11/11/2024

HOMI CONSECUTIVO: 145089

SOLICITANTE: Laura Sanchez Buitrago

IDENTIFICACIÓN: 1023127794

TIPO DE SOLICITUD: Solicitud epacnsw

MOTIVO: ICBF

PARENTESCO: Trabajadora Social

FIRMA: Laura Geraldine Sánchez Buitrago
Trabajadora Social
T.P. 1023127794

$ 2200.

Jennifer

COMPROBANTE DE PAGO

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS 00033222
NIT: 901041691
T02684767
Av. Calle 145 No 103 B 65 Piso 3 Centro Comercial Al Paso

CENTRO MEDICO SUBA AL PASO - 371
FECHA: 27/11/2024 08:05:24 AM
CONTRATO No. 30 - 10 - 10183098 - 1
TITULAR CONTRATO:
BONILLA_MOTTA,LEIDY_TATIANA
ID TITULAR CONTRATO: C.C. 1030542397
USUARIO: SEBASTIAN _BONILLA _MOTTA
ID USUARIO: T.I 1030599733
CORREO: emisioneps@epssanitas.com

CONCEPTO	VALOR
CUOTA MODERADORA CODIGO BARRAS	4.500

TOTAL: $ 4.500

FORMAS DE PAGO	
EFECTIVO	4.500

ESTE DOCUMENTO NO APLICA COMO FACTURA.
LA FACTURA LE SERÁ ENVIADA AL CORREO
ELECTRÓNICO INFORMADO

COMPROBANTE DE PAGO

CLINICA COLSANITAS S.A. 00021366
NIT: 800149384
T02684839
Av. Calle 145 No 103 B 65 Piso 3 Centro Comercial Al Paso

CENTRO MEDICO SUBA AL PASO - 371
FECHA: 27/11/2024 09:28:15 AM
CONTRATO No. 30 - 10 - 10183098 - 1
TITULAR CONTRATO:
BONILLA_MOTTA,LEIDY_TATIANA
ID TITULAR CONTRATO: C.C. 1030542397
USUARIO: SEBASTIAN _BONILLA _MOTTA
ID USUARIO: T.I 1030599733
CORREO: emisioneps@epssanitas.com

CONCEPTO	VALOR
CUOTA MODERADORA CODIGO BARRAS Nro: 1030599733	4.500

TOTAL: $ 4.500

FORMAS DE PAGO

EFECTIVO	4.500

ESTE DOCUMENTO NO APLICA COMO FACTURA.
LA FACTURA LE SERÁ ENVIADA AL CORREO
ELECTRÓNICO INFORMADO

COMPROBANTE DE PAGO

CLINICA COLSANITAS S.A. 00021365
NIT: 800149384

T02684838
Av. Calle 145 No 103 B 65 Piso 3 Centro Comercial Al Paso

CENTRO MEDICO SUBA AL PASO - 371
FECHA: 27/11/2024 09:27:33 AM
CONTRATO No. 30 - 10 - 10183098 - 1
TITULAR CONTRATO:
BONILLA_MOTTA,LEIDY_TATIANA
ID TITULAR CONTRATO: C.C. 1030542397
USUARIO: SEBASTIAN _BONILLA _MOTTA
ID USUARIO: T.I 1030599733
CORREO: emisionops@epssanitas.com

CONCEPTO	VALOR
CUOTA MODERADORA CODIGO BARRAS Nro: 1030599733	4.500

TOTAL: $ 4.500

FORMAS DE PAGO	
EFECTIVO	4.500

ESTE DOCUMENTO NO APLICA COMO FACTURA.
LA FACTURA LE SERÁ ENVIADA AL CORREO ELECTRÓNICO INFORMADO

CE 71

FC3 5416

MERCADOS SURTICENTRO S.A.S

Nit: 901848732-1

Responsable de I.V.A

CALLE 23 A Nº 17 - 17 0

Resolución DIAN No. 18764078223591

Valida Desde: 20/08/2024 Hasta: 20/08/2026

Desde La Fac No FVE 1 A La FVE 1000000

Factura Electronica De Venta No. **FVE - 28479**

Fecha y Hora: Miércoles, 27 de Noviembre de 2024 09:18:39

Cliente: ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

Nit o C.c: 800250954

CALLE 22 D N 18 - 48 BOGOTA, D.C.-BOGOTA

Tels: 3108842100 - 0000000

#	Nombre	Valor	Cant	Iva	Inc
1	GUAYABA PERA X KILO			0 %	
122		4,200	1.600		6,720
2	INFU HINDU FRUTOS ROJOS 20UN *20G			19 %	
7702746090019		11,700	1		11,700
3	INFU HINDU FRUTOS DEL BOSQUE *20U			19 %	
7702746099647		11,500	2		23,000
4	BOLSA ECO *1U			0 %	
169816		500	1		500

