



FACTURA DE VENTA

-CV4000000502270

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
27	09	2018

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA
LETRA DE CAMBIO SEGUN ART 774 DEL CODIGO DE COMERCIO

Droguerías y Farmacias Cruz Verde S A S NIT 800 149 695-1

Calle 97 No. 13-14 Piso 1 Bogotá Colombia PBX 4924860 Fax 4924860

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res DIAN No 000041 30-Ene-2014

Res_Fact DIAN No 1876200603055 de 27/DICIEMBRE/2017 Autoriza del -CV4-1 al -CV4-1 000 000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 47731 TARIFA ICA 4 14 X 1000

ORIGINAL

Referencia 28 - 35462-681

Sucursal 251_CRUZ_VERDE_CALLE_54

SEÑORES		CONDICIONES DE PAGO			FECHA DE VENCIMIENTO			
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA		Crédito	Contado	DD	MM	AAAA		
		X		28	12	2018		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		No ORDEN DE COMPRA			PAGAR ANTES DEL			
TIPO	Nit	No	800251440-6		28	12	2018	
DIRECCION / SUCURSAL		CIUDAD			TELEFONO			
CL 100 11B 67		BOGOTA , COLOMBIA			57-571-6468060			
PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	% IVA	IVA	VALOR TOTAL
20309	HIPERLIPEN 100MG TAB INST CAJ X 10 PA. CIPROFIBRATO CUM 19940030-03-0C10AB08	TAB	10	\$3 119 00	\$0 00	0	\$0 00	\$31 190 00
20309	HIPERLIPEN 100MG TAB INST CAJ X 10 PA. CIPROFIBRATO CUM 19940030-03-0C10AB08	TAB	10	\$3 119 00	\$0 00	0	\$0 00	\$31 190 00
20309	HIPERLIPEN 100MG TAB INST CAJ X 10 PA. CIPROFIBRATO CUM 19940030-03-0C10AB08	TAB	10	\$3 119 00	\$0 00	0	\$0 00	\$31 190 00

Contrato	030010000000001857336000010	TOTAL BRUTO	\$93,570 00
Usuario	73183921 - MENDIVIL BATISTA JORGE LUIS	DESCUENTOS	\$0 00
Id Médico	800251440 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A EPS	SUBTOTAL	\$93,570 00
SANITAS		IVA TOTAL	\$0 00
Actividad	MEDICAMENTOS SISPRO	TOTAL A PAGAR	\$93,570 00
Fecha Entrega	21-SEP-18		
Autorización	92288937		
SON NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA			
CORRIENTE *****			

Si esta factura no es pagada dentro del plazo fijado causará intereses de mora a la tasa máxima legal vigente permitida
Factura por Computador

Emisor	Firma de quien revisa	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por		Firma _____
Juan Duarte		Nombre _____
Firma _____		No documento de identidad _____
Nombre _____		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa) _____



DOCUMENTO DE SUMINISTRO DE PRODUCTOS

CRUZ VERDE S A S
NIT 800,149,695
Carrera 13 A No 96-83 Piso 6

Documento 251-364227
Secuencia 58352375
Fecha y Hora 21/09/2018 08 54 AM
Vendedor Ruiz Duarte Yenny Katerine
Sucursal 251_Cruz_Verde_Calle_54
Dirección carrera 13 no 54 - 84 / 86

Cliente Entidad Promotora De Salud
Actividad MEDICAMENTOS SISPRO
Afiliado 73,183 921
Nombre Mendivil Batista Jorge Luis
Contrato 03001000000000185733600
Medico Entidad Promotora De Salud

CODIGO	DESCRIPCIÓN	UNIOPER	CAN
20309	Hiperlipen 100mg Tab Inst Caj X 10 Caj X 10	Tableta	30

