



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

**FACTURA DE VENTA**  
**-CV4000000501484**

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

ORIGINAL

Referencia 28 - 35462-68

Sucursal 389\_CRUZ\_VERDE\_RESTREPO

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				28	12	2018		
No 800251440-6				DD	MM	AAAA		
DIRECCION / SUCURSAL		CIUDAD		TELEFONO				
CL 100 11B 67		BOGOTA , COLOMBIA		57-571-6466080				
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	% IVA	IVA	VALOR TOTAL
145381	KRYTANTEK OFTEN (2+20+5)MG SOL OFT INST FCO X 5ML PA BRIMONIDINA+DORZOLAMIDA+TIMOLOLUM 19992554-01-0501ED51	FCO	1	0 \$69 423 00	\$0 00	0	\$0 00	\$69 423 00

Contrato	030010000000000499446000010	TOTAL BRUTO	\$69,423 00
Usuario	20603997 - TORRES DE BOCANEGRA GABRIELA	DESCUENTOS	\$0 00
Id Médico	800251440 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A EPS	SUBTOTAL	\$69,423 00
SANITAS		IVA TOTAL	\$0 00
Actividad	MEDICAMENTOS SISPRO	TOTAL A PAGAR	\$69,423 00
Fecha Entrega	14-SEP-18		
Autorización	84447276		
SON SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VENTITRES 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		
Juan Duarte		Firma _____
		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 No 389-376608  
Secuencia 58192583  
Fecha y Hora 14/09/2018 09 12 AM  
Vendedor Huerfano Jenny  
Sucursal 389\_Cruz\_Verde\_Restrepo  
Direccion cra 16 no 16-46 sur

Cliente Entidad Promotora De Salud  
Actividad MEDICAMENTOS SISPRO  
Afiliado 20 603 997  
Nombre Torres De Bocanegra  
Contrato 03001000000000004994460000  
Medico Entidad Promotora De Salud

CODIGO	DESCRIPCION	UNIOPER	CAN
145381	Krytantek Ofteno (2+20+5)Mg Sol Oft Inst Fco X 5ml Fco X 5ml	Frasco	1

FIRMA DEL USUARIO

# Volante de Autorización

## NUM SOLICITUD 84447276



84447276

Usuario GABRIELA TORRES

Doc Usuario 20603997

Med -c 8001-9384 CLINICA COLOMBIANA A

Fecha Aprobacion 30/11/2017

Fecha Impresion 14/09/18 09 01 AM

Convenio EPS SANITAS

Plan (10) INTEGRAL

Código	Descripción	Cant
S01ED6133C02	BRIMONIDINA TARTRATO+DORZOLAMIDA HIDROCLORURO+TIMOLOL MALEATO (2+20+5)MG/ML SOL OFT 99 FRASCO	1

### Observaciones

OBSERVACION DE TEXTO SISPRO  
RECLAMA EN (CRUZ VERDE RESTREPO CRA 17) # DAS US PML  
MEDICAMENTO NO POS

Local 389 CRUZ\_VERDE\_RESTREPO

Vigencia Hasta 24/09/2018

**PRESCRIPCION MEDICA**

FECHA: miércoles, 29 de noviembre de 2017

PACIENTE: GABRIELA TORRES DE BOCANEGRA

CC. 20603997

**KRYTANTEK OFTENOL® - BRIMONIDINA  
0.2%+TIMOLOL0.5%+DORZOLAMIDA2%**

Gotas

# 12  
Doce

Aplicar cada 12 horas 1 Gota en Ojo Izquierdo por doce meses (12)

**LAGRICEL® - HIALURONATO DE SODIO 4mg/ml**

Caja x 20 Viales

# 24  
Veinticuatro

Aplicar cada 2 horas 1 Gota en Ambos ojos por doce meses (12)

**GENTEAL GEL OFTALMICO® -  
HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 3mg/U**

TUBO

# 24  
Veinticuatro

Aplicar cada 8 horas 1 Gota en Ambos ojos por doce meses (12)

FAVOR DESPACHAR 2 CAJAS AL MES DE LAGRICEY 2 TUBOS AL MES DE  
GENTEAL GEL POR USO MUY FRECUENTE

① 84447215 - Dic

② 84447268 ENE.

