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.: DP1174840

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
25/07/2020	09:51	6 CAJER	19 MARCE

SYNTHROID 125 MCG 30 **		
100000159	**1 C**	**$ 44.900**
ESOMEPRAZOL 20 MG 30 TBS MK		
100024287	**1 C**	**$ 56.200**
ZOPICLONA 7.5 MG 10 TABLETAS MK		
100017526	**3 C**	**$ 44.250**
DOLOFF 7.5-325 30 TABLETAS (A)(3%+)(PAE)		
100023342	**1 C**	**$ 100.750**
SUPREFLUX FORTE X 12 SACHETS		
100024204	**5 C**	**$ 62.500**

Sub Total	$ 308.600
Descuento	$ 0
Total Factura	$ 308.600
Valor Recibido	$ 308.600
Cambio	$ 0
Exento	$ 246.100
Excluido	$ 62.500
No Gravado	$ 0
Gravado	$ 0

Tipo de Pago credito $ 308.600

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: $ 169.352.838 Dias: 30

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

Caja: SERVISUC3
Recibido: Eunice Martes
C.C: 41888499

No. de Orden
949

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EUNICE MARTINEZ OCAMPO	Documento	41888492
No. Carné	7530872 - A	Fecha autorización	24/07/20
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
SYNTHROID 125MCG CJX30TAB	LEVOTIROXINA Sodio 125MCG Tableta	TABLETAS	30
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 24 HORAS — Tiempo tratamiento: 30			
SYNTHROID 125MCG CJX30TAB			
ESOMEPRAZOL 20MG CJX14TAB	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta de	CAJA	2
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 24 HORAS — Tiempo tratamiento: 28			
ESOMEPRAZOL DE 20 DE MK			
ZOPICLONA 7.5MG CJX30TAB	ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta	TABLETAS	30
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 24 HORAS — Tiempo tratamiento: 30			
ZOPICLONA 7.5MG CJX30TAB DE MK			
DOLOFF 7.5-325 CJX30TAB	ACETAMINOFEN GRANULADO 325MGHIDROCODONA	TABLETAS	30
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 24 HORAS — Tiempo tratamiento: 30			
DOLOFF 7.5-325 CJX30TAB			
SUPREFLUX FORTE 10ML SHN CJX12SOB	ALGINATO DE SODIO 5GBICARBONATO DE SODIO	SOBRE	60
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 12 HORAS — Tiempo tratamiento: 30			
SUPREFLUX FORTE 10ML SHN 60 SOBRES			

Nombre Funcionario:	HENRY TORRES LOPEZ
OCTAVIO ARIAS OSPINA	**Recibido Por:**
RM: 2220-96	Firma: _____
	Documento: _____
	Télefono: _____
	Huella

Fecha de vencimiento: 08/08/20

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
949

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	EUNICE MARTINEZ OCAMPO	Documento	41888492
No. Carné	7530872 - A	Fecha autorización	24/07/20
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
SYNTHROID 125MCG CJX30TAB	LEVOTIROXINA Sodio 125MCG Tableta	TABLETAS	30
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 24 HORAS — Tiempo tratamiento: 30			
SYNTHROID 125MCG CJX30TAB			
ESOMEPRAZOL 20MG CJX14TAB	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta de	CAJA	2
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 24 HORAS — Tiempo tratamiento: 28			
ESOMEPRAZOL DE 20 DE MK			
ZOPICLONA 7.5MG CJX30TAB	ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta	TABLETAS	30
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 24 HORAS — Tiempo tratamiento: 30			
ZOPICLONA 7.5MG CJX30TAB DE MK			
DOLOFF 7.5-325 CJX30TAB	ACETAMINOFEN GRANULADO 325MGHIDROCODONA	TABLETAS	30
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 24 HORAS — Tiempo tratamiento: 30			
DOLOFF 7.5-325 CJX30TAB			
SUPREFLUX FORTE 10ML SHN CJX12SOB	ALGINATO DE SODIO 5GBICARBONATO DE SODIO	SOBRE	60
Dosis: 1 — Vía Admon.: ORAL — Frecuencia: CADA 12 HORAS — Tiempo tratamiento: 30			
SUPREFLUX FORTE 10ML SHN 60 SOBRES			

Nombre Funcionario:	HENRY TORRES LOPEZ
OCTAVIO ARIAS OSPINA	**Recibido Por:**
RM: 2220-96	Firma: _____
	Documento: _____
	Télefono: _____
	Huella

Fecha de vencimiento: 08/08/20

GTH-F-005 V.01