha: _____

Firma de Recibido Aceptada

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