



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.: DP1164576

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                              | 11:51 | 6 CAJER   | 24 DIEGO |
| ALBISAN SUSPENSION 200 ML               |       |           |          |
| 100023288                               | 1 C   | \$ 59.800 |          |
| LEMOVIT C 500 MG 30 CAP.BLANDA GELATIN. |       |           |          |
| 100011463                               | 1 C   | \$ 19.900 |          |
| NEUROBION DC X 3 AMPOLLAS               |       |           |          |
| 100019563                               | 1 C   | \$ 55.950 |          |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Sub Total            | \$ 135.650        |
| Descuento            | \$ 0              |
| <b>Total Factura</b> | <b>\$ 135.650</b> |
| Valor Recibido       | \$ 135.650        |
| Cambio               | \$ 0              |
| Exento               | \$ 135.650        |
| Excluido             | \$ 0              |
| No Gravado           | \$ 0              |
| Gravado              | \$ 0              |

Tipo de Pago credito: \$ 135.650

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$80583550

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

Caja: SERVICUC3

Recibido:

C.C:

*Carla Isabel Huertas*  
52 107 780

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                             |                          |                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                             |                          | No. de Orden<br>628 |  |
|  <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> |                              |                                             |                          |                     |  |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           | MARIA ISABEL HUERTAS SANCHEZ |                                             | Documento                | 52587980            |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 79352892 - C                 | Fecha autorización                          | 10/06/20                 |                     |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO                      | Vigencia                                    | 2020                     |                     |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                              | Molécula                                    | Tipo                     | Total               |  |
| ALBISAN 20G SGS FCOX200ML                                                                                                                                                                                                                              |                              | SUCRALFATO 20G                              | FRASCO                   | 1                   |  |
| Dosis<br>7                                                                                                                                                                                                                                             | Vía Admon.<br>ORAL           | Frecuencia<br>CADA 8 HORAS                  | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |  |
| HACER BUCHES EN BOCA ANTES DE TRAGAR                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                             |                          |                     |  |
| VITAMINA C 500MG TUTTIF CJX100TAB                                                                                                                                                                                                                      |                              | ASCORBICO ACIDO 500MG<br>Tableta masticable | TABLETAS                 | 30                  |  |
| Dosis<br>1                                                                                                                                                                                                                                             | Vía Admon.<br>ORAL           | Frecuencia<br>CADA 24 HORAS                 | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |  |
| COMPLEJO B INYECTABLE 2ML<br>CJX3AMP                                                                                                                                                                                                                   |                              | TIAMINA CLORHIDRATO<br>50 MG ML PIRIDOXINA  | AMPOLLA                  | 3                   |  |
| Dosis<br>1                                                                                                                                                                                                                                             | Vía Admon.<br>INTRAMUSCULAR  | Frecuencia<br>CADA SEMANA                   | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                             |                          |                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                             |                          | No. de Orden<br>628 |  |
|  <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>COPIA</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                             |                          |                     |  |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                             | MARIA ISABEL HUERTAS SANCHEZ |                                             | Documento                | 52587980            |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 79352892 - C                 | Fecha autorización                          | 10/06/20                 |                     |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO                      | Vigencia                                    | 2020                     |                     |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                              | Molécula                                    | Tipo                     | Total               |  |
| ALBISAN 20G SGS FCOX200ML                                                                                                                                                                                                                                |                              | SUCRALFATO 20G                              | FRASCO                   | 1                   |  |
| Dosis<br>7                                                                                                                                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL           | Frecuencia<br>CADA 8 HORAS                  | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |  |
| HACER BUCHES EN BOCA ANTES DE TRAGAR                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                             |                          |                     |  |
| VITAMINA C 500MG TUTTIF CJX100TAB                                                                                                                                                                                                                        |                              | ASCORBICO ACIDO 500MG<br>Tableta masticable | TABLETAS                 | 30                  |  |
| Dosis<br>1                                                                                                                                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL           | Frecuencia<br>CADA 24 HORAS                 | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |  |
| COMPLEJO B INYECTABLE 2ML<br>CJX3AMP                                                                                                                                                                                                                     |                              | TIAMINA CLORHIDRATO<br>50 MG ML PIRIDOXINA  | AMPOLLA                  | 3                   |  |
| Dosis<br>1                                                                                                                                                                                                                                               | Vía Admon.<br>INTRAMUSCULAR  | Frecuencia<br>CADA SEMANA                   | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |  |

|                                                                                                                            |  |                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                                                        |  | LEONEL ANTONIO GONZALEZ ALZATE |  |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 |  | Recibido Por:                  |  |
|                                                                                                                            |  | Firma: _____                   |  |
|                                                                                                                            |  | Documento: _____               |  |
|                                                                                                                            |  | Teléfono: _____                |  |
|                                                                                                                            |  | Huella                         |  |
| Fecha de vencimiento: 25/06/20                                                                                             |  |                                |  |

GTH-F-005 V.01

|                                                                                                                              |  |                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                                                          |  | LEONEL ANTONIO GONZALEZ ALZATE |  |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 |  | Recibido Por:                  |  |
|                                                                                                                              |  | Firma: _____                   |  |
|                                                                                                                              |  | Documento: _____               |  |
|                                                                                                                              |  | Teléfono: _____                |  |
|                                                                                                                              |  | Huella                         |  |
| Fecha de vencimiento: 25/06/20                                                                                               |  |                                |  |

GTH-F-005 V.01