



**Droguerías y Farmacias Cruz Verde SAS**

NIT 800 149 695-1

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

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res DIAN No 000076 01 Dic 2016

Autorización Fact DIAN No 18762004873828 de 28/09/2017 Vencimiento 12 meses

CV1 2000001 a CV1 4000000 IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 47731 TARIFA ICA 4 14 X 1000

**FACTURA DE VENTA**  
**-CV100000002991260**

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  
CÓDIGO DE COMERCIO

Referencia 908422-26092018 26

ORIGINAL

Sucursal 104\_FARMA\_CENTRAL\_PREP\_BOG

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA				CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
				Crédito	Contado	DD	MM	AAAA
				X		25	12	2018
Documento de Identificación				No DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL		
Tipo Nit No 800251440-6						25	12	2018
						DD	MM	AAAA
DIRECCION / SUCURSAL		CIUDAD		TELEFONO				
CL 100 11B 67 ,		Bogota, Bogota D C , Colombia		57571-6466060 Ext 5710122				
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
80229	ACTEMRA® CONCENTRADO PARA INFUSION 80 MG/MML PA TOCILIZUMAB CUM 20002629-01-L04AC07	CAJ	6	\$313,032 00	\$0 00	0	\$0 00	\$1 878 192 00
					TOTAL BRUTO		\$1,878,192 00	
					DESCUENTOS		\$0 00	
					SUBTOTAL		\$1,878,192 00	
					IVA TOTAL		\$0 00	
SON UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****					TOTAL A PAGAR		\$1,878,192 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	Firma de quien revisa	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por John Huertas Vargas		Firma _____
Firma _____		Nombre _____
Nombre _____		No documento de identidad _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa) _____

# Volante de Autorización

NUM. SOLICITUD 92516551



92516551

Usuario ANGIE DIAZ

Doc Usuario 1075682969

Médico 800251440-EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN  
LOCAL 100

Fecha Aprobación 09/07/2018

Fecha Impresión 7/09/18 06 18 PM

Convenio EPS SANITAS

Plan (10) INTEGRAL

Código	Descripción	Cant
L04AC0731C02	TOCILIZUMAB 80MG/4ML SOL INY - 88 AMPOLLA -	6

10 09 2018; Dig 6; AE

## Observaciones

OBSERVACION DE TEXTO SISPRO

RECLAMA EN (CRUZ\_VERDE\_CAYRE) // DAS-US MVP

MEDICAMENTO REQUIERE ADMINISTRACION SUPERVISADA

MEDICAMENTO NO POS

Local 118 CRUZ\_VERDE\_SINCELEJO

Vigencia Hasta 06/10/2018

**VOLANTE CON  
CICLO TERMINADO**

		<b>FÓRMULA MEDICA</b>		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-07-09 13 10 01	
				Nro. Prescripción 20180709177006983765	
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>					
Departamento BOGOTÁ D.C.		Municipio BOGOTÁ D.C.		Código Habilitación 110012482615	
Documento de Identificación 800251440		Nombre Prestador de Servicios de Salud EPS SANITAS CENTRO MEDICO CALLE 13			
Dirección AC 13 NO 65-21 LC 100 CC CENTENARIO ZONA INDUSTRIAL		Teléfono 6468060			
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
Documento de Identificación CC 1075682969		Segundo Apellido RAMIREZ		Primer Nombre ANGIE	
Segundo Nombre DANIELA		Ambito atención AMBULATORIO NO PRIORIZADO			
Numero Historia Clínica 1075682969		Diagnóstico Principal M080 ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL		Usario Régimen CONTRIBUTIVO	
<b>MEDICAMENTOS</b>					
Tipo prestación SUCEIVA	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica TOCILIZUMAB 80MG/4ML / OTRAS SOLUCIONES	Dosis 460 MILIGRAMO(S)	Vía Administración INTRAVENOSA	Frecuencia Administración 30 DÍA(S)	Indicaciones Especiales SIN INDICACIÓN ESPECIAL
Duración Tratamiento 90 DÍA(S)		Recomendaciones APLICAR 460 MILIGRAMOS ENDOVENOSOS EN SALA DE INFUSION SEGUN PROTOCOLO		Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica 18 / DIECIOCHO / AMPOLLA	
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>					
Documento de Identificación CC53053054		Nombre BIBIANA ROCIO QUEVEDO REY			
Registro Profesional 53053054		Firma 4ABD-D0D7-6F03-C8			
Especialidad		CodVer			

