

**FACTURA DE VENTA**
-CV4000000496333

FECHA DE EXPEDICION		
DD	MM	AAAA
26	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 18762006083055 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

Referencia 16 - 35282-1094

Sucursal 130_CRUZ_VERDE_NEIVA_CENTRO

ORIGINAL

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA				CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
				Crédito	Contado	DD	MM	AAAA
				X		25	12	2018
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION TIPO Nit No 800251440-6				No ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL		
						25	12	2018
						DD	MM	AAAA
DIRECCION / SUCURSAL CL 100 11B 67				CIUDAD BOGOTA COLOMBIA		TELEFONO 57-571-6466060		
PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	% IVA	IVA	VALOR TOTAL
102050	EXFORGE HCT (5+180+12 5)MG TAB REC INST CAJ X 28 PA. AMLODIPINO BESILATO+VALSARTAN+ CUM 20015778-03-0C09DX01	COM	28	\$5 266 00	\$0 00	0	\$0 00	\$147 448 00

Contrato	030010000000002017491000010	TOTAL BRUTO	\$147,448 00
Usuario	26492458 - CHAVARRO CALDERON MARIA DEL AMPARO	DESCUENTOS	\$0 00
Id Médico	900030512 - LABORATORIO SURCOLOMBIANO IPS	SUBTOTAL	\$147,448 00
Actividad	MEDICAMENTOS SISPRO	IVA TOTAL	\$0 00
Fecha Entrega	15-SEP-18	TOTAL A PAGAR	\$147,448 00
Autorización	92832811		
SON CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO 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 _____
Eliana Yaneth		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 220-639100
Secuencia 58223877
Fecha y Hora 15/09/2018 11 29 AM
Vendedor Pino Cabrera Francy Nelly
Sucursal 130_Cruz_Verde_Neiva_Cen
Dirección cra 5 no 12-63 /67

Cliente Entidad Promotora De Salud
Actividad MEDICAMENTOS SISPRO
Afiliado 26 492 458
Nombre Chavarro Calderon Maria Del
Contrato 03001000000000201749100
Medico Laboratorio Surcolombiano

CODIGO	DESCRIPCIÓN	UNIOPER	CAN
102050	Exforge Hct (5+160+12.5)Mg Tab Rec Inst Caj X 28 Caj X 28	Comprimido	28

FIRMA DEL USUARIO

MINI ALUD		GOBIERNO DE COLOMBIA		Fecha y Hora de Emisión (AAAA-MM-DD)				
FÓRMULA MÉDICA				2018-07-13 17:40:49				
				Nro. Prescripción				
				20180713187007076562				
DATOS DEL PRESTADOR								
Departamento	Municipio	Código Habilitación						
MDA	NEIVA	410010000421						
Documento de Identificación	Nombre Prestador de Servicios de Salud							
99050012	LABORATORIO BUCOLOMBIANO LTDA BUCOLABI							
Dirección	Teléfono							
CALLE 14 NO. 7 A-03	6746631							
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
CC8847248	CHAVARRA	CALDERON	MARIA	DEL AMPARO				
Número Historia Clínica	Diagnóstico Principal		Usos y Régimen		Ámbito Atención			
20180408	HTA (HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA))		CONTINUO		AMBULATORIO PRIORIZADO			
MEDICAMENTOS								
Tipo prescripción	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidad en Farmacia (Nro. / Litros / Unidades / Embalajes)
SUCESIVA	(AMLODIPINO) 5MG/10 INDICACION: CROTAZ (DA) 12.5MG/10 (VALSARTAN) 160MG/10 TOMAR UNA TABLETA CADA DIA	125 MILIGRAMO(S)	ORAL	1 DIA(S)	SIN INDICACION ESPECIAL	30 DIA(S)	TOMAR UNA TABLETA CADA DIA	60 / NOVENTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación			Nombre					
S.E. 1870251859			LAURA CRISTINA BOLAÑOS					
Registro Profesional			Especialidad					
1870251859			Medicina					
Especialidad			Código					
			66105					