Total Lineas 4 Total Unds 5.600

Sub Total	36,379
I.v.a	5,540
Total Factura	**41,920**
Efectivo	41,920
Cancela	50,000
Cambio	8,080

Atendido Por: JULIETH DIAZ APOLINAR Caja: 5

------- Resumen de Impuestos -------

	Base	Valor IVA
0 %	7,220	
19 %	29,159	5,540

CUFE:

c149abb6b09ba372733ee82004c929768bd1f044ffbdb17e97c39
2b16446813eda5144cc77436826d00744e1d82fc725

Proveedor Tecnologico: NEIA S.A.S NIT: 900176162-5

Software CONTROLPOS®

www.controlpos.com.co

CE71

FC35411

DROG FARMA SU MEJOR REMEDI

GALINDO EDITH JOHANNA
CL.23 #18-16 B.SANTA FE
NIT 52199175-4
Régimen Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel. 3224444176

Cliente: 800250954-5-
Nombre: ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NA
Dirección:
Tel:
Barrio:

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: FMFE6126

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764073652583 del 2024 jun. 25del Rango FMFE 501 al FMFE 50000 Vigencia 24 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
26/11/2024	17:47	71 MIGUE	71 MIGU

BETAMETASONA 0.05% CREMA 40 GR LP
100027706 1 C $ 10.900

Sub Total	$ 10.900
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 10.900**
Valor Recibido	$ 10.900
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 10.900
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 10.900

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Caja: PRINCIPAL

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

Colsubsidio Salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO
NIT. 860 007 336-1

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO
NIT. 860 007 336-1

Recibo de caja N° 131121995

ORIGINAL

FECHA	26.11.2024	NOMBRE CLIENTE	ISABELLA BAQUEROAMAYA BAQUERO
PUNTO RECAUDO	CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO	IDENTIFICACION CLIENTE	1013014594
SERVICIO	SALUD IPS	REFERENCIA DE PAGO	8652747672
CAJERO	NANCAYAC	CONCEPTO	CUOTAMODE

OBSERVACION ASEGURADORA:EPSFAMISANARSAS---CONVENIO:---TIPO_AFILIADO:BENEFICIARIO
NIVEL:A---NOM. MEDICO:MARIA OLARTE---CONSULTORIO:CON416
HORA CITA:12:15---DIR. CENTRO MEDICO: CLINICA INFANTIL - CL 67 10 27---NUM TELEFONO:2544200
FECHA CITA:26/11/24

MEDIOS DE PAGO	VALOR
EFECTIVO	4.500
Total	4.500
Ajuste al Peso	0
Cambio	0

ASIGNA, ELIMINA Y PAGA TUS CITAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS A TRAVÉS DE WWW.COLSUBSIDIO.COM, OPCIÓN SALUD Y HAZ CLIC EN "SOLICITA TU CITA MÉDICA"

PARA CONSULTAR E IMPRIMIR TU FACTURA ELECTRÓNICA DIRÍGETE A https://colsubsidio.efacturacadena.com/

VIGILADO Supersalud

Señor usuario, COLSUBSIDIO le invita a seguir las siguientes recomendaciones:
1. Lávate las manos con agua y jabón constantemente.
2. Tose o estornuda en el antebrazo y no en la mano.
3. Evita saludar con la mano, con besos y/o abrazos.
4. Si tienes gripa usa tapabocas y quédate en la casa.
5. Si presentas síntomas de alarma debes llamar antes de ir a urgencias a la línea 123.

