

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.: DP1164535

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

VENTA CREDITO			
Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
10/06/2020	10:13	6 CAJER	24 DIEGO
LOSARTAN 100 MG 15 TABLETAS MK			
100022069	1 C	\$ 23.300	
ALENDRONATO 70 MG 4 TAB MK JSL			
100005733	1 C	\$ 44.250	
SINALGEN 5/325MG X30			
100021591	3 C	\$ 417.000	
DEXLANZOPRAL 30 X 30			
100024409	2 C	\$ 342.200	
PROFENID 30 GRS GEL **			
100000394	1 C	\$ 46.850	
ALBISAN SUSPENSION 200 ML			
100023288	2 C	\$ 119.600	
DEFEROL 7000 UI 8 CAPSULAS			
100023737	1 C	\$ 48.400	
NORMOLIP NF 135 MG 30 CAPSULAS			
100020056	1 C	\$ 184.150	
LYRICA 75 MG 30 CAP.(P)44048			
100021887	1 C	\$ 44.900	
GLUCOPHAGE XR 1000 MG 30 TAB			
100017741	2 C	\$ 222.400	

Sub Total	\$ 1.493.050
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 1.493.050
Valor Recibido	\$ 1.493.050
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 1.446.200
Excluido	\$ 46.850
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago credito: \$ 1.493.050

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$90022150

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

Caja: SERVISUC3
Recibido: _____
C.C. _____



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.: DP1164568

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

VENTA CREDITO			
Fecha	Hora	Cajero	Vendedor
10/06/2020	11:41	6 CAJER	24 DIEGO
LOSARTAN 100 MG 15 TABLETAS MK			
100022069	1 C	\$ 23.300	
Sub Total		\$ 23.300	
Descuento		\$ 0	
Total Factura		\$ 23.300	
Valor Recibido		\$ 23.300	
Cambio		\$ 0	
Exento		\$ 23.300	
Excluido		\$ 0	
No Gravado		\$ 0	
Gravado		\$ 0	

Tipo de Pago credito: \$ 23.300

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$80353100

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

Caja: SERVISUP

Recibido:

C.C:

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 583			
Beneficiario		TOMASITA LONDOÑO FERNANDEZ		Documento		24483832	
No. Carné		7506286 - A		Fecha autorización		08/06/20	
Regional		QUINDÍO		Vigencia		2020	
Medicamentos		Molécula		Tipo		Total	
ALBISAN 20G SGS FCOX200ML		SUCRALFATO 20G		FRASCO		2	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
10		ORAL		CADA 8 HORAS		30	
2 FRASCOS ALBISAN							
DEFEROL 7000UI CBL CJX4CBL		VITAMINA D3 7000UI Cápsula de gelatina blanda		CAJA		4	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
1		ORAL		CADA SEMANA		30	
1 CAPSULA CADA SEMANA DE DEFEROL TOTAL 4 CAPSULAS 1 CAJA *							
NORMOLIP NF 135MG CJX30CAP		FENOFIBRATO ACIDO 135MG Cápsula de cubierta dura		TABLETAS		30	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
1		ORAL		CADA 24 HORAS		30	
30 TABLETAS							
LYRICA 75MG CJX14CAPS		PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura		TABLETAS		28	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
1		ORAL		CADA 24 HORAS		28	
LYRICA 75MG 28 TABLETAS							
GLUCOPHAGE XR 1000MG CJX30TAB		METFORMINA CLORHIDRATO 1G Tableta de liberación		TABLETAS		60	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
1		ORAL		CADA 12 HORAS		30	
60 TABLETAS GLUCOPHAGE XR 1000MG							

Nombre Funcionario:		LUIS IVAN CANAVERAL HERNANDEZ	
		Recibido Por:	
Firma:		Firma:	
Documento:		Documento:	
Teléfono:		Teléfono:	
OCTAVIO ARIAS OSPINA		Huella	
RM: 2220-96			
Fecha de vencimiento: 23/06/20		GTH-F-005 V.01	

