



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.: DP1173897

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
21/07/2020	08:59	6 CAJER	19 MARCE
REFLUFIN 360 ML CEREZA			
100001550	1 C	\$ 46.300	

Sub Total	\$ 46.300
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 46.300
Valor Recibido	\$ 46.300
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 46.300
Excluido	\$ 0
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago credito: \$ 46.300

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$ 162.947.246 Días: 30

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.: DP1173017

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	16:08	8 CAJER	19 MARCE
ESOMEPRAZOL MK 20 MGX 10			
100014463	2 C	\$ 65.800	
METOCLOPRAMIDA 10 MG X 30 TABLETAS			
99999076	20 U	\$ 2.400	
HIDRAPLUS 60 ZINC MANZANA 400 ML SUERO O			
100022180	2 C	\$ 13.900	
HIOSINA BUTILBROMURO X 100 TBS LABINCO			
99999062	20 U	\$ 8.000	

Sub Total	\$ 90.100
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 90.100
Valor Recibido	\$ 90.100
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 65.800
Excluido	\$ 16.300
No Gravado	\$ 8.000
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago credito: \$ 90.100

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$ 159.410.286 Dias: 30

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

Caja: SERVISUC3
Recibido: 2915654
C.

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 919
Beneficiario	MARIA YAMILE GARZON DE MORENO	Documento	20335926	
No. Carné	2915654 - A	Fecha autorización	17/07/20	
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020	
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total
> RANITIDINA INY 50MG/2ML CJX10AMP		RANITIDINA CLORHIDRATO 25MGML Solución inyectable	AMPOLLA	2
Dosis 1	Via Admon. INTRAMUSCULAR	Frecuencia CADA 24 HORAS	Tiempo tratamiento 2	
aplicar im día				
> ESOMEPRAZOL 20MG CJX14TAB		ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta de	TABLETAS	14
Dosis 1	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 12 HORAS	Tiempo tratamiento 7	
tomar en ayunas y 6 pm				
> METOCLOPRAMIDA 10MG CJX30TAB		METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10MG Tableta	TABLETAS	15
Dosis 1	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 8 HORAS	Tiempo tratamiento 5	
tomar una tableta tres veces al día				
> REFLUFIN 2.5G/100ML SSN FCOX360ML		ALGINATO SODIO	FRASCO	1
Dosis 10	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 8 HORAS	Tiempo tratamiento 10	
> HIDRAPLUS 60 ZINC MANZANA FCOX400ML		SODIO CLORURO 175MGSODIO CITRATO DIHIDRATO	FRASCO	2
Dosis 10	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA HORA	Tiempo tratamiento 2	
tomar 10cc cada 30 min				

Nombre Funcionario:	CARLOS MORENO LUIS		
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por:		Huella
	Firma:	_____	
	Documento:	_____	
	Télefono:	_____	
Fecha de vencimiento: 01/08/20			

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 919
Beneficiario	MARIA YAMILE GARZON DE MORENO	Documento	20335926	
No. Carné	2915654 - A	Fecha autorización	17/07/20	
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020	
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total
> RANITIDINA INY 50MG/2ML CJX10AMP		RANITIDINA CLORHIDRATO 25MGML Solución inyectable	AMPOLLA	2
Dosis 1	Via Admon. INTRAMUSCULAR	Frecuencia CADA 24 HORAS	Tiempo tratamiento 2	
aplicar im día				
> ESOMEPRAZOL 20MG CJX14TAB		ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta de	TABLETAS	14
Dosis 1	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 12 HORAS	Tiempo tratamiento 7	
tomar en ayunas y 6 pm				
> METOCLOPRAMIDA 10MG CJX30TAB		METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10MG Tableta	TABLETAS	15
Dosis 1	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 8 HORAS	Tiempo tratamiento 5	
tomar una tableta tres veces al día				
> REFLUFIN 2.5G/100ML SSN FCOX360ML		ALGINATO SODIO	FRASCO	1
Dosis 10	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA 8 HORAS	Tiempo tratamiento 10	
> HIDRAPLUS 60 ZINC MANZANA FCOX400ML		SODIO CLORURO 175MGSODIO CITRATO DIHIDRATO	FRASCO	2
Dosis 10	Via Admon. ORAL	Frecuencia CADA HORA	Tiempo tratamiento 2	
tomar 10cc cada 30 min				

Nombre Funcionario:	CARLOS MORENO LUIS		
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por:		Huella
	Firma:	_____	
	Documento:	_____	
	Télefono:	_____	
Fecha de vencimiento: 01/08/20			

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 919
Beneficiario	MARIA YAMILE GARZON DE MORENO	Documento	20335926	
No. Camé	2915654 - A	Fecha autorización	17/07/20	
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020	
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total
HIOSCINA BUTILBROM 10mg TNR CJX300TAB		HIOSCINA N-BUTILBROMURO	TABLETAS	15
Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
1	ORAL	CADA 8 HORAS	5	

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 919
Beneficiario	MARIA YAMILE GARZON DE MORENO	Documento	20335926	
No. Camé	2915654 - A	Fecha autorización	17/07/20	
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020	
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total
HIOSCINA BUTILBROM 10mg TNR CJX300TAB		HIOSCINA N-BUTILBROMURO	TABLETAS	15
Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
1	ORAL	CADA 8 HORAS	5	

Nombre Funcionario:	CARLOS MORENO LUIS
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por: Firma: _____ Documento: _____ Teléfono: _____ Huella
Fecha de vencimiento: 01/08/20	

GTH-F-005 V.01

Nombre Funcionario:	CARLOS MORENO LUIS
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por: Firma: _____ Documento: _____ Teléfono: _____ Huella
Fecha de vencimiento: 01/08/20	

GTH-F-005 V.01