

**FACTURA DE VENTA**
-CV4000000500569

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 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 28 - 35434-315
Sucursal 119_CRUZ_VERDE_SANTA_MARTA

ORIGINAL

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA				CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
				Crédito	Contado	DD	MM	AAAA
				X		26	12	2018
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION TIPO NIT No 800251440-6				No ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL		
						26	12	2018
						DD	MM	AAAA
DIRECCION / SUCURSAL CL 100 11B 67				CIUDAD BOGOTA, COLOMBIA		TELEFONO 57-571-8466060		
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	% IVA	IVA	VALOR TOTAL
111883	ATACAND PLUS (16+12 5)MG TAB CAJ X 30 PA CANDESARTAN CILEXETILO+HIDROCL CUM 19930255-08-OC09DA06	TAB	30	\$9 011 00	\$0 00	0	\$0 00	\$270 330 00

Contrato	030010000000000478843000010	TOTAL BRUTO	\$270,330 00
Usuario	1687063 - CAMPO MANJARRES LUIS EMILIO	DESCUENTOS	\$0 00
Id Médico	800251440 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A EPS	SUBTOTAL	\$270,330 00
SANITAS		IVA TOTAL	\$0 00
Actividad	MEDICAMENTOS SISPRO		
Fecha Entrega	18-SEP-18		
Autorización	89664184		
SON DOSCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE *****		TOTAL A PAGAR	\$270,330 00

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 Elaborado por Juan Duarte Firma _____ Nombre _____	Firma de quien revisa  Firma _____ Nombre _____	Datos de quien recibe a conformidad Firma _____ Nombre _____ No documento de identidad _____ 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	222-526210
Secuencia	58284029
Fecha y Hora	18/09/2018 02 18 PM
Vendedor	Mendoza Lopes Fidel Antonio
Sucursal	119_Cruz_Verde_Santa_Mart
Direccion	carrera 5 no 24 - 43 local 3
Cliente	Entidad Promotora De Salud
Actividad	MEDICAMENTOS SISPRO
Afiliado	1,687 063
Nombre	Campo Manjarres Luis Emilio
Contrato	03001000000000047884300
Medico	Entidad Promotora De Salud

CODIGO	DESCRIPCION	UNIOPER	CAN
111883	Atacand Plus (16+12.5)Mg Tab Caj X 30 Caj X 30	Tableta	30

FIRMA DEL USUARIO

Volante de Autorización

NUM SOLICITUD 89664184



89664184

Usuario LUIS CAMPO
Doc Usuario 1887063
Medico 800251440 UAP SANTA MARTA
Fecha Aprobación 26/04/2018
Fecha Impresión 18/09/18 02 15 PM
Convenio EPS SANTAS
Plan (10) INTEGRAL

Codigo	Descripción	Cant
C09CA0613C04	CANDESARTAN CILEXETILO+HIDROCLOROTIAZIDA (16+12.5)MG TAB 13 TABLETA	30

Observaciones

MEDICAMENTO NO POS
OBSERVACION DE TEXTO SISPRO
RECLAMA EN (CRUZ_VERDE_SANTA_MARTA) // DAS/US DAMO
EXONERADO CUOTA MODERADORA/COPAGO EXONERADO
CUOTA MODERADORA/COPAGO

Local 119 CRUZ_VERDE_SANTA_MARTA

Vigencia Hasta 18/10/2018

Campos
57445594

UAP Santa Marta - NIT 800251440

CALLE 22 N° 20A-66

Nombre LUIS EMILIO CAMPO MANJARRES

Identificación CC 1687063 - Sexo Masculino - Edad 78 Años

SANTA MARTA (DISTRITO TURISTICO CULTURA)

23/04/2018, 10 20 53

Contrato E P S Sanitas 10-478843-1-1

Historia Clínica 1687063

Tipo de Usuario Otro

DIAGNÓSTICO(S)

(I10X)

ESTOS MEDICAMENTOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR SU PLAN DE SALUD

No

Medicamento y Prescripción

Cantidad total

1

Candesartan cilexetlio + Hidroclorotiazida 16 mg + 12 5 mg Tab

Tomar (via Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 180 día(s) ATACAND PLUS

180 (ciento ochenta) tableta

Los medicamentos unicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**Apreciado usuario, por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podria requerir una nueva valoración médica****MÉDICO****DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE**

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA)

Entidad proveedora

Manuel Eduardo Jimenez - Medicina General

CC 79272921 - RM 79272921

- Impreso 23/04/2018 10 27 54

Firma del paciente

Original Impresión realizada por maejimenez

Página 1 de 1

Firmado Electronicamente

EPS SANITAS
UNIDAD DE ATENCIÓN
SANTA MARTA
NIT 800 251 440-6
CALLE 22 N° 20A-66

3008048428



C L I N I C A
MAR CARIBE

Cra 19 No 18-174 Teléfonos 4206464/65/61 Fax 4201052
Santa Marta D T C H - Col

Paciente Luis Campo Fecha 14-8-18.
Empresa _____
C C _____ Edad _____
Dirección _____
Diagnóstico _____

R/ alofa sol. 100. Compromidos
180

tomar 1 Cada 12 horas.