FIRMA DEL USUARIO

VólanTe de Autorizacion

NUM SOLICITUD 92288937



92288937

Usuario JORGE MENDIVIL

Doc Usuario 73183921

Médico 800261440-EPS SANITAS CENTRO MÉDICO NUEVO
HORIZONTE

Fecha Aprobación 03/07/2018

Fecha Impresión 21/09/18 08 58 AM

Convenio EPS SANITAS

Plan (10) INTEGRAL

Código	Descripción	Cant
C10AB0613C01	CIPROFIBRATO 100MG TAB 13 TABLETA	30

Observaciones

EXONERADO CUOTA MODERADORA/COPAGO EXONERADO
CUOTA MODERADORA/COPAGO

OBSERVACION DE TEXTO SISPRO

RECLAMA EN. (CRUZ VERDE CALLE 64) // DAS-US SCG

MEDICAMENTO NO POS

Local 261 CRUZ_VERDE_CALLE_64

Vigencia Hasta 27/09/2018

3^o era Entrega 92288937

MINSALUD		FÓRMULA MÉDICA						Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-06-30 07:33:18			
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio BOGOTÁ, D.C.		Código Habilitación 119072482613		Nro. Prescripción 20180630130006876338					
DATOS DEL PRESTADOR											
Documento de Identificación: AR0251440		Número Prestador de Servicios de Salud: EPS SANITAS CENTRO MÉDICO PALERMO									
Dirección: CR 25 NO 45 C - 31 P CONSULTORIOS 312-313-314-317-315.		Teléfono: 6466080									
DATOS DEL PACIENTE											
Documento de Identificación: CC1026267800	Primer Apellido: MENDIVIL	Segundo Apellido: BATISTA	Primer Nombre: JORGE	Segundo Nombre: LUIS							
Número Histona Clínica: 218-9877	Diagnóstico Principal: E783 HIPERTIROIDISMO NO ESPECIFICADA		Usario / régimen: CONTRIBUTIVO		Ámbito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO						
MEDICAMENTOS											
Tipo prestación: SUCESIVA	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica: ICIPROFIBRATO 100MG/ML TASIFIBRA DE TITRACION 100 MODIFICADA	Dosis: 1 DOSIS	Vía Administración: ORAL	Frecuencia Administración: 24 HORAS/1	Indicaciones Especiales: SIN INDICACIÓN ESPECIAL	Duración Tratamiento: 180 DÍA(S)	Recomendaciones: TOMAR 1 TRIPLÉTA CADA DÍA POR 180 DIAS	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica: 180 CIENTO DOSCIENTA TABLETA			
PROFESIONAL TRATANTE											
Documento de Identificación: CC1026267800	Nombre: DANIEL RICARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ										
Registro Profesional: 1026367800											
Especialidad:											
				Firma: FC9D-32E7-71A3-437B-578D-7418-EFFA-A945							
La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016, Art. 13. Numeral 4.											

Jideman Borda
72339294
304549823





FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)

2018-06-30 07:34:18

Nro. Prescripción

20180630130900876338

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento BOGOTÁ, D.C.	Municipio BOGOTÁ, D.C.	Código Habilitación 11001245-2013
Documento de Identificación 800251440	Nombre Prestador de Servicios de Salud ERIK SANTOS GONZALEZ MEDICO PATERNO	
Dirección CR 20 NO. 45 C. 31 P CONSULTORIO 312-313-314-317-315	Teléfono 6498000	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación CC73758901	Primer Apellido: MENDOZA	Segundo Apellido: BATISTA	Primer Nombre: JORGE	Segundo Nombre: JULIO
Número Habitación Clínica: 3183824	Diagnóstico Principal: 1785 HIPERTROFIA NO ESPECIFICADA		Último Trámite: CONTINUO	Ambito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO

MEDICAMENTOS

Tipo prescripción	Nombre Medicamento/ Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones/ Especeales	Condiciones Tratamiento	Recomendaciones	Comentarios Farmacéuticos Nro / Letras y Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	CIPROFISNATO 100MG/1U TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 DOSIS	ORAL	24 HORAS(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	180 DÍA(S)	TOMAR 1 TABLETA CADA DÍA POR 180 DIAS	180 DÍA(S) CIENTO CINCUENTA TABLETA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación CC102626700	Nombre: DANIEL RICARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ	
Registro Profesional: 1036267800	Firma	
Especialidad	Codvor FC9D-32E7-7D01-437B-578B-F41B-EFFA-A645	

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016 Art. 13. Numeral 4.

DR. D. R. H. R.
 Especialista Medicina Familiar

b.0b8876b

101-100

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

73183921

NUMERO

MENDIVIL BATISTA

APELLIDOS

JORGE LUIS

NOMBRES

Jorge Luis Mendivil

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CARTAGENA
(BOLIVAR)

16-NOV-1981

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 **O+**

ESTATURA G.S. RH

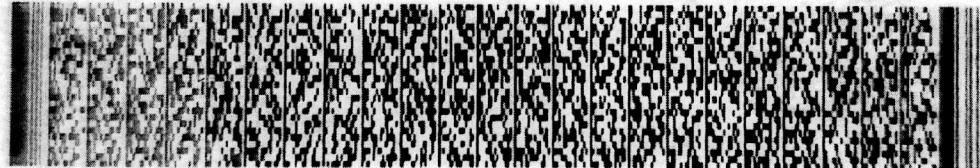
M

SEXO

23-NOV-1999 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0500100-70079262-M-0073183921-20010910

00837 01247R 01 082776901

Bogotá, 21 de Septiembre del 2018

Señores

Cruz Verde

L C

Cordial saludo

Por medio de la presente autorizo al señor VIDERMAN SANDERS BORDA PEÑA, identificado con documento No 72339294 de BARRANQUILLA, ATLANTICO, para reclamar mi medicamento Debido a que labore entre semana 12 horas diarias y fines de semana, se me dificulta acercarme a la farmacia para el retiro de los respectivos medicamentos

Anexo copia de Cedula con formulas adjuntas

Agradezco la atención prestada

Atentamente

Jorge Luis Mendivil Batista
CC 73183921 de Cartagena
Celular: 3046635644

Dr Jorge Luis Mendivil Batista
Medico
CC 73 183 921
Resolucion No 05326/2003