



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.: DP1169207**

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            | 16:55 | 8 CAJER   | 19 MARCE |
| OMEPRAZOL 20 MG MK 14 |       |           |          |
| 100015695             | 2 C   | \$ 17.000 |          |
| SERTAL GTAS 20 ML**   |       |           |          |
| 100005393             | 1 C   | \$ 21.250 |          |

|                |           |
|----------------|-----------|
| Sub Total      | \$ 38.250 |
| Descuento      | \$ 0      |
| Total Factura  | \$ 38.250 |
| Valor Recibido | \$ 38.250 |
| Cambio         | \$ 0      |
| Exento         | \$ 17.000 |
| Excluido       | \$ 21.250 |
| No Gravado     | \$ 0      |
| Gravado        | \$ 0      |

Tipo de Pago credito \$ 38.250

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$113417250

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

Caja: SERVISUC3  
Recibido: Wilson Rodriguez  
C.C: 7142358

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                           |                    |                                   |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------|
|  <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> |                             |                                           |                    | <b>No. de Orden</b><br><b>800</b> |       |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           | LINA ALEJANDRA CRUZ GALICIA |                                           | Documento          | 1145225742                        |       |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 80728143 - F                |                                           | Fecha autorización | 01/07/20                          |       |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO                     |                                           | Vigencia           | 2020                              |       |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                             | Molécula                                  |                    | Tipo                              | Total |
| OMEPRAZOL 20MG CJX10CAPS                                                                                                                                                                                                                               |                             | OMEPRAZOL                                 |                    | CÁPSULA                           | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                  | Frecuencia                                | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                        | CADA 24 HORAS                             | 30                 |                                   |       |
| tomar en ayunas                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                           |                    |                                   |       |
| SERTAL GOT FCOX20ML                                                                                                                                                                                                                                    |                             | PROPINOX CLORHIDRATO 10MGML SoluciónGotas |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                  | Frecuencia                                | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                     | ORAL                        | CADA 8 HORAS                              | 10                 |                                   |       |

|                                                                                     |  |                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                 |  | JOHN ALEX CRUZ SANTANILLA                                                   |  |
|  |  | <b>Recibido Por:</b><br>Firma: _____<br>Documento: _____<br>Teléfono: _____ |  |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA                                                                |  | Huella                                                                      |  |
| RM: 2220-96                                                                         |  |                                                                             |  |
| Fecha de vencimiento: 16/07/20                                                      |  | GTH-F-005 V.01                                                              |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                           |                    |                                   |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------|
|  <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> |                             |                                           |                    | <b>No. de Orden</b><br><b>800</b> |       |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                             | LINA ALEJANDRA CRUZ GALICIA |                                           | Documento          | 1145225742                        |       |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 80728143 - F                |                                           | Fecha autorización | 01/07/20                          |       |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO                     |                                           | Vigencia           | 2020                              |       |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                             | Molécula                                  |                    | Tipo                              | Total |
| OMEPRAZOL 20MG CJX10CAPS                                                                                                                                                                                                                                 |                             | OMEPRAZOL                                 |                    | CÁPSULA                           | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                  | Frecuencia                                | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                        | CADA 24 HORAS                             | 30                 |                                   |       |
| tomar en ayunas                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                           |                    |                                   |       |
| SERTAL GOT FCOX20ML                                                                                                                                                                                                                                      |                             | PROPINOX CLORHIDRATO 10MGML SoluciónGotas |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                  | Frecuencia                                | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                       | ORAL                        | CADA 8 HORAS                              | 10                 |                                   |       |

|                                                                                       |  |                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                   |  | JOHN ALEX CRUZ SANTANILLA                                                   |  |
|  |  | <b>Recibido Por:</b><br>Firma: _____<br>Documento: _____<br>Teléfono: _____ |  |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA                                                                  |  | Huella                                                                      |  |
| RM: 2220-96                                                                           |  |                                                                             |  |
| Fecha de vencimiento: 16/07/20                                                        |  | GTH-F-005 V.01                                                              |  |