③ 84447269 FEB?

④ 84447270 MAR

⑤ 84447271 ABRIL

⑥ 84447272

⑦ 84447273 Jun 26/2018

⑧ 84447274 Jul

⑨ 84447275

⑩ 84447276 Sep/2016

⑪ 84447277


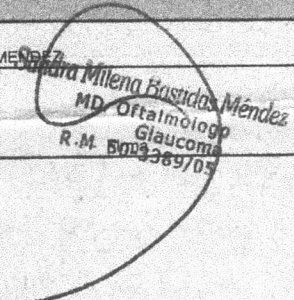
⑫ 84447278.

OFICINA OBTALMICA LINA  
NIT 830 103525-9

*Gaby del Rito Bocanegra*  
Cel: 391551.366 Galt  
Tel: 3008850153  
*Sandra Bastidas*

BASTIDAS MENDEZ SANDRA MILENA

MD Oftalmologo, Glaucoma - CC 52903163 - 503389/05

 <b>MINSALUD</b>		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>		<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2017-11-29 11:40:14 <b>Nro. Prescripción</b> 20171129192003788156				
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.		Código Habilitación: 110010748101				
Documento de Identificación: 830103525			Nombre Prestador de Servicios de Salud: OFTALMOSANITAS SAS					
Dirección: CL 134 NO 7 B - 83 CONS 307 AL 311, 313 A 317 Y 620			Teléfono: 5201001					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación: CC20603997		Primer Apellido: TORRES		Segundo Apellido: DE BOCANÉGRA				
Número Historia Clínica: 20603997		Diagnóstico Principal: H409 GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO				
				Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO				
<b>MEDICAMENTOS</b>								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[BRIMONIDINA TARTRATO] 2MG/1ML ; [DORZOLÁMIDA] 20MG/1ML ; [TIMOLOL] 5MG/1ML / OTRAS SOLUCIONES	1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	12 MES(ES)	OJO IZQUIERDO	12 / DOCE / FRASCO
SUCESIVA	[HIALURONATO DE SODIO] 4MG/1ML / OTRAS SOLUCIONES	1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	2 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	12 MES(ES)	AMBOS OJOS, DESPACHAR 2 CAJAS POR MES POR USO MUY FRECUENTE	24 / VEINTICUATRO / CAJA
SUCESIVA	[HIDROXIPROPILM ETILCELULOSA] 0,3G/100G / GELES Y JALEAS	1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	12 MES(ES)	AMBOS OJOS, DESPACHAR 2 CAJAS POR MES POR USO MUY FRECUENTE	24 / VEINTICUATRO / TUBO
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
Documento de Identificación: CC52903163				Nombre: SANDRA MILENA BASTIDAS MENDOZA				
Registro Profesional: 503389								
Especialidad:								

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

Caso de vuelta.

"Inconsistencia en la prescripción, la justificación insuficiente o incompleta y sin indicación inequívoca para dx prescrito"

OFTALMOSANITAS S.A.S.  
 NIT 830.103.525-9

Bogotá, Sept 14/2018.

Señores  
Cruz Verde  
Bogotá

Por medio de la presente me permito autorizar  
a la Sra Gely del Pilar Bocanegra para redimir  
los medicamentos, sin faltarle a los adjuntos.  
Adjunto fotocopias familiares y Cédulas

Atentamente,

~~Gabriel Bocanegra~~  
Gabriela D. de Bocanegra  
cc 720 603 997 601.




REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 20.603.997  
 TORRES De BOCANEGRA

APELLIDOS: GABRIELA

SEXO: F

FIRMADO: *[Signature]*



REPUBLICA DE COLOMBIA - SISTEMA NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

**E.P.S. SANITAS**

GABRIELA TORRES DE BOCANEGRA

3010-49-446

01/05/2005 POS