



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.: DP1163657**

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

| VENTA CREDITO              |       |            |          |
|----------------------------|-------|------------|----------|
| Fecha                      | Hora  | Cajero     | Vendedor |
| 06/06/2020                 | 10:24 | 6 CAJER    | 24 DIEGO |
| ENZYMED 20 GRAGEAS         |       |            |          |
| 100000581                  | 2 C   | \$ 63.200  |          |
| DIP 200 ML. SUSPENSION**** |       |            |          |
| 100004144*                 | 1 C   | \$ 81.150  |          |
| ZUDENINA PLUS GEL 30 GR(A) |       |            |          |
| 100015799                  | 1 C   | \$ 95.650  |          |
| NEURO BASAL JARABE 120 ML  |       |            |          |
| 100002867                  | 1 C   | \$ 27.100  |          |
| Sub Total                  |       | \$ 267.100 |          |
| Descuento                  |       | \$ 0       |          |
| Total Factura              |       | \$ 267.100 |          |
| Valor Recibido             |       | \$ 267.100 |          |
| Cambio                     |       | \$ 0       |          |
| Exento                     |       | \$ 171.450 |          |
| Excluido                   |       | \$ 95.650  |          |
| No Gravado                 |       | \$ 0       |          |
| Gravado                    |       | \$ 0       |          |

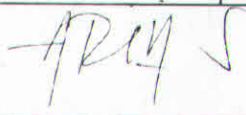
Tipo de Pago credito: \$ 267.100

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$77467150

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

Caja: SERVIS 023  
Recibido: *Angela Govea*  
C.C: 1094960072

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                              |                    |                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|
|  <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>571</b> |  |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           | ANGELA GARCIA TORRES |                                              | Documento          | 1094960072                        |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 7532372 - C          | Fecha autorización                           | 05/06/20           |                                   |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO              | Vigencia                                     | 2020               |                                   |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                      | Molécula                                     | Tipo               | Total                             |  |
| ENZYMED 5mg/60mg/400mg TNR FCOX20TAB                                                                                                                                                                                                                   |                      | PANCREATINA 400MGDIMETILPOLISILOXANO         | TABLETAS           | 40                                |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.           | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                                   |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                 | CADA 12 HORAS                                | 20                 |                                   |  |
| DIP FRUTAS 1G/5ML SUSP FCOX200ML                                                                                                                                                                                                                       |                      | SUCRALFATO 0.2MGML Suspensión                | FRASCO             | 1                                 |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.           | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                                   |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                 | CADA 8 HORAS                                 | 30                 |                                   |  |
| ZUDENINA PLUS 0.1/1% GEL TUBOX30G                                                                                                                                                                                                                      |                      | CLINDAMICINA FOSFATO 10MGGADAPALENO 1MGG Gel | TUBO               | 1                                 |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.           | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                                   |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | TÓPICA               | CADA 24 HORAS                                | 30                 |                                   |  |
| NEUROBASAL 8G/100mL J FCOX120ML                                                                                                                                                                                                                        |                      | PIRACETAM 8G Solución Jarabe                 | FRASCO             | 1                                 |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.           | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                                   |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                 | CADA 12 HORAS                                | 30                 |                                   |  |

|                                                                                     |  |                              |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|-------|
| Nombre Funcionario:                                                                 |  | JAIME HUMBERTO GARCIA SUAREZ |       |
|  |  | <b>Recibido Por:</b>         |       |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA                                                                |  | Firma:                       | _____ |
| RM: 2220-96                                                                         |  | Documento:                   | _____ |
|                                                                                     |  | Teléfono:                    | _____ |
| Fecha de vencimiento: 20/06/20                                                      |  | Huella                       |       |

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>571</b> |  |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                             | ANGELA GARCIA TORRES |                                              | Documento          | 1094960072                        |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 7532372 - C          | Fecha autorización                           | 05/06/20           |                                   |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO              | Vigencia                                     | 2020               |                                   |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                      | Molécula                                     | Tipo               | Total                             |  |
| ENZYMED 5mg/60mg/400mg TNR FCOX20TAB                                                                                                                                                                                                                     |                      | PANCREATINA 400MGDIMETILPOLISILOXANO         | TABLETAS           | 40                                |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.           | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                                   |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                 | CADA 12 HORAS                                | 20                 |                                   |  |
| DIP FRUTAS 1G/5ML SUSP FCOX200ML                                                                                                                                                                                                                         |                      | SUCRALFATO 0.2MGML Suspensión                | FRASCO             | 1                                 |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.           | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                                   |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                 | CADA 8 HORAS                                 | 30                 |                                   |  |
| ZUDENINA PLUS 0.1/1% GEL TUBOX30G                                                                                                                                                                                                                        |                      | CLINDAMICINA FOSFATO 10MGGADAPALENO 1MGG Gel | TUBO               | 1                                 |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.           | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                                   |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | TÓPICA               | CADA 24 HORAS                                | 30                 |                                   |  |
| NEUROBASAL 8G/100mL J FCOX120ML                                                                                                                                                                                                                          |                      | PIRACETAM 8G Solución Jarabe                 | FRASCO             | 1                                 |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.           | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                                   |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                 | CADA 12 HORAS                                | 30                 |                                   |  |

|                                                                                       |  |                              |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|-------|
| Nombre Funcionario:                                                                   |  | JAIME HUMBERTO GARCIA SUAREZ |       |
|  |  | <b>Recibido Por:</b>         |       |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA                                                                  |  | Firma:                       | _____ |
| RM: 2220-96                                                                           |  | Documento:                   | _____ |
|                                                                                       |  | Teléfono:                    | _____ |
| Fecha de vencimiento: 20/06/20                                                        |  | Huella                       |       |

GTH-F-005 V.01