CLINICA MAR CARIBE
COLSALUD S.A.
CONSULTA EXTERNA

Favor presentar esta formula en la proxima consulta

GOBIERNO DE COLOMBIA		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-08 16 07 07 35	
FÓRMULA MÉDICA		Nro Prescripción 20180816150007575424	
DATOS DEL PRESTADOR			
Departamento MAGDALENA		Codigo Habilitación 470010047601	
Municipio SANTA MARTA		Nombre Prestador de Servicios de Salud COMPAÑIA COLOMBIANA DE SALUD COLSALUD S A	
Documento de Identificación 819002176		Telefono	
Dirección CRA 19 CALLE 22 ESQUINA			
DATOS DEL PACIENTE			
Documento de Identificación CC1687063	Primer Apellido CAMPO	Segundo Apellido MANJARRES	Primer Nombre LUIS
Segundo Nombre EMILIO			
Numero Historia Clínica 1687063	Diagnóstico Principal I872 INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	Usuario Regimen CONTRIBUTIVO	Ámbito atención AMBULATORIO NO PRIORIZADO
MEDICAMENTOS			
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Via Administración
Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones
Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica			
SUCESIVA	[CILOSTAZOL] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 UNIDADES	ORAL
12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	SE LE RECOMIENDA CILOSTAZOL PARA REDUCIR LOS SINTOMAS DE LA CLAUDICACIÓN INTERMITENTE MEJORANDO EL FLUJO DE SANGRE A LAS PIERNAS
180 / CIENTO OCHENTA / UNIDADES			
PROFESIONAL TRATANTE			
Documento de Identificación CC79153869		Nombre RAUL EDUARDO ULLOA BUITRAGO	
Registro Profesional 622			
Especialidad			
		CodVer	

CIRUGIA GENERAL
CIRUGIA CARDIOVASCULAR
R.M. 622

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018 Art 13 Numeral 5

- 1): 896 6.4184.
- 2) 94390 268.

Santa Marta, Sept 18 de 2018

Señores
CRUZ VERDE
La ciudad

REF Poder Retiro de medicamentos

Por la presente les informo que le otorgo poder amplio y suficiente a mi hija LUISA ELENA CAMPO ESTRADA, con cedula de ciudadanía numero 57445594 de santa marta, para que en mi nombre retire los medicamentos cilostazo 100mg y candesartan cilexetilo + hidroclorotiazida 16 mg + 1 5 mg tab, ya que por quebrantos de salud no puedo acercarme directamente a la drogueria

Agradezco la atención prestada


LUIS CAMPO MANJARRES
CC 1.687.063 SANTA MARTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.687.063**
CAMPO MANJARRES

APELLIDOS
LUIS EMILIO

NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1939**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82
ESTATURA

O+
G.S. RH

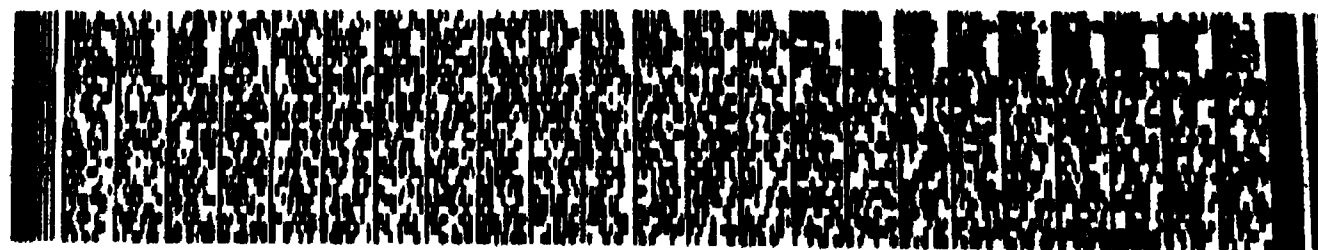
M
SEXO

14-JUL-1961 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amel Sánchez Torres

INDICE DE HECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SÁNCHEZ TORRES



A 2100100 00350081-M-0001687063-20111213

0028854634A 1

37781500