



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.: DP1172599

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	19:39	8 CAJER	19 MARCE
SERTAL GTAS 20 ML**			
100005303	1 C	\$ 21.250	

Sub Total	\$ 21.250
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 21.250
Valor Recibido	\$ 21.250
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 21.250
Excluido	\$ 0
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago credito: \$ 21.250

Puntos Factura: 0	Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$ 152.834.700 Dias: 30	

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

Caja: SERVISUC3

Recibido:

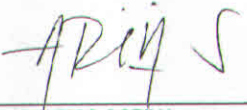
C.C:

JOHN BARRERO
89004039

				No. de Orden 865	
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA					
Beneficiario	LINA ALEJANDRA CRUZ GALICIA		Documento	1145225742	
No. Carné	80728143 - F	Fecha autorización	15/07/20		
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020		
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total	
SERTAL GOT FCOX20ML		PROPINOX CLORHIDRATO 10MGML SoluciónGotas	FRASCO	1	
Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
15	ORAL	CADA 8 HORAS	10		

Nombre Funcionario:		JOHN ALEX CRUZ SANTANILLA	
		Recibido Por: Firma: _____ Documento: _____ Teléfono: _____	
OCTAVIO ARIAS OSPINA		Huella	
RM: 2220-96			
Fecha de vencimiento: 30/07/20		GTH-F-005 V.01	

				No. de Orden 865	
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA					
COPIA					
Beneficiario	LINA ALEJANDRA CRUZ GALICIA		Documento	1145225742	
No. Carné	80728143 - F	Fecha autorización	15/07/20		
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020		
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total	
SERTAL GOT FCOX20ML		PROPINOX CLORHIDRATO 10MGML SoluciónGotas	FRASCO	1	
Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
15	ORAL	CADA 8 HORAS	10		

Nombre Funcionario:		JOHN ALEX CRUZ SANTANILLA	
		Recibido Por: Firma: _____ Documento: _____ Teléfono: _____	
OCTAVIO ARIAS OSPINA		Huella	
RM: 2220-96			
Fecha de vencimiento: 30/07/20		GTH-F-005 V.01	