



DROG. PROFAMILIAR 11
DROG. PROFAMILIAR 11
DROGUERIAS PROFAMILIAR S.A.S
AV BOLIVAR CR 14- 16 NO
NIT 801004224-7
Régimen Común

Tel. 7497860

Cliente: 899999034 -1
Nombre: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZ
Dirección: CALLE 57-8 69
Tel: 5461500
Barrio:

FACTURA DE VENTA No.: DP1164801

Autorización numeración según resolución
No 18763000789653 del 2019 oct. 01 Rango D
P11 1 al DP11 1000000

VENTA-CREDITO

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
11/06/2020	10:23	6 CAJER	19 MARCE
LEVOCETIRIZINA 5MG X 30 CETRILEV			
8903726186039	1 C	\$ 50.450	
HIDROFUGAL BARRA			
200014500	1 C	\$ 32.650	A

Sub Total	\$ 83.100
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 83.100
Valor Recibido	\$ 83.100
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 50.450
Excluido	\$ 0
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 27.437

A: Base 19% \$ 27.437 Iva: \$ 5.213

Tipo de Pago credito: \$ 83.100

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$81980350

Esta factura se asimila a la letra de Cambio Art.
774 del Código de Comercio
GRAC

Caja: SERVISUC3

Recibido:

C.C:

Tatiana Tiscare
1109003025

				No. de Orden 637	
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA					
Beneficiario	ANA SOFIA CRUZ GALICIA		Documento	1141119450	
No. Carné	80728143 - E	Fecha autorización	10/06/20		
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020		
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total	
LEVOCETIRIZINA 5MG CJX10TAB		LEVOCETIRIZINA DICLORHIDRATO 5MG Tableta	TABLETAS	30	
Dosis 1	Vía Admon. ORAL	Frecuencia CADA 24 HORAS	Tiempo tratamiento 30		
HIDROFUGAL STICK X40ML		BARRA	FRASCO	1	
Dosis 1	Vía Admon. TÓPICA	Frecuencia CADA 24 HORAS	Tiempo tratamiento 30		
ALL OVER SPRAY					

Nombre Funcionario:		JOHN ALEX CRUZ SANTANILLA	
		Recibido Por:	
Firma: _____		Firma: _____	
Documento: _____		Documento: _____	
Télefono: _____		Télefono: _____	
OCTAVIO ARIAS OSPINA		Huella	
RM: 2220-96			
Fecha de vencimiento: 25/06/20			

GTH-F-005 V.01

				No. de Orden 637	
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA					
COPIA					
Beneficiario	ANA SOFIA CRUZ GALICIA		Documento	1141119450	
No. Carné	80728143 - E	Fecha autorización	10/06/20		
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020		
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total	
LEVOCETIRIZINA 5MG CJX10TAB		LEVOCETIRIZINA DICLORHIDRATO 5MG Tableta	TABLETAS	30	
Dosis 1	Vía Admon. ORAL	Frecuencia CADA 24 HORAS	Tiempo tratamiento 30		
HIDROFUGAL STICK X40ML		BARRA	FRASCO	1	
Dosis 1	Vía Admon. TÓPICA	Frecuencia CADA 24 HORAS	Tiempo tratamiento 30		
ALL OVER SPRAY					

Nombre Funcionario:		JOHN ALEX CRUZ SANTANILLA	
		Recibido Por:	
Firma: _____		Firma: _____	
Documento: _____		Documento: _____	
Télefono: _____		Télefono: _____	
OCTAVIO ARIAS OSPINA		Huella	
RM: 2220-96			
Fecha de vencimiento: 25/06/20			

GTH-F-005 V.01