



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.: DP1173191**

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 |
| 18/07/2020           | 10:21 | 6 CAJER   | 19 MARCE |
| KETUM GEL TUBO 30 GR |       |           |          |
| 100012091            | 1 C   | \$ 31.600 |          |

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Sub Total            | \$ 31.600        |
| Descuento            | \$ 0             |
| <b>Total Factura</b> | <b>\$ 31.600</b> |
| Valor Recibido       | \$ 31.600        |
| Cambio               | \$ 0             |
| Exento               | \$ 31.600        |
| Excluido             | \$ 0             |
| No Gravado           | \$ 0             |
| Gravado              | \$ 0             |

Tipo de Pago credito: \$ 31.600

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$ 160.285.296 Dias: 30

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

Caja: SERVISUC3  
Recibido: Rubela Cruz Ocelis  
C.C. 20.391.518 rubela

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                             |                          |                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                             |                          | No. de Orden<br>923 |  |
|  <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA</b><br><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO</b><br><b>FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA</b> |                      |                             |                          |                     |  |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           | RUBIELA CRUZ DICELIS |                             | Documento                | 20391568            |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 4557299 - C          | Fecha autorización          | 17/07/20                 |                     |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO              | Vigencia                    | 2020                     |                     |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                      | Molécula                    | Tipo                     | Total               |  |
| KETUM GEL 2.5% TBOX30G                                                                                                                                                                                                                                 |                      | KETOPROFENO 25MGG Gel       | TUBO                     | 1                   |  |
| Dosis<br>1                                                                                                                                                                                                                                             | Via Admon.<br>TÓPICA | Frecuencia<br>CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |  |
| APLICAR 2 VECES AL DIA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                             |                          |                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                             |                          |                     |  |

|                                                                                                                            |                            |       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                        | GUILLERMO OSORIO MALDONADO |       |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | <b>Recibido Por:</b>       |       | Huella |
|                                                                                                                            | Firma:                     | _____ |        |
|                                                                                                                            | Documento:                 | _____ |        |
|                                                                                                                            | Télefono:                  | _____ |        |
| Fecha de vencimiento: 01/08/20                                                                                             |                            |       |        |

GTH-F-005 V.01

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                             |                          |                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                             |                          | No. de Orden<br>923 |  |
|  <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA</b><br><b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b><br><b>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO</b><br><b>FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA</b> |                      |                             |                          |                     |  |
| COPIA                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                             |                          |                     |  |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                             | RUBIELA CRUZ DICELIS |                             | Documento                | 20391568            |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 4557299 - C          | Fecha autorización          | 17/07/20                 |                     |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO              | Vigencia                    | 2020                     |                     |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                      | Molécula                    | Tipo                     | Total               |  |
| KETUM GEL 2.5% TBOX30G                                                                                                                                                                                                                                   |                      | KETOPROFENO 25MGG Gel       | TUBO                     | 1                   |  |
| Dosis<br>1                                                                                                                                                                                                                                               | Via Admon.<br>TÓPICA | Frecuencia<br>CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |  |
| APLICAR 2 VECES AL DIA                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                             |                          |                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                             |                          |                     |  |

|                                                                                                                              |                            |       |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                          | GUILLERMO OSORIO MALDONADO |       |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | <b>Recibido Por:</b>       |       | Huella |
|                                                                                                                              | Firma:                     | _____ |        |
|                                                                                                                              | Documento:                 | _____ |        |
|                                                                                                                              | Télefono:                  | _____ |        |
| Fecha de vencimiento: 01/08/20                                                                                               |                            |       |        |

GTH-F-005 V.01