



**FACTURA DE VENTA**  
**-CV4000000498336**

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 10 - 35430-167


Sucursal 110\_CRUZ\_VERDE\_PONTEVEDRA

ORIGINAL

<b>SEÑORES</b> <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA</b>				<b>CONDICIONES DE PAGO</b>		<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b>		
				Crédito	Contado	DD	MM	AAAA
				X		26	12	2018
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACION</b> <b>TIPO NIT No 800251440-6</b>				<b>No ORDEN DE COMPRA</b>		<b>PAGAR ANTES DEL</b>		
						26	12	2018
						DD	MM	AAAA
<b>DIRECCION / SUCURSAL</b> <b>CL 100 11B 67</b>				<b>CIUDAD</b> <b>BOGOTA , COLOMBIA</b>			<b>TELEFONO</b> <b>57 571-6486060</b>	
<b>PRODUCTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>UDM</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>DESCTO</b>	<b>% IVA</b>	<b>IVA</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
65345	DOLEX DURA • 665MG TAB LIB PROG FCO X 100 PA ACEJAMINOFEN CUM 19677884-13-0N02BE01	FCO	1	\$67 250 00	\$0 00	0	\$0 00	\$67 250 00

<b>Contrató</b> <b>Usuario 20258135 - MARIELA CASTRO DE BERNAL</b>				<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>\$67,250 00</b>
<b>Id Médico</b>				<b>DESCUENTOS</b>	<b>\$0 00</b>
<b>Actividad MEDICAMENTOS SISPRO</b>				<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$67,250 00</b>
<b>Fecha Entrega 14-AGO-2018</b>				<b>IVA TOTAL</b>	<b>\$0 00</b>
<b>Autorización 90219835</b>				<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>\$67,250 00</b>
<b>SON SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS.CINCUENTA PESOS CON 00/100 MONEDA</b>					
<b>CORRIENTE *****</b>					

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

<b>Emisor</b> <b>Elaborado por</b> <b>Leidy Jimenez</b>  <b>Firma</b> _____ <b>Nombre</b> _____	<b>Firma de quien revisa</b>  	<b>Datos de quien recibe a conformidad</b>  <b>Firma</b> _____ <b>Nombre</b> _____ <b>No documento de identidad</b> _____ <b>Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa)</b> _____
--	---	--



**Voucher Dispensación  
Cruz Verde  
NIT 800149695  
Dispensación Pendiente  
Cliente**



**815110E000000C252080**

**CID Remision C252080  
Local 110 CRUZ\_VERDE\_Pontevedra\_Tutelas  
Caja 5 Vendedor DEISY PAOLA NOY CRUZ  
Fecha Hora 14/08/18 11 43 AM  
Convenio ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD  
Plan MEDICAMENTOS SISPRO  
Direccion Calle 138 52d 01 bloque 8 apto 605**

**Detalle de Dispensación**

<b>Cod</b>	<b>Descripcion</b>	<b>Unid</b>	<b>Cant</b>
<b>65345</b>	<b>DOLEX DURA + 665MG TAB LIB PROG FCO X 100 PL</b>	<b>TAB</b>	<b>100</b>

**Usuario MARIELA CASTRO  
Doc Usuario 20258135  
Contrato 20258135  
Numero de solicitud 90219835  
Numero de entrega 1/1  
Medico 900267940 JEMARZ SAS (ILANS INSTITUTO  
LATINOAMERICANO DE NEUROLOGÍA)**

01101017

(15) MINSA 111		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-05-08 11:46:11				
				Nro. Prescripción 20180508110006072106				
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
Departamento BOGOTÁ D.C.		Municipio BOGOTÁ D.C.		Código Habilitación 110012315901				
Documento de Identificación 900267940			Nombre Prestador de Servicios de Salud ILANS INSTITUTO LATINOAMERICANO DE NEUROLOGÍA Y SISTEMA NERVIOSO					
Dirección KR 19 A # 82 14			Teléfono 3002447279					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación CC20258135		Primer Apellido CASTRO		Segundo Apellido DE URRA				
Primer Nombre MARIELA		Segundo Nombre						
Numero Historia Clínica 20258135		Diagnostico Principal MS11 TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA		Usuario Regimen CONTRIBUTIVO				
				Ambito atención AMBULATORIO NO PRIORIZADO				
<b>MEDICAMENTOS</b>								
Tipo prestación	Nombre Medicamento, Forma Farmacéutica	Dosis	Via Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro. Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[PREGABALINA] 300MG/1U CAPSULAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 DOSIS	ORAL	2 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	180 DIA(S)	TOMAR 1 CAP CADA 12 HORAS POR SEIS MESES	360 / TRESCIENTOS SESENTA / CAPSULA
SUCESIVA	[ACETAMINOFEN] 665MG/1U TABLETAS DE LIBERACION MODIFICADA	1 DOSIS	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	180 DIA(S)	TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR SEIS MESES DAR 600 TABLETAS POR PRESENTACION DE FRASCOS DE 100 TABLETAS	600 / SEISCIENTOS / TABLETA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
Documento de Identificación CC1047361058				Nombre NORBERT ANTONIO HERRERA MARIN				
Registro Profesional 1047361058				Firma				
Especialidad				Cod. Ver 4AC2 B427 D95A 6411 BA14 E6A4 20CA DDFB				

