GRUPO Amarey
AMAREY NOVA MEDICAL

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**
**No.**

AFE65308

CUFE: c5210fcf29423a7ac831b782de65e705683111023ff0b5a4333f94466d42c199332d2a3799065c5b07eb63d35e0de1e7

**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 18764091048598 del 2025-03-26 a 2027-03-26 Autorizada del AFE-40001 al AFE-100000 Vigencia 24 meses, Responsable de IVA - Gran Contribuyente Resol 000200 del 27 de Dic de 2024 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 029334

Cliente: **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

Nit: **830040256-0** Ciudad: **BOGOTÁ D.C.**
Dirección: **TV 5 49 00**

Tel / Cel: **6013486868**
Destinatario: **HOSPITAL MILITAR CENTRAL/TV 5 49 00**

Dirección Destinatario:
**HOSPITAL MILITAR CENTRAL/TV 5 49 00**

Informativo:
Cod Cliente: **0100002195**
E-mail:
**SIIFNACION.FACTURAELECTRONICA@MINHACIENDA.GOV.CO**

Paciente: **JUAN DIEGO NIÑO APOLINAR**

Historia: **1014857232**
Doctor(a): **DR JUAN PABLO MEJIA BARBOSA**

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
**2026-02-25 10:44:26-05:00**

Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
**2026-05-26**

Forma de Pago: **CRÉDITO**
Condiciones de Pago: **90 días.**

Medio de Pago
**Consignación bancaria**

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

Orden de Compra: **CTTO 482-2023** | No. Caso: **143172** | Documento Entrega: **0080126644** | Documento Interno: **1A00065137**

| Item | Referencia | Descripción | Lote / Serie | Fecha Vencimiento | Cant. | Valor Unitario | % IVA | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-872-09-09 | TORNILLO MAXDRIVE 2.0MM X 09MM<br>INVIMA 2021DM-0024805, , , VIGENTE, , 04057605107050 | 33686307 | 2040-12-31 | 3 | 149,280.00 | | 447,840.00 |
| 2 | 25-873-09-09 | TORNILLO MAXDRIVE 2.3MM X 09MM<br>INVIMA 2021DM-0024805, , , VIGENTE, , 04057605106756 | 33482207 | 2032-09-01 | 1 | 164,330.00 | | 164,330.00 |
| 3 | 50-300-04-09 | PLACA AVANCE MENTON 4MM GROSOR 0.6MM<br>INVIMA 2021DM-0024805, , , VIGENTE, , 04057605462746 | 33676579 | 2040-12-31 | 1 | 1,017,190.00 | | 1,017,190.00 |

GRUPO Amarey AMAREY NOVA MEDICAL

**Valor en Letras:** UN MILLON SEISCIENTOS VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

**Observaciones:**

Total Items: **3**

| | |
|---|---|
| Subtotal | **1,629,360.00** |
| Descuento | **0.00** |
| Base IVA | **0.00** |
| IVA | **0.00** |
| Total Operación | **1,629,360.00** |
| **Valor Total:** | **1,629,360.00** |

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, autorizó 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 cliente.
-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 el cliente.
-Se recibirán devoluciones de producto para destrucción por previa solicitud del cliente, sin generar Nota Crédito.

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Recibido Aceptada: _____

icontec ISO 9001 SC4586-1

IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

**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.