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1858 de 2018 Art. 12, Numeral 8

2018/07/13
CALLE
LABORATORIO BUCOLOMBIANO LTDA BUCOLABI
CALLE 14 NO. 7 A-03
6746631

Juan David Rojas
1075251604

Juan David Rojas
1075251604

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	92832811	Fecha Notificación	17/07/2018
Producto	EPS	Nit	800251440
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	BOGOTA PRINCIPAL
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	13/07/2018
		Código	EPS
		Ciudad	NEIVA

SEÑORES

800149695 DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S A S NEIVA

Habilitación	800149695J0	Teléfono	3175738878
Dirección	DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S A S NEIVA	Ciudad	NEIVA
		Departamento	HUILA

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	2017491	Numero	26492458	Nombre	MARIA DEL AMPARO CHAVARRO CALDERON
Tipo de Identificación	CC	Antigüedad	73 SEMANAS		
Fecha de Nacimiento	29/10/1948	Nivel de Ingresos	GRUPO B		
Clase Usuario	POS	Ciudad	NEIVA	Departamento	HUILA
Dirección	CALLE 14 A # 34 - 20	Tel Opcional		Correo electronico	
Tel Residencia					

REMITENTE

900030512 LABORATORIO SURCOLOMBIANO IPS LTDA

Habilitación	410010080405	Teléfono	8631484
--------------	--------------	----------	---------

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	MEDICAMENTOS		
Diagnóstico	I10X	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	MEDICAMENTOS NO POS	Cama	Guía
Tipo de Orden Médica	CRONICO	Numero de entrega	3
		Tipo de Recobro	

MEDICAMENTOS AUTORIZADOS

Código	Medicamento	Unidad de Medida	Cantidad	Forma de Dispensación
C09DX0113C05	AMLODIPINO+HIDROCLOROTIAZIDA +VALSARTAN (5+12 5+160)MG TAB	MG	30	TABLETA

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN MEDICAMENTO NO POS
INFORMACIÓN ADICIONAL

OBSERVACIÓN OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL SISPRO# RECLAMA EN (FARMA_QUIRINAL) // DAS-US YS

CUOTA MODERADORA
CANTIDAD BONOS
COBERTURA USUARIO

EPS SANITAS
SERVICIOS MÉDICOS

LABORATORIO SURCOLOMBIANO IPS
900030512-2
AUTORIZACIÓN Y PRELECCIÓN
C. 3175738878
13/07/2018
San David Rojas

Autorizado Por
CARGO
Telefono

KAROL ANDREA OSPINA
CARDOZO
NIVEL 1 (FUNCIONARIO NIVEL
BASICO)
6466060

Recibido

Septiembre

VALIDO POR 30 Dias

DESDE 11/09/2018
COPIA 1

HASTA

10/10/2018



Organización Sanitas Internacional

NEIVA 04 – 07 – 2018

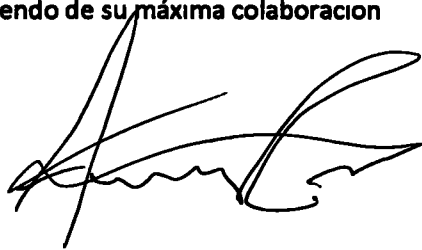
SEÑORES· CRUZ VERDE

Cordial saludo,

Con la presente autorizo al señor Juan David Chavarro le sean entregados mis medicamentos

Agradeciendo de su máxima colaboración

FIRMA,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Juan David Chavarro', written over a horizontal line.

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 Cedula de Ciudadania

NUMERO **26.492.458**
CHAVARRO CALDERON
 APELLIDOS
MARIA DEL AMPARO
 NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1948**
AGRADO
 (HUILA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.46
 ESTATURA
O+
 G.S. RH
F
 SEXO
29-JUL-1977 GARZON
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DE REGISTRO

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ADRIAN NARINHO TORRES




A-1809100-00144106-F-0026402458-20081229 0009074317A 1 0070020004