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

**Dr. Norbert Herrera**  
 Anestesiólogo - Algeólogo  
 Paleativista  
 CC 1047361058  
 RM 1047361058

Mariela de Bernal  
 CC 20258135  
 8065054

Mariela de Bernal  
 CC 20258135  
 8065054

Volante de Autorización  
Num Solicitud 90219835



90219835

Usuario **MARIELA CASTRO**  
Tipo de identificación CC  
Doc Usuario 20258135  
Nivel de Ingresos Grupo A  
Regimen **REGIMEN CONTRIBUTIVO**  
Cuota Moderadora \$0  
Medico 900267940-JEMARZ SAS  
Fecha Notificación 10-05-2018  
Fecha Impresión 7/07/18 07 09 AM  
Fecha Orden Médica 08-05-2018  
Convenio **EPS SANITAS**  
Plan (10) **INTEGRAL**  
Tipo de Atención **MEDICAMENTOS NO POS**  
Numero de Entrega 3

*Mariela (de Bernal)*  
*cc 20258135*  
*tel: 8065054*

Detalle

Cod	Desc	Udm	Cant
N02BE011 4C01	ACETAMINOFEN 665MG TAB LIB PROL	LIBERACION PROLONGADA	100
N03AX160 1C03	PREGABALINA 300MG CAP	CAPSULA	60

Observación

SISPRO# RECLAMA EN (CRUZ VERDE  
PONTEVEDRA) // DAS-US LM

Local **CRUZ\_VERDE\_Pontevedra\_Tutelas 110**  
Valido Por 30 días  
Vigencia Desde 07-07-2018 hasta 05-08 2018

*Mariela Castro*  
*20258135*  
*tel: 8065054*

Documento Suministro de  
Productos  
Cruz Verde  
NIT 800149695  
Dispensación  
Local



815110ND00000C155966

CID Remisión 815110N - C155966  
Local 110 **CRUZ\_VERDE\_Pontevedra\_Tutelas**  
Caja 14 Vendedor **JORGE LUIS HERNANDEZ**  
**BARROS**  
Fecha Hora 7/07/18 07 18 AM  
Convenio **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**  
Plan **MEDICAMENTOS SISPRO**

Detalle de Dispensación

Cod	Descripción	Unid	Cant
123486	LYRICA 300MG CAP INST CAJ X 30 - SUST	CAP	60

Copago \$0

Se recibe a conformidad

*Mario Bernal*  
*cc 17934065*

Firma  
Documento

Usuario **MARIELA CASTRO DE BERNAL**  
Doc Usuario 20258135  
Numero de solicitud 90219835  
Numero de entrega 3/6  
Médico 900267940

REPUBLICA DE COLOMBIA - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

 **E.P.S. SANITAS**  
ORGANIZACION DE SALUD INTERNACIONAL

MARIELA CASTRO VILLAMIL

1. NO DE AFILIACION 30-10-86625 0 3

C 20258135

05/11/1989

01/12/2000 P.O.S.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.258.135

CASTRO DE BERNAL

APELLIDOS

MARIELA

NOMBRES





La Ciudad,



Asunto: Certificación de recibo de Medicamentos

Yo, Mariela Castro, con número de identificación  
30258135, de Wita, certifico que he recibido los  
siguientes medicamentos y/o insumos los cuales corresponden a la cantidad  
prescrita en el volante de autorización No \_\_\_\_\_

La presente se expide el día 14 de Agosto de 2018 lo anterior con el  
fin de que sirva como soporte para los entes que así la requieran

a. a. 11

Mariela Castro  
Usuario Recibe

\_\_\_\_\_  
Recibe en Nombre de