DROG FARMA SU MEJOR REMEDI
SU MEJOR REMEDIO
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: asociocion cristiana nuevo na
Dirección: cl 22d #18-56
Tel: 3185588400
Barrio: santa fe

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No.: FMFE16029

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
26/06/2025	11:26	0 ADMIN	07 CARLO

LOCION ACETATO ALUMINIO INTERBEL 120 ML			
200044850	2 C	$ 13.000	A
ACIDO FUSIDICO CREMA 15 GR MP			
100021902	2 C	$ 14.800	*

Sub Total	$ 27.800
Descuento	$ 0
Total Factura	**$ 27.800**
Valor Recibido	$ 50.000
Cambio	**$ 22.200**

Exento	$ 14.800
Excluido	$ 0
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 10.924

A:Base 19% $ 10.924 Iva: $ 2.076

Tipo de Pago efectivo: $ 27.800

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0

Caja: PRINCIPAL
Cufe:
1b55a791a8179002ea7e718fefb4e7b651cdc5e7e330aad1762fc74ce8c5614362a0191b8a1b10220604aabbb744f4a5

Proveedor Tecnologico Factura Electronica:
NODEXUM SAS

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

FC36650
$ 25.724
$ 2.076
$ 22.200
2863

Documento Suministro de Productos
Cruz Verde
NIT 800149695



Nro. de solicitud : **3854-88582773**
Doc. Usuario : **1076740716**
Usuario: **SOFIA RENDON GOMEZ**

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

Firma
Documento

Médico : **1053609158**
CID Remisión: **815-268D-C199203406**
Vendedor : **ANA SOLEDAD RODRIGUEZ MUÑOZ**
Fecha Hora : **17/06/25 08:11 AM**
Convenio : **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**
Plan : **MED SIN AUTORIZA PBS**

Cod.	Desc.	Unid.	Cant.
76521	MOLTOBEN 20MG/5ML(0.4%) JBE INST FCO X 70ML	FCO	3

Copago : **$19.200**

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

Documento Suministro de Productos
Cruz Verde
NIT 800149695



Nro. de solicitud : **M-21865083**
Doc. Usuario : **1029148751**
Usuario: **SERGIO BASTIDAS DIAZ**

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

Firma
Documento

Médico : **899999123 - FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**
CID Remisión: **815-268D-C199033543**
Vendedor : **ANA SOLEDAD RODRIGUEZ MUÑOZ**
Fecha Hora : **16/06/25 08:07 AM**
Convenio : **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**
Plan : **MED SIN AUTORIZA PBS**

Cod.	Desc.	Unid.	Cant.
61440	ACETAMINOFEN 500MG TAB ACETAMINOFEN 500MG TAB INST CAJ X 100 AMER GEN	TAB	30
115525	IBUPROFENO 400MG TAB REC IBUPROFENO 400MG TAB REC INST CAJ X 100 GENFAR	TAB	10

Copago : **$4.700**

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

Documento Suministro de Productos
Cruz Verde
NIT 800149695



Nro. de solicitud : **M-21865350**
Doc. Usuario : **1029148751**
Usuario: **SERGIO BASTIDAS DIAZ**

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

Firma
Documento

Médico : **899999123 - FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**
CID Remisión: **815-268D-C199035869**
Vendedor : **ANA SOLEDAD RODRIGUEZ MUÑOZ**
Fecha Hora : **16/06/25 08:17 AM**
Convenio : **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**
Plan : **MED SIN AUTORIZA PBS**

Cod.	Desc.	Unid.	Cant.
59333	RISPERIDONA 1MG/ML(0.1%) SOL ORAL FRASCO 1MG/ML(0.1%) SOL ORAL INST FCO X 20ML	FCO	2

Copago : **$4.700**

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

VIRREY SOLIS I. P. S.