Vigilado Supersubsidio

Fecha y hora de impresion 26.11.2024 11:47:49

Documento Suministro de Productos
Cruz Verde
NIT 800149695
Dispensación - Cliente



Nro. de solicitud : 3720-80233327
Doc. Usuario : 1030599733
Usuario: **SEBASTIAN BONILLA MOTTA**
Número de entrega : **1/1**
Médico : **1020793488**

CID Remisión: **815-251G-C174870711**
Local : **251 CRUZ_VERDE_CALLE_54**
Caja : **7** Vendedor : **ANDRES FELIPE LEAL PINZON**
Fecha Hora : **23/11/24 09:30 AM**
Convenio : **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**
Plan : **MED SIN AUTORIZA PBS**

Detalle de Dispensación

Cod.	Descripción	Unid.	Cant.
527934	ISPERIN 1MG TAB REC INST CAJ X 30 RISPERIDONA	TAB	30
76541	LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML(4%) SOL ORAL INST FCO X 20ML HUMAX LEVOMEPROMAZINA	FCO	3

Copago : **$4.500**

Recibí a conformidad los productos y el folleto de Uso Seguro:

Firma
Documento

Factura de venta : *

Señor Usuario usted está recibiendo una dispensación informada, verifique y asegúrese siempre al recibir sus medicamentos y antes de salir del establecimiento que corresponden a lo formulado por su médico tratante (nombre, concentración (mg,ml, etc), forma farmacéutica (Tableta, capsula, etc) y cantidad) en caso de no coincidir no lo consuma e infórmelo inmediatamente al auxiliar. CV cuenta con un programa de farmacovigilancia y frente a cualquier síntoma o malestar presentado por el uso del medicamento comuníquese con su médico tratante y notifiquemos su caso

Estimado/a usuario/a le informamos que el(los) producto (s) faltante(s) en esta dispensación será(n) entregado(s) por nuestra Central de Medicamentos a domicilio. De llegarse a presentar algún inconveniente con la adquisición del producto Cruz Verde se estará comunicando para informarle la novedad y/o tiempo de entrega.
En caso de tener alguna duda sobre el pendiente por favor comunicarse desde su celular 601 4430200 Opción 1 o línea nacional 018000999991, con el número de pendiente y documentos de identidad del usuario.

Número de solicitud : **3720-80233327**
Pedido pendiente : **3720-80233327**
Atendido por : **Pendiente Domicilio 482 CRUZ_VERDE_CENTRAL_PENDIENTES**

Detalle de Pendiente

Cod.	Descripción	Unid.	Cant.
527934	ISPERIN 1MG TAB REC INST CAJ X 30	TAB	60

C.E. LA ALEGRIA DE VIVIR

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

RECIBOS CAJA MENOR

Nº 1133

CIUDAD	DIA:	MES:	AÑO:	$
Bogota	14	11	24	$ 4.800.

PAGADO A: Centro Medico Colsanitas

CONCEPTO: Copago cita se deja este soporte debido a que no se visualiza muy bien la fra.

VALOR (EN LETRAS)

FIRMA DE RECIBIDO

C.C. NIT No

VIVA IPS

VIVA 1A IPS S.A.
NIT 900219120-2
CRA 52 76 167 LC 112 CC
ATLANTIC,BARRANQUILLA,Atlántico,Colombia
Tel. 6053859111

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. MAR29349

ADQUIRENTE

NOMBRE	MIGUEL ANGEL CARDONA CASTAO	**IDENTIFICACIÓN**	TI 1055757771
DIRECCIÓN	KR 6C ESTE 88D 09SRUR	**CIUDAD**	BOGOTA, DC, CO
CORREO	adrigil2013@hotmail.com	**TELÉFONO**	3202222827

DATOS FACTURA

FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	FORMA PAGO	MEDIO PAGO	REF. 1	REF. 2	DIRECCION / CIUDAD	No. LINEAS
14/11/2024 09:40:42	14/11/2024	Contado	Efectivo			Cll 49 # 13-63, BOGOTA	1

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UM	CANT.	VR UNIT	SUBTOTAL	IVA %	VR IVA	TOTAL
1	1110	C.M.OTROS PROFESIONALES	UND	1	$4,500.00	$4,500.00	0	$0.00	$4,500.00

Valor en letras:

CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS

SUB TOTAL:	**$4,500.00**
IVA:	**$0.00**
TOTAL:	**$4,500.00**

NOTA: Codigo Cita: 7090595666 // Profesional: GEOVANNY JAHIR RODRIGUEZ ALFONSO // Turno : 10:12 AM // Consultorio:1012

