



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.: DP1172939**

Autorización numeración según resolución No  
18763000789653 del 01/10/2019 al 01/10/2021  
Rango DP11 1 al DP11 1000000 Vigencia 24 Mese

| VENTA CREDITO                        |       |           |          |
|--------------------------------------|-------|-----------|----------|
| Fecha                                | Hora  | Cajero    | Vendedor |
| 17/07/2020                           | 11:08 | 6 CAJER   | 24 DIEGO |
| FIXAMICIN DEXACIPRO GOTAS 7.5 ML (M) |       |           |          |
| 100016353                            | 1 C   | \$ 60.000 |          |
| KETESSE 25 MG 20 COMP                |       |           |          |
| 100015399                            | 1 C   | \$ 50.200 |          |
| PENICILINA BENZ 1.200                |       |           |          |
| 1110                                 | 2 C   | \$ 8.000  |          |

|                |            |
|----------------|------------|
| Sub Total      | \$ 118.200 |
| Descuento      | \$ 0       |
| Total Factura  | \$ 118.200 |
| Valor Recibido | \$ 118.200 |
| Cambio         | \$ 0       |
| Exento         | \$ 118.200 |
| Excluido       | \$ 0       |
| No Gravado     | \$ 0       |
| Gravado        | \$ 0       |

Tipo de Pago: credito: \$ 118.200

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$ 118.043.896 Dias: 30

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

Caja: SERVISUC3  
Recibido:  
C.C:

*Heimer Caruso*  
C7510740

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                                        |                    |                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                                        |                    | No. de Orden<br>903 |  |
|  <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                                                                                                                                                                                                                                           | VALENTINA GIRALDO HERNANDEZ |                                                        | Documento          | 1094972536          |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 4406428 - D                 | Fecha autorización                                     | 16/07/20           |                     |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO                     | Vigencia                                               | 2020               |                     |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                             | Molécula                                               | Tipo               | Total               |  |
| > Fixamicin Dexacipro (1+3)mg Frasco x 7,5 mL                                                                                                                                                                                                          |                             | Dexametasona + Ciprofloxacina (1+3)mg Suspensión Ótica | FRASCO             | 1                   |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Via Admon.                  | Frecuencia                                             | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                      | ÓTICA                       | CADA 6 HORAS                                           | 10                 |                     |  |
| > KETESSE 25MG CJX20COMP                                                                                                                                                                                                                               |                             | DEXKETOPROFENO TROMETAMOL 25MG Tableta                 | TABLETAS           | 20                  |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Via Admon.                  | Frecuencia                                             | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                        | CADA 12 HORAS                                          | 10                 |                     |  |
| > BENZETACIL 1.200.000 UI INY FCO 4ML                                                                                                                                                                                                                  |                             | PENICILINA G BENZATINICA 1200000UI Polvo para Solución | AMPOLLA            | 2                   |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Via Admon.                  | Frecuencia                                             | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | INTRAMUSCULAR               | CADA MES                                               | 2                  |                     |  |
| aplicar intramuscular cada 20 días                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                                        |                    |                     |  |

|                                                                                                                            |                            |       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                        | ANGEL MARIA SOTO ECHEVERRI |       |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | Recibido Por:              |       | Huella |
|                                                                                                                            | Firma:                     | _____ |        |
|                                                                                                                            | Documento:                 | _____ |        |
|                                                                                                                            | Télefono:                  | _____ |        |
| Fecha de vencimiento: 31/07/20                                                                                             |                            |       |        |

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                                        |                    |                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                                        |                    | No. de Orden<br>903 |  |
|  <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                                                                                                                                                                                                                                             | VALENTINA GIRALDO HERNANDEZ |                                                        | Documento          | 1094972536          |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 4406428 - D                 | Fecha autorización                                     | 16/07/20           |                     |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO                     | Vigencia                                               | 2020               |                     |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                             | Molécula                                               | Tipo               | Total               |  |
| > Fixamicin Dexacipro (1+3)mg Frasco x 7,5 mL                                                                                                                                                                                                            |                             | Dexametasona + Ciprofloxacina (1+3)mg Suspensión Ótica | FRASCO             | 1                   |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Via Admon.                  | Frecuencia                                             | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                        | ÓTICA                       | CADA 6 HORAS                                           | 10                 |                     |  |
| > KETESSE 25MG CJX20COMP                                                                                                                                                                                                                                 |                             | DEXKETOPROFENO TROMETAMOL 25MG Tableta                 | TABLETAS           | 20                  |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Via Admon.                  | Frecuencia                                             | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                        | CADA 12 HORAS                                          | 10                 |                     |  |
| > BENZETACIL 1.200.000 UI INY FCO 4ML                                                                                                                                                                                                                    |                             | PENICILINA G BENZATINICA 1200000UI Polvo para Solución | AMPOLLA            | 2                   |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Via Admon.                  | Frecuencia                                             | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | INTRAMUSCULAR               | CADA MES                                               | 2                  |                     |  |
| aplicar intramuscular cada 20 días                                                                                                                                                                                                                       |                             |                                                        |                    |                     |  |

|                                                                                                                              |                            |       |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                          | ANGEL MARIA SOTO ECHEVERRI |       |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | Recibido Por:              |       | Huella |
|                                                                                                                              | Firma:                     | _____ |        |
|                                                                                                                              | Documento:                 | _____ |        |
|                                                                                                                              | Télefono:                  | _____ |        |
| Fecha de vencimiento: 31/07/20                                                                                               |                            |       |        |