

  
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.: DP1163189

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

**VENTA CREDITO**

| Fecha                                         | Hora  | Cajero     | Vendedor |
|-----------------------------------------------|-------|------------|----------|
| 04/06/2020                                    | 10:39 | 6 CAJER    | 24 DIEGO |
| <b>MIGRA DORIXINA 10CAP</b>                   |       |            |          |
| 100005385                                     | 3 C   | \$ 73.500  |          |
| <b>VENCONTROL D 50 MG 30 COMPR.(3%+)(PAE)</b> |       |            |          |
| 100022480                                     | 1 C   | \$ 40.950  |          |
| <b>TRAZODONA 50 MG 50 TAB</b>                 |       |            |          |
| 99999103                                      | 1 C   | \$ 10.000  |          |
| <b>TRAZODONA 50 MG 50 TAB</b>                 |       |            |          |
| 99999103                                      | 10 U  | \$ 2.000   |          |
| <b>VALCOTE 250 MG 30.TAB**</b>                |       |            |          |
| 100000169                                     | 2 C   | \$ 107.700 |          |
| <b>PANTOPRAZOL 40 MG X 28 TBS EROFARMA</b>    |       |            |          |
| 100025468                                     | 1 C   | \$ 38.900  |          |
| <b>DOLEX DURA+655 MG 100</b>                  |       |            |          |
| 100013996                                     | 1 C   | \$ 66.600  |          |
| <b>SUPREFLUX FORTE X 12 SACHETS</b>           |       |            |          |
| 100024204                                     | 5 C   | \$ 71.500  |          |
| <b>SUAXINA 85/500 MG 4 TABLETAS</b>           |       |            |          |
| 100023322                                     | 2 C   | \$ 101.800 |          |

|                      |            |
|----------------------|------------|
| Sub Total            | \$ 512.950 |
| Descuento            | \$ 0       |
| <b>Total Factura</b> | \$ 512.950 |
| Valor Recibido       | \$ 512.950 |
| Cambio               | \$ 0       |
| Exento               | \$ 174.300 |
| Excluido             | \$ 299.750 |
| No Gravado           | \$ 38.900  |
| Gravado              | \$ 0       |

Tipo de Pago credito: \$ 512.950

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$73387900

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

Caja: SERVISUC3  
Recibido: *Leonardo Duque*  
C.C.: *29283137 Buzza Valle*

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                       |                    |                                   |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------|
|  <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>553</b> |       |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           | DUQUE ZULUAGA LUZ MARIA |                                                       | Documento          | 29283137                          |       |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 12953801 - A            |                                                       | Fecha autorización | 03/06/20                          |       |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO                 |                                                       | Vigencia           | 2020                              |       |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                         | Molécula                                              |                    | Tipo                              | Total |
| MIGRADORIXINA 125mg/1mg TNR CXX100TNR                                                                                                                                                                                                                  |                         | CLONIXINATO LISINA ERGOTAMINA TARTRATO                |                    | TABLETAS                          | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | CADA 24 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |
| VENCONTROL D 50mg TLP CXX30TAB                                                                                                                                                                                                                         |                         | DESVENLAFAXINA SUCCIN HIDRATO 50MG Tableta de         |                    | TABLETAS                          | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | CADA 24 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |
| TRAZADONA 50MG CXX50TAB                                                                                                                                                                                                                                |                         | TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG Tableta                    |                    | TABLETAS                          | 60    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | CADA 12 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |
| VALCOTE 250MG FCOX30TAB                                                                                                                                                                                                                                |                         | VALPROICO ACIDO 250MG Tableta de liberación retardada |                    | TABLETAS                          | 60    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | CADA 12 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |
| PANTOPRAZOL 40MG CXX30TAB                                                                                                                                                                                                                              |                         | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 40MG Tableta              |                    | TABLETAS                          | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | CADA 24 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |

|                                                                                     |  |                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                 |  | ARCESIO IBARRA NATES                                                        |  |
|  |  | <b>Recibido Por:</b><br>Firma: _____<br>Documento: _____<br>Teléfono: _____ |  |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA                                                                |  | Huella                                                                      |  |
| RM: 2220-96                                                                         |  |                                                                             |  |
| Fecha de vencimiento: 18/06/20                                                      |  | 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>553</b> |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                                                       |                    | <b>COPIA</b>                      |       |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                             | DUQUE ZULUAGA LUZ MARIA |                                                       | Documento          | 29283137                          |       |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 12953801 - A            |                                                       | Fecha autorización | 03/06/20                          |       |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO                 |                                                       | Vigencia           | 2020                              |       |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                         | Molécula                                              |                    | Tipo                              | Total |
| MIGRADORIXINA 125mg/1mg TNR CXX100TNR                                                                                                                                                                                                                    |                         | CLONIXINATO LISINA ERGOTAMINA TARTRATO                |                    | TABLETAS                          | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | CADA 24 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |
| VENCONTROL D 50mg TLP CXX30TAB                                                                                                                                                                                                                           |                         | DESVENLAFAXINA SUCCIN HIDRATO 50MG Tableta de         |                    | TABLETAS                          | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | CADA 24 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |
| TRAZADONA 50MG CXX50TAB                                                                                                                                                                                                                                  |                         | TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG Tableta                    |                    | TABLETAS                          | 60    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | CADA 12 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |
| VALCOTE 250MG FCOX30TAB                                                                                                                                                                                                                                  |                         | VALPROICO ACIDO 250MG Tableta de liberación retardada |                    | TABLETAS                          | 60    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | CADA 12 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |
| PANTOPRAZOL 40MG CXX30TAB                                                                                                                                                                                                                                |                         | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 40MG Tableta              |                    | TABLETAS                          | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                            | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | CADA 24 HORAS                                         | 30                 |                                   |       |

