



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.: DP1172945

Autorización numeración según resolución No
18763000789653 del 01/10/2019 al 01/10/2021
Rango DP11 1 al DP11 1000000 Vigencia 24 Mese

VENTA CREDITO			
Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
17/07/2020	11:30	6 CAJER	24 DIEGO
TRULICITY 1.5MG / 0.5ML X 4			
7795990000866	1 C	\$ 454.950	
AGUJA 0.25MM- 31GX3/16			
60000981	38 C	\$ 24.000	
Sub Total		\$ 478.950	
Descuento		\$ 0	
Total Factura		\$ 478.950	
Valor Recibido		\$ 478.950	
Cambio		\$ 0	
Exento		\$ 478.950	
Excluido		\$ 0	
No Gravado		\$ 0	
Gravado		\$ 0	

Tipo de Pago credito: \$ 478.950

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$ 158.756.346 Días: 30

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

Caja: SERVISUC3

Recibido: *Rosalba Cardeno*

C.C: *4791178*



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.: DP1172435

Autorización numeración según resolución No
18763000789653 del 01/10/2019 al 01/10/2021
Rango DP11 1 al DP11 1000000 Vigencia 24 Mese

VENTA CREDITO

Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
15/07/2020	10:22	6 CAJER	24 DIEGO
HIDRAPLUS 75 ZINC UVA 400 ML SUERO O			
100020802	2 C	\$ 15.600	
SMECTA 3 GRS-10 SOBRES **			
100005665	6 U	\$ 36.000	
TINIDAZOL 500MGX 8 TBS GF			
100007796	1 C	\$ 3.450	
KIT DE GLUCOMETRIA MEDICLAS ICOM			
200030114	1 C	\$ 53.750	

Sub Total	\$ 108.800
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 108.800
Valor Recibido	\$ 108.800
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 93.200
Excluido	\$ 15.600
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago credito: \$ 108.800

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$ 150.378.450 Días: 30

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

Caja: SERVISUC3

Recibido: *José Lbacondo*

C.C.: *41911138*

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 859
Beneficiario	MARIA ROSALBA CORDERO CASTAÑEDA		Documento	41911138
No. Carné	41940590 - E		Fecha autorización	14/07/20
Regional	QUINDÍO		Vigencia	2020
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total
> HIDRAPLUS 45 ZINC UVA FCOX400ML		MULTIPLES COMPONENTES Solución	FRASCO	2
Dosis 10	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA HORA	Tiempo tratamiento 2	
> TRULICITY 1.5MG/0.5ML SHI CJX4 JER				
DULAGLUTIDA 3MGML Solución		JERINGA	4	
Dosis 1	Via Admon. SUBCUTANEA	Frecuencia CADA SEMANA	Tiempo tratamiento 4	
aplicar subcutanea semanal				
> SMECTA 3G POLV /SUSP CJX10SOB SY		DIOSMECTITA 3G Polvo	SOBRE	6
Dosis 1	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 12 HORAS	Tiempo tratamiento 3	
> TINIDAZOL 500MG CJX8TAB				
TINIDAZOL 500MG Tableta Recubierta		TABLETAS	8	
Dosis 2	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 12 HORAS	Tiempo tratamiento 2	
dos tabletas cada 12 hrs por dos dias				
> GLUCOMETRO ONE TOUCH ULTRA MINI PLATEADO		NO APLICA	PAQUETE	1
Dosis 1	Via Admon. N/A	Frecuencia A NECESIDAD	Tiempo tratamiento 30	Aprobado
control de glucometrias				

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA SERNA CORDERO		
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por:		Huella
	Firma:	_____	
	Documento:	_____	
	Télefono:	_____	
Fecha de vencimiento: 29/07/20			

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 859
Beneficiario	MARIA ROSALBA CORDERO CASTAÑEDA		Documento	41911138
No. Carné	41940590 - E		Fecha autorización	14/07/20
Regional	QUINDÍO		Vigencia	2020
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total
> HIDRAPLUS 45 ZINC UVA FCOX400ML		MULTIPLES COMPONENTES Solución	FRASCO	2
Dosis 10	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA HORA	Tiempo tratamiento 2	
> TRULICITY 1.5MG/0.5ML SHI CJX4 JER				
DULAGLUTIDA 3MGML Solución		JERINGA	4	
Dosis 1	Via Admon. SUBCUTANEA	Frecuencia CADA SEMANA	Tiempo tratamiento 4	
aplicar subcutanea semanal				
> SMECTA 3G POLV /SUSP CJX10SOB SY		DIOSMECTITA 3G Polvo	SOBRE	6
Dosis 1	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 12 HORAS	Tiempo tratamiento 3	
> TINIDAZOL 500MG CJX8TAB				
TINIDAZOL 500MG Tableta Recubierta		TABLETAS	8	
Dosis 2	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 12 HORAS	Tiempo tratamiento 2	
dos tabletas cada 12 hrs por dos dias				
> GLUCOMETRO ONE TOUCH ULTRA MINI PLATEADO		NO APLICA	PAQUETE	1
Dosis 1	Via Admon. N/A	Frecuencia A NECESIDAD	Tiempo tratamiento 30	Aprobado
control de glucometrias				

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA SERNA CORDERO		
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por:		Huella
	Firma:	_____	
	Documento:	_____	
	Télefono:	_____	
Fecha de vencimiento: 29/07/20			