



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.: DP1173074

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	18:59	8 CAJER	19 MARCE
METASPRAY 18 GR 180 DOSIS			
100020011	1 C	\$ 70.950	
CLOBEZAN LOCION CAPILAR			
100001262	1 C	\$ 55.800	
ZUDENINA 0.1% GEL 30 GR			
100011725	1 C	\$ 77.050	
COLYPAN 200 MG 30****			
100011897	1 C	\$ 45.500	
FEMELIN 0.5 ML 1 AMPOLLA			
200022792	1 C	\$ 15.950	
ALAP 02% 3ML			
100015141	1 C	\$ 90.050	
PROPANOLOL MK 40 MG 20 TB			
100007942	1 C	\$ 8.000	
PROPANOLOL MK 40 MG 20 TB			
100007942	10 U	\$ 4.000	
NITAZOXANIDA 500 MG 6 TBS MK			
100022068	1 C	\$ 26.900	

Sub Total	\$ 394.200
Descuento	\$ 0
Total Factura	\$ 394.200
Valor Recibido	\$ 394.200
Cambio	\$ 0
Exento	\$ 378.250
Excluido	\$ 15.950
No Gravado	\$ 0
Gravado	\$ 0

Tipo de Pago credito: \$ 394.200

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0
Total Cartera: \$ 160.253.696 Dias: 30

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

Caja: SERVISUC3

Recibido: *En el on OSORROM*
C.C: *1059869693*

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA				No. de Orden 921	
Beneficiario	VALERIA OSORIO MARTINEZ		Documento	1053869694	
No. Carné	75064552 - C		Fecha autorización	17/07/20	
Regional	QUINDÍO		Vigencia	2020	
Medicamentos		Molécula		Tipo	Total
METASPRAY 50MCG FCOX18ML 180APLI		MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión		FRASCO	1
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	NASAL	CADA 12 HORAS	30		
METASPRAY 50MCG FCOX18ML 180APLI					
CLOBEZAN 0.05% LOC FCOX60ML		CLOBETASOL PROPIONATO 0.5MGML Loción		FRASCO	1
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	TÓPICA	CADA 24 HORAS	30		
CLOBEZAN 0.05% LOC FCOX60ML					
ZUDENINA GEL 0.1% TBOX30GR		ADAPALENO 0.1G Gel		TUBO	1
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	TÓPICA	CADA 24 HORAS	1		
ZUDENINA GEL 0.1% TBOX30GR					
COLYPAN 200MG CJX30TAB		TRIMEBUTINA MALEATO		TABLETAS	30
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	ORAL	CADA 24 HORAS	30		
COLYPAN 200MG CJX30TAB					
FEMELIN 25MG/5MG CJX1AMP INY		MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 50MGMLESTRADIOL		AMPOLLA	1
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	INTRAMUSCULAR	CADA MES	30		
FEMELIN 25MG/5MG CJX1AMP INY, APLICAR 1 VEZ AL MES					

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO OSORIO GRAJALES		
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por:		Huella
	Firma: _____		
	Documento: _____		
	Teléfono: _____		
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 921	
Beneficiario	VALERIA OSORIO MARTINEZ		Documento	1053869694	
No. Carné	75064552 - C		Fecha autorización	17/07/20	
Regional	QUINDÍO		Vigencia	2020	
Medicamentos		Molécula		Tipo	Total
METASPRAY 50MCG FCOX18ML 180APLI		MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión		FRASCO	1
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	NASAL	CADA 12 