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 583			
Beneficiario		TOMASITA LONDOÑO FERNANDEZ		Documento		24483832	
No. Carné		7506286 - A		Fecha autorización		08/06/20	
Regional		QUINDÍO		Vigencia		2020	
Medicamentos		Molécula		Tipo		Total	
ALBISAN 20G SGS FCOX200ML		SUCRALFATO 20G		FRASCO		2	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
10		ORAL		CADA 8 HORAS		30	
2 FRASCOS ALBISAN							
DEFEROL 7000UI CBL CJX4CBL		VITAMINA D3 7000UI Cápsula de gelatina blanda		CAJA		4	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
1		ORAL		CADA SEMANA		30	
1 CAPSULA CADA SEMANA DE DEFEROL TOTAL 4 CAPSULAS 1 CAJA							
NORMOLIP NF 135MG CJX30CAP		FENOFIBRATO ACIDO 135MG Cápsula de cubierta dura		TABLETAS		30	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
1		ORAL		CADA 24 HORAS		30	
30 TABLETAS							
LYRICA 75MG CJX14CAPS		PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura		TABLETAS		28	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
1		ORAL		CADA 24 HORAS		28	
LYRICA 75MG 28 TABLETAS							
GLUCOPHAGE XR 1000MG CJX30TAB		METFORMINA CLORHIDRATO 1G Tableta de liberación		TABLETAS		60	
Dosis		Via Admon.		Frecuencia		Tiempo tratamiento	
1		ORAL		CADA 12 HORAS		30	
60 TABLETAS GLUCOPHAGE XR 1000MG							

Nombre Funcionario:		LUIS IVAN CANAVERAL HERNANDEZ	
		Recibido Por:	
Firma:		Firma:	
Documento:		Documento:	
Teléfono:		Teléfono:	
OCTAVIO ARIAS OSPINA		Huella	
RM: 2220-96			
Fecha de vencimiento: 23/06/20		GTH-F-005 V.01	

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 583			
Beneficiario		TOMASITA LONDOÑO FERNANDEZ		Documento		24483832	
No. Carné		7506286 - A		Fecha autorización		08/06/20	
Regional		QUINDIO		Vigencia		2020	
Medicamentos		Molécula		Tipo		Total	
LOSARTAN 100MG X 30TAB		LOSARTAN POTASICO 100MG Tableta Recubierta		TABLETAS		30	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	ORAL	CADA 24 HORAS	30				
LOSARTAN MK TOMAR UNA DIARIA.							
ALENDRONATO SODICO 70MG CJX4TAB		ALENDRONATO SODIO TRIHIDRATO 70MG Tableta		TABLETAS		4	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	ORAL	CADA SEMANA	30				
TOMAR UNA SEMANAL							
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB		ACETAMINOFEN 325MGBITARTRATO		TABLETAS		90	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	ORAL	CADA 8 HORAS	30				
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB 90 TABLETAS							
DEXLANZOPRAL 30MG CJA X 30 COMP		DEXLANSOPRAZOL 30MG		TABLETAS		60	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	ORAL	CADA 12 HORAS	30				
DEXLANZOPRAL 60 TABLETAS							
KETOPROFENO GEL 2.5% TUBX60G		KETOPROFENO 25MGG Gel		TUBO		1	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	TÓPICA	CADA 24 HORAS	30				
PROFENID GEL TUBO							

Nombre Funcionario:		LUIS IVAN CANAVERAL HERNANDEZ	
		Recibido Por:	
Firma:		Firma:	
Documento:		Documento:	
Télefono:		Télefono:	
OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96		Huella	
Fecha de vencimiento: 23/06/20			

GTH-F-005 V.01

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 583			
Beneficiario		TOMASITA LONDOÑO FERNANDEZ		Documento		24483832	
No. Carné		7506286 - A		Fecha autorización		08/06/20	
Regional		QUINDIO		Vigencia		2020	
Medicamentos		Molécula		Tipo		Total	
LOSARTAN 100MG X 30TAB		LOSARTAN POTASICO 100MG Tableta Recubierta		TABLETAS		30	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	ORAL	CADA 24 HORAS	30				
LOSARTAN MK TOMAR UNA DIARIA.							
ALENDRONATO SODICO 70MG CJX4TAB		ALENDRONATO SODIO TRIHIDRATO 70MG Tableta		TABLETAS		4	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	ORAL	CADA SEMANA	30				
TOMAR UNA SEMANAL							
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB		ACETAMINOFEN 325MGBITARTRATO		TABLETAS		90	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	ORAL	CADA 8 HORAS	30				
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB 90 TABLETAS							
DEXLANZOPRAL 30MG CJA X 30 COMP		DEXLANSOPRAZOL 30MG		TABLETAS		60	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	ORAL	CADA 12 HORAS	30				
DEXLANZOPRAL 60 TABLETAS							
KETOPROFENO GEL 2.5% TUBX60G		KETOPROFENO 25MGG Gel		TUBO		1	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento				
1	TÓPICA	CADA 24 HORAS	30				
PROFENID GEL TUBO							

Nombre Funcionario:		LUIS IVAN CANAVERAL HERNANDEZ	
		Recibido Por:	
Firma:		Firma:	
Documento:		Documento:	
Télefono:		Télefono:	
OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96		Huella	
Fecha de vencimiento: 23/06/20			

GTH-F-005 V.01