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3837 de 2015 de la Superintendencia de Salud.  
**SANITAS**  
 CENTRO MEDICO ESPECIALISTAS CASTELLANA  
 AV. 100 251 13 JA  
 TEL 5895391

Angie Daniela Diaz R  
 CC 1075682969



00700

NOMBRE		ANGIE DANIELA DIAZ RAMIREZ	
IDENTIFICACION	1075682969	CAMA	CAYRE AMB
MEDICAMENTO		TOCILIZUMAB	
DOSIS	460 mg	VOL DOSIS	23,00 mL
VOL VEHICULO	17.0 mL	SSN 0.9%	
VOL TOTAL	100.00	mL	
CONCENTRACION	4,600	mg/ml	
F P	10/09/2018	Hr P	03 00
F V	11/09/2018	Hr V	03 00
LOTE	15388J163540		
Q F P	MREQUENA	Q F V	GCHIRINOS
INSTITUCION / CLIENTE		CAYRE (CV)	
OBSERVACIONES		REFRIGERAR (2 8°C)	
"MEDICAMENTO ONCOLOGICO MANIPULACION RIESGOSA"			
15388J163540		UNICOSES	
ID			

MINSALUD		FÓRMULA MÉDICA		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)				
Departamento: BOGOTÁ D.C.		Municipio: BOGOTÁ D.C.		2018-07-09 13:10:01				
Documento de Identificación: 800251440		Nombre Prestador de Servicios de Salud: EPS SANITAS CENTRO MEDICO CALLE 13		Vno. Prescripción: 20180709177006983755				
Dirección: AC 13 NO. 65-21 LC 100 CC CENTENARIO ZONA INDUSTRIAL		Teléfono: 6466060						
DATOS DEL PRESTADOR								
Documento de Identificación: CC1075682969		Primer Apellido: DIAZ		Segundo Apellido: RAMIREZ				
Número Historia Clínica: 1075682969		Diagnóstico Principal: M080 ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO				
				Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO				
DATOS DEL PACIENTE								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	(TOCILIZUMAB) 80MG/4ML / OTRAS SOLUCIONES	460 MILIGRAMO(S)	INTRAVENOSA	30 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	APLICAR 460 MILIGRAMOS ENDOVENOSOS EN SALA DE INFUSION SEGUN PROTOCOLO	18 / DIECIOCHO / AMPOLLA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC53053054		Registro Profesional: 53053054				Especialidad:		

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

**EPS - Sanitas**  
Bogotá, D.C. - Calle 13  
NIT. 800.251.440-6  
Avenida Suba No. 94 - 40  
TEL: 5895391

4400000-6F03-C80B-1598-78AE-95C4-7E17

## ORDERING DOCUMENT

Sales Order No 258557325-0

**Customer** ENTIDAD PROMOTORA DE  
SALUD SANITAS SA  
**Address** CL 100 11B 67  
11001  
BOGOTA D C 11001  
CO

**Bill To** CL 100 11B 67  
11001  
BOGOTA D C 11001  
CO

**Ship To** CL 100 11B 67  
11001  
BOGOTA D C 11001  
CO

## PRODUCTS

You ordered the products described below for use in the U S , and not for resale, unless otherwise specified  
All fees on this Ordering Document are in **Peso Colombia**

Line	Product	Units	Qty	List Price	Discount %	Net Price
1 1	ACTEMRA 80MG/4ML SOL INY CAJ X 1AMP - 80229	CAJA	6	313,032	0	1,878,192
Subtotal						1,878 192
Charges						0
Tax						-46 955
Total						1,831,237

## CONTACTS

Customer Contact	Droguerías y Farmacias Cruz Verde SAS Sales Contact
Name Title Telephone Fax Email	Name BOGOTA Title Sales Representative Telephone Fax Email

13 SEP-2018

Droguerías y Farmacias Cruz Verde SAS CONFIDENTIAL  
Page 1 Of 1

Draft- Version Subject to change

258557325\_0 pdf