



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.: DP1169080

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

VENTA CREDITO			
Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
01/07/2020	09:40	6 CAJER	24 DIEGO
REFLUFIN 360 ML CEREZA			
100001550	1 C	\$ 45.600	

Sub Total	\$ 45.600
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 45.600
Valor Recibido	\$ 45.600
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 45.600
Excluido	\$ 0
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago credito: \$ 45.600

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$110310350

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

Caja: SERVISUC3

Recibido

C.C:

[Handwritten signature]
24.507.920



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

No. de Orden
788

Beneficiario	LUZ STELLA GOMEZ MUÑOZ	Documento	24569980				
No. Carné	4401496 - A	Fecha autorización	30/06/20				
Regional	QUINDIO	Vigencia	2020				
Medicamentos	REFLUFIN 1.67G/100MGX100MLSSN FCOX240ML	Molécula	S I M E T I C O N A M E T O C L O P R A M I D A	Tipo	FRASCO	Total	1
Dosis	8	Vía Admon.	ORAL	Frecuencia	CADA 8 HORAS	Tiempo tratamiento	10

Nombre Funcionario: GUILLERMO SALGADO FORERO

Recibido Por:

Firma:
Documento: _____
Teléfono: _____

OCTAVIO ARIAS OSPINA

RM: 2220-96

Fecha de vencimiento: 15/07/20

GT-H-F-005 V.01



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

No. de Orden
788

Beneficiario	LUZ STELLA GOMEZ MUÑOZ	Documento	24569980				
No. Carné	4401496 - A	Fecha autorización	30/06/20				
Regional	QUINDIO	Vigencia	2020				
Medicamentos	REFLUFIN 1.67G/100MGX100MLSSN FCOX240ML	Molécula	S I M E T I C O N A M E T O C L O P R A M I D A	Tipo	FRASCO	Total	1
Dosis	8	Vía Admon.	ORAL	Frecuencia	CADA 8 HORAS	Tiempo tratamiento	10

Nombre Funcionario: GUILLERMO SALGADO FORERO

Recibido Por:

Firma:
Documento: _____
Teléfono: _____

OCTAVIO ARIAS OSPINA

RM: 2220-96

Fecha de vencimiento: 15/07/20

GT-H-F-005 V.01