Nit: 800003765 -1

FACTURA DE VENTA
No. V38-1361
Fecha : 06/12/2025
Hora :08:54

Nombre protegido : DYLAN CAMILO VARGAS LOPEZ			**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 1013657777(TI)
Edad: 12 **Sexo: Masculino**	**Régimen:Contributivo**		**Teléfono:3246849719**
Dirección :CL 128 88 C 23	**Ciudad :Bogota**	**E-mail :LilianaBenavides139@gmail.com**	
NAP: 01268-2531676229	**Forma Pago: Efectivo**	**Medio de Pago: Contado**	
Codigo de Prestador (REPS):110010952313	**Numero (MIPRES):**	**Tipo de Usuario: Contributivo beneficiario**	
Numero Contrato: CVC-22-BOG0154	**Numero ID Suministro (MIPRES):**		

Item	Código	Servicio	Cuota de Recuperacion	Pagos Compartidos	UN	Cant	Vr. unitario	Vr. TOTAL	Copago Cuota Mod	% Imp	Vr. Imp	Base Imp	Vr. Subsi	Vr. Finan	Saldo Entidad
1	1	CONSULTA EXTERNA-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR	$ 0	$ 0		1	$4,700	$4,700	$4,700		$ 0	$ 0			$ 0

Sub Total :	$	$4,700
Valor IVA :	$	$ 0
Valor a pagar:	$	$4,700
Valor Cancelado:	$	$4,700
Pago Pendiente:	$	$ 0,00

Cajero: Adriana.RV

Actividad Económica 304 Somos Grandes Contribuyentes No Somos Autorretenedores Resolución 01220 de Diciembre 26 de 2022

RESOLUCION DIAN No. 18764075204212 RANGO AUTORIZADO Del No. B040-1 Al No. B040-1000000

SEDE PRESTACIÓN SERVICIO : AV CARACAS 49 83 SEDE: VS CHAPINERO

SEDE PRINCIPAL: BOGOTA Cra 67 No 4G-68 **TEL.:**(1) 4473535 **SUCURSALES**:CALI,GIRARDOT, IBAGUE, MANIZALES, MEDELLIN, MONTERIA, PEREIRA, SINCELEJO. VALLEDUPAR.VILLAVICENCIO

FE 365288 (191)

VIRREY SOLIS I.P.S.

Nit: 800003765 -1

FACTURA DE VENTA
No. V38-1355
Fecha : 06/12/2025
Hora :08:14

Nombre protegido : MILAN SAMUEL VARGAS LOPEZ			**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 1013657774(TI)
Edad: 12 **Sexo: Masculino**	**Régimen:Contributivo**		**Teléfono:3246849719**
Dirección :CL 128 88 C 23	**Ciudad :Bogota**		**E-mail :LilianaBenavides139@gmail.com**
NAP: 01268-2531658101	**Forma Pago: Efectivo**		**Medio de Pago: Contado**
Codigo de Prestador (REPS):110010952313	**Numero (MIPRES):**		**Tipo de Usuario: Contributivo beneficiario**
Numero Contrato: CVC-22-BOG0154	**Numero ID Suministro (MIPRES):**		

Item	Código	Servicio	Cuota de Recuperacion	Pagos Compartidos	UN	Cant	Vr. unitario	Vr. TOTAL	Copago Cuota Mod	% Imp	Vr. Imp	Base Imp	Vr. Subsi	Vr. Finan	Saldo Entidad
1	1	CONSULTA EXTERNA-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR	$ 0	$ 0		1	$4,700	$4,700	$4,700		$ 0	$ 0			$ 0

Cajero: Adriana.RV

Sub Total :	$	$4,700
Valor IVA :	$	$ 0
Valor a pagar:	$	$4,700
Valor Cancelado:	$	$4,700
Pago Pendiente:	$	$ 0,00

Actividad Económica 304 Somos Grandes Contribuyentes No Somos Autorretenedores Resolución 01220 de Diciembre 26 de 2022

