

AMAREY NOVA MEDICAL SA - Documento No.: 800250382

NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL
SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS
M/Cte.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO
890907254

Fecha Actual : miércoles, 20 mayo 2026

Página 1/1

COMPROBANTE DE EGRESO**Número : 000000000014029**

Consecutivo : 000000000014029
Fecha del Egreso : 20/05/2026 10:51:04 a. m.
Beneficiario : 800250382 AMAREY NOVA MEDICAL SA
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000000455
Valor en Letras : NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Estado : Confirmado

Valor : \$ 9,486,694.00

Numero Nota: PROVEEDORES

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCOLOMBIA

Numero : Consignar : 05/20/2026 Impuesto X Mil : \$ 0.00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCOLOMBIA 71587022347 CTA PPAL	800250382	11100601	\$ 0.00	\$ 9,486,694.00
INTERFAZ AUTOMATICA DGH	800250382	24010101	\$ 9,486,694.00	\$ 0.00

Egreso Generado por la Dispersion 00000000455

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
AFE65229	\$ 4,743,347.00	AFE65834	\$ 4,743,347.00		

ORDEN DE PAGO GENERADA

Consecutivo	Fecha	Rubro	Nombre	Recurso	Valor
2342	20260520	2.4.5.01.03.301.01	PRODUCTOS FARMACEUTICOS VIGENCIA ACTUAL	3 - Recursos Propios	\$ 4,743,347.00
2342	20260520	2.4.5.01.03.301.01	PRODUCTOS FARMACEUTICOS VIGENCIA ACTUAL	3 - Recursos Propios	\$ 4,781,600.00

Diana María Mejía Valencia
Gerente



HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS
E.S.E. RIONEGRO
Por la vida, siempre

Luis Mauro Giraldo
Tesorero**TESORERÍA**

Número del registro
6Nombre del destinatario
Amarey Nova MedicaProducto destino
480 - 94618 - 99Banco
BancolombiaEstado del pago
ExitosoDescripción
Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.Fecha de aplicación
20 May 2026Identificación destinatario
800250382Tipo de producto
Cuenta corrienteValor
COP \$ 9.486.694,00Código
OKA

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO

Fecha Actual : miércoles, 25 febrero 2026

1/1

COMPROBANTE ENTRADA

N°00000000010776

PROVEEDOR: AMAREY NOVA MEDICAL SA NIT: 800250382 FECHA: 25/02/2026 11:36 a. m.
CIUDAD: BOGOTA D.C. (BOGOTÁ D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: TV 23 93 23 MONEDA: Pesos
TELEFONO: 744 73 00 TASA CAM: 0.00
N° FACTURA: AFE65229 % ICA: 8.0000 PLAZO: 60 FECHA FAC: 25/02/2026 12:00 a. m.
ORD. COMPRA

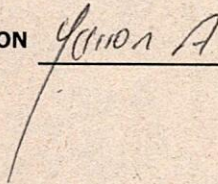
CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
213821	CEFTRIAXONA 1G INYECTABLE	Unidad	160.00	\$ 29,885.00	\$ 4,781,600.00	0.00	0.00

DETALLE

TOTAL COMPROBANTE:

CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS
CUARENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

RESPONSABLE DE RECEPCION



SUBTOTAL: \$ 4,781,600.00
DESCUENTO: \$ 0.00
IMPUESTO: \$ 0.00
FLETES: \$ 0.00
IMP FLETES: \$ 0.00
RETE IVA: \$ 0.00
RETE ICA: \$ 38,253.00
RETE FUENTE: \$ 0.00
OTRAS RETE: \$ 0.00
OTRAS DEDUC: \$ 0.00
IMP DISTRI: \$ 0.00
AJUSTE RED: \$ 0.00
AJUSTE AL TOTAL: \$ 0.00
TOTAL COMPR: \$ 4,743,347.00



CUFE: 13fb07a96a5da35a95da58abf25d5bd401c2042eb08b09bcb0436b5a17f7a7c2e253a8f52ce246f2c016cb1fb770fa2d

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 SAN JUAN DE DIOS E.S.E.

Nit: 890907254-7 Ciudad: RIONEGRO
Dirección: CR 48 56 59

Tel / Cel: 05745618125
Destinatario: E S E HOSPITAL SAN JUAN DE DIO/CR 48 56 59

Dirección Destinatario:
E S E HOSPITAL SAN JUAN DE DIO/CR 48 56 59

Informativo:
Cod Cliente: 0100001722
E-mail:
CAD@HSJDESERIONEGRO.COM

Paciente:
Historia:
Doctor(a):

Fecha Expedición AAAA/MM/DD
2026-03-05 08:48:17-05:00

Fecha de Vencimiento AAAA/MM/DD
2026-05-04

Forma de Pago Condiciones de Pago
CRÉDITO

Medio de Pago
Consignación bancaria

Moneda: COP Zona (s):

Orden de Compra: 7059 No. Caso: 38706 Documento Entrega: 0080127881 Documento Interno: 1A00065656

Item	Referencia	Descripción	Lote / Serie	Fecha Vencimiento	Cant.	Valor Unitario	% IVA	Valor Total
1	10074290	ROCEFEN FCO 1G10ML I V CJX1 AMP INVIMA 2021M-008483-R4, 000021382-01, J01DD54, VIGENTE, ,	B1100B03	2028-03-31	160	29,885.00		4,781,600.00

Valor en Letras: CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS COLOMBIANOS M/CTE CON CERO CENTAVOS

Observaciones:

Total Items: 1

Subtotal	4,781,600.00
Descuento	0.00
Base IVA	0.00
IVA	0.00
Total Operación	4,781,600.00
Valor Total:	4,781,600.00

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 e 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 cliente.
- Se recibirán devoluciones por avería en transporte dentro de 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.

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

Firma Autorizada

Nombre de quién Recibe

C.C: Fecha: Hora:

Firma de Recibido Aceptada:



SC4588-1



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.