|                                                                                       |  |                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                   |  | ARCESIO IBARRA NATES                                                        |  |
|  |  | <b>Recibido Por:</b><br>Firma: _____<br>Documento: _____<br>Teléfono: _____ |  |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA                                                                  |  | Huella                                                                      |  |
| RM: 2220-96                                                                           |  |                                                                             |  |
| Fecha de vencimiento: 18/06/20                                                        |  | 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>553</b> |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           | DUQUE ZULUAGA LUZ MARIA |                                                     | Documento          | 29283137                          |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 12953801 - A            | Fecha autorización                                  | 03/06/20           |                                   |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO                 | Vigencia                                            | 2020               |                                   |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                         | Molécula                                            | Tipo               | Total                             |
| DOLEX DURA+ 665MG FCOX100TAB                                                                                                                                                                                                                           |                         | ACETAMINOFEN 665MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS           | 100                               |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Via Admon.              | Frecuencia                                          | Tiempo tratamiento |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | CADA 8 HORAS                                        | 30                 |                                   |
| DOLEX DURA+ 665MG FCOX100TAB                                                                                                                                                                                                                           |                         | ALGINATO DE SODIO 5GBICARBONATO DE SODIO            | SOBRE              | 60                                |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Via Admon.              | Frecuencia                                          | Tiempo tratamiento |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | CADA 12 HORAS                                       | 30                 |                                   |
| SUAXINA 500/85MG CJX4TNR                                                                                                                                                                                                                               |                         | NAPROXENO SODIO 500MG SUMATRIPTÁN                   | TABLETAS           | 8                                 |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Via Admon.              | Frecuencia                                          | Tiempo tratamiento |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | A NECESIDAD                                         | 30                 |                                   |

|                                                                                                                            |                      |       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                        | ARCESIO IBARRA NATES |       |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | <b>Recibido Por:</b> |       | Huella |
|                                                                                                                            | Firma:               | _____ |        |
|                                                                                                                            | Documento:           | _____ |        |
|                                                                                                                            | Télefono:            | _____ |        |
| <b>Fecha de vencimiento:</b> 18/06/20                                                                                      |                      |       |        |

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>553</b> |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                             | DUQUE ZULUAGA LUZ MARIA |                                                     | Documento          | 29283137                          |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 12953801 - A            | Fecha autorización                                  | 03/06/20           |                                   |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO                 | Vigencia                                            | 2020               |                                   |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                         | Molécula                                            | Tipo               | Total                             |
| DOLEX DURA+ 665MG FCOX100TAB                                                                                                                                                                                                                             |                         | ACETAMINOFEN 665MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS           | 100                               |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Via Admon.              | Frecuencia                                          | Tiempo tratamiento |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | CADA 8 HORAS                                        | 30                 |                                   |
| DOLEX DURA+ 665MG FCOX100TAB                                                                                                                                                                                                                             |                         | ALGINATO DE SODIO 5GBICARBONATO DE SODIO            | SOBRE              | 60                                |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Via Admon.              | Frecuencia                                          | Tiempo tratamiento |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | CADA 12 HORAS                                       | 30                 |                                   |
| SUAXINA 500/85MG CJX4TNR                                                                                                                                                                                                                                 |                         | NAPROXENO SODIO 500MG SUMATRIPTÁN                   | TABLETAS           | 8                                 |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Via Admon.              | Frecuencia                                          | Tiempo tratamiento |                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | A NECESIDAD                                         | 30                 |                                   |

|                                                                                                                              |                      |       |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                          | ARCESIO IBARRA NATES |       |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | <b>Recibido Por:</b> |       | Huella |
|                                                                                                                              | Firma:               | _____ |        |
|                                                                                                                              | Documento:           | _____ |        |
|                                                                                                                              | Télefono:            | _____ |        |
| <b>Fecha de vencimiento:</b> 18/06/20                                                                                        |                      |       |        |

GTH-F-005 V.01