CUFE: 8e529754a09051099451a44be17ea9214762c74dd7ab4f5a0f8b903a8ca1c6fae5dc5a6d38d84eb00f39c7ae15edaa10
Fecha de validación DIAN: 14/11/2024 09:40:44 AM
Firma Digital: EPdaxV1kNqDZ7hp/Hlv4gTCLfCQ7E3Al7l28xZO9O0Ss/36AIT6z+jPC7zcWSJv1xCBC9HonzfUO13Jd73zJ8+Uwod6f3c5UVOqlNSzBJce2TlvOTlox0SNC1T1bc+jRBWuWlggJE2i8RuWmsTlSRon1fm3ZB7N4NJlZjrro772XNXYnFkVmZcEr+KBfnS98GTS3/67xlZsGebHaBf1ejthlCAqQ2BMrh1Gs8lYlRPeVBiPsOzfVb7lpuxmySvJNgt+8oZfrp3WUZ/PxbgUV/BdCPhDbGaWq+JfqsNnbydnhRxBbG4vl/nN1LzQ8/kh9sAcynuNbYKsAcOtngw==

MUCHAS GRACIAS POR UTILIZAR NUESTRO SERVICIO VISITE NUESTRO SITIO EN INTERNET: PANA.COM.CO

Software: EDocument Proveedor tecnológico: PANA BUSINESS SAS. Nit. 900078093-3 Usuario: sc154457-KAREN XIMENA PINEDA RIVERA - fecha Representación: 14/11/2024 09:40:45

edocument

nueva eps

UT VIVA UNO A
NIT: 900692737
BOGOTA - COLOMBIA, BOGOTA
Tel. 9999999

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. MAR29182

ADQUIRIENTE			
NOMBRE	MIGUEL ANGEL CARDONA CASTAÑO	IDENTIFICIÓN	TI - 1055757771
DIRECCIÓN	KR 6C ESTE 88D 09SRUR	CIUDAD	BOGOTA
CORREO	adrigil2013@hotmail.com	TELEFONO	3202222827

DATOS FACTURA			
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	FORMA PAGO	No. LINEAS
13/11/2024	13/11/2024	Efectivo	1

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR UNIT	SUBTOTAL	VR IVA	TOTAL
1		C.M.CONSULTA EXTERNA	1	$ 4.500,00	$ 4.500,00	$ 0,00	$ 4.500,00

Valor en letras:
CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

SUB TOTAL:	4.500,00
IVA:	0,00
TOTAL:	4.500,00

NOTA: Profesional: SANTIAGO JOSÉ PARDO PARDO - Turno : 1:20 PM // Consultorio: 34

Documento pendiente por validación de la DIAN

COPIA

MUCHAS GRACIAS POR UTILIZAR NUESTRO SERVICIO VISITE NUESTRO SITIO EN INTERNET: PANA.COM.CO
Software: e-Document Proveedor tecnológico: PANA BUSINESS SAS. NIt. 800076093-3
Usuario: sc154457 KAREN XIMENA PINEDA RIVERA - fecha Representación: 13/11/2024 13:17:24

804

DROG FARMA SU MEJOR REMEDI

GALINDO EDITH JOHANNA
CL.23 #18-16 B.SANTA FE
NIT 52199175-4
Régimen Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel. 3224444176

Cliente: 800250954-5-
Nombre: ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NA
Dirección:
Tel:
Barrio:

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: FMFE5420

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764073652583 del 2024 jun. 25del Rango FMFE 501 al FMFE 50000 Vigencia 24 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
07/11/2024	15:13	71 MIGUE	71 MIGU

CEFALEXINA 500 MG 10 CAPSULAS GF *
100001685 3 C $ 27.900

Sub Total	$ 27.900
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 27.900**
Valor Recibido	$ 27.900
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 27.900
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 27.900

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Caja: PRINCIPAL

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

854

DROG FARMA SU MEJOR REMEDI

GALINDO EDITH JOHANNA
CL.23 #18-16 B.SANTA FE
NIT 52199175-4
Régimen Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel. 3224444176

Cliente: 800250954-5-
Nombre: ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NA
Dirección:
Tel:
Barrio:

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: FMFE5422

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764073652583 del 2024 jun. 25del Rango FMFE 501 al FMFE 50000 Vigencia 24 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
07/11/2024	15:47	71 MIGUE	71 MIGU