RESOLUCION DIAN No. 18764075204212 RANGO AUTORIZADO Del No. B040-1 Al No. B040-1000000

SEDE PRESTACIÓN SERVICIO : AV CARACAS 49 83 SEDE: VS CHAPINERO

SEDE PRINCIPAL: BOGOTA Cra 67 No 4G-68 **TEL.:**(1) 4473535 **SUCURSALES**:CALI,GIRARDOT, IBAGUE, MANIZALES, MEDELLIN, MONTERIA, PEREIRA, SINCELEJO, VALLEDUPAR,VILLAVICENCIO

FACT 38383 (FMM)

FC36584-(71)

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
NIT 860013570-3
Av 68 # 90-88,BOGOTA,DC,Colombia
Tel. 6468000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. PC48365538
Autorización Numeración de Facturación No. 18764064312719 con vigencia de 2024-01-25
Fecha del 2024-01-25 al 2025-07-25 - Numeración habilitada del PC48 1 al PC48 9999999

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN NO. 000200 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2024 ABSTENERSE DE EFECTUAR RETENCION DE IVA E ICA SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA. RESPONSABLES DE IVA SOMOS AUTO RETENEDORES DE RENTA DIAN 07254 de 17/08/2005

ADQUIRIENTE

NOMBRE	DAYAN SOFIA PEREZ MARROQUIN	IDENTIFICACIÓN	TI 1024520375
DIRECCIÓN	CALLE 66 NUMERO 18 BIS 93 SUR	CIUDAD	BOGOTA,DC, CO
CORREO	sofiaperez.mar0124@gmail.com	TELÉFONO	3222287566

DATOS FACTURA

FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	FORMA PAGO	MEDIO PAGO	REF. 1	REF. 2	DIRECCION/CIUDAD	N°LINEAS
12/08/2025 07:58:21	12/08/2025	Contado	Efectivo			CR 13 48 47, BOGOTA	1

#	CODIGO	DESCRIPCION	UM	CANT.	VR UNIT.	SUBTOTAL	IVA%	VR IVA	TOTAL
1	1110	CM.OTROS PROFESIONALES	UND	1	$4,700.00	$4,700.00	0	$0.00	$4,700.00

Valor en letras:

CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS

SUB TOTAL:	$4,700.00
IVA:	$0.00
ANTICIPOS:	$0.00
TOTAL:	$4,700.00

NOTA: Codigo Cita: 5515605336 // Profesional: SANDRA LILIANA HIGUERA DUEÑAS // Turno : 08:55 AM // Consultorio:904

CUFE: d0159428bc7659055a90407e3475307b1ad400ae09e415d8aa23ba181a98677918a22f04110a5da2d3923901ea61915
Fecha de validación DIAN: 92 12/08/2025 07:58:24 AM
Firma Digital: P9SCiGls3q5sAGyX+Xe2yLKnNyvrzUBFTmun8zw6EFUuZjC2++tzL/Fc5j0wt2uzb64GCiKkoUmHGlkjn6uxNDJOag9pbOadm1GSWMvW0PEYthxMm+y3QZI8au
5fgYTFTZYkCaIGRTdF0mtx9dCkDTzMCbvthjOlxBLMmVfuuHd8aXxEJWmNiFyVLj2dXl6yDXuOLGu8sF5oCF2kOQG1YJnHKesrJQaMP8wbUKgIAf4MoHwtZd
VVuiLws418ePvMZMJHcLR/RUBKfyh7JcTT6pNRs2i5b4ls8Wf4Vi6jVbtZQKPXuUTo5d5TSEy4vg5fyWX8MZU3IdKRhxRMdg==

document

(71)

Colsubsidio
Con todo lo que te interesa
NIT 860.007.336-1
Gran Contribuyente

Recibo de Caja

Recibo #: 0167681126

Fecha: 11/06/2025

Cliente:
SAMUEL GUZMAN PEREZ
TI 1028867523

Concepto:
CUOTA MODERADORA
Transacción ID 0179121259

Total: **$ 2,050**

Gracias por su visita