ACTIVA 21 21 GRAGEAS(M)5072			
100022710	1 C	$ 8.000	*
FLORATIL 250 MG 10 SBS			
100019566	5 U	$ 43.000	*

Sub Total	$ 51.000
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 51.000**
Valor Recibido	$ 51.000
Cambio	**$ 0**

Exento	$ 51.000
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 51.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Caja: PRINCIPAL

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus

Colsubsidio Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

NIT 860007336-1 Recibo de caja N° 130041584

ORIGINAL

FECHA	06.11.2024	NOMBRE CLIENTE	ANGEL DAVID MEDINADUARTE
PUNTO RECAUDO	- CM COLSUBSIDIO PLAZA CENTRA	IDENTIFICACION CLIENTE	1028873163
SERVICIO	SALUD IPS	REFERENCIA DE PAGO	8652857153
CAJERO	DIMAVARP	CONCEPTO	CUOTAMODE

OBSERVACION ASEGURADORA:EPSFAMISANARSAS---CONVENIO:---TIPO_AFILIADO:BENEFICIARIO
NIVEL:A---NOM. MEDICO:WINDER PARDO---CONSULTORIO:CON208
HORA CITA:07:40---DIR. CENTRO MEDICO:---NUM TELEFONO:
FECHA CITA:06/11/24

MEDIOS DE PAGO	VALOR
EFECTIVO	4.500
Total	4.500
Ajuste al Peso	0
Cambio	15.500

ASIGNA, ELIMINA Y PAGA TUS CITAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS A TRAVÉS DE WWW.COLSUBSIDIO.COM, OPCIÓN SALUD Y HAZ CLIC EN "SOLICITA TU CITA MÉDICA"

PARA CONSULTAR E IMPRIMIR TU FACTURA ELECTRÓNICA DIRÍGETE A https://colsubsidio.efacturacadena.com/



Señor usuario, COLSUBSIDIO le invita a seguir las siguientes recomendaciones:
1. Lávate las manos con agua y jabón constantemente.
2. Tose o estornuda en el antebrazo y no en la mano.
3. Evita saludar con la mano, con besos y/o abrazos.
4. Si tienes gripa usa tapabocas y quédate en la casa.
5. Si presentas síntomas de alarma debes llamar antes de ir a urgencias a la línea 123.

Fecha y hora de impresion 06.11.2024 07:41:45

FC 3 5 3 1 9

5433

C.E. LA ALEGRIA DE VIVIR

ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO

RECIBOS CAJA MENOR

Nº 1104

CIUDAD Bogota	DIA: 5	MES: 11	AÑO: 24	$ 4.400.

PAGADO A: Andrea Giraldo

CONCEPTO: Epicrisis

VALOR (EN LETRAS) Cuatro mil cuatrocientos pesos m/cte.

FIRMA DE RECIBIDO Andrea Giraldo

C.C. [X] NIT [ ] No 1110518993

857

DROG FARMA SU MEJOR REMEDI

GALINDO EDITH JOHANNA
CL.23 #18-16 B.SANTA FE
NIT 52199175-4
Régimen Responsable del Impuesto sobre las Ventas
Tel. 3224444176

Cliente: 800250954-5-
Nombre: ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NA
Dirección:
Tel:
Barrio:

FACTURA ELECTRÓNICA No.:
No.: FMFE5349

Autorización numeración según resolución de Factura electronica No 18764073652583 del 2024 jun. 25del Rango FMFE 501 al FMFE 50000 Vigencia 24 Meses

MOSTRADOR PERSONALIZADA

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
05/11/2024	16:46	71 MIGUE	71 MIGU

CLORFENIRAMINA JARABE 120 ML EC
100022952 1 C $ 6.500 *
OXIMETAZOLINA HCL 0.025% PED.SPR.15ML LS
100013772 1 C $ 15.300 *
FLORATIL 250 MG 10 SBS
100019566 3 U $ 25.800 *

Sub Total	$ 47.600
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 47.600**
Valor Recibido	$ 47.600
Cambio	**$ 0**
Exento	$ 47.600
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago efectivo: $ 47.600

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Caja: PRINCIPAL

Coopidrogas
NIT. 860.026.123-0
Sistema P.O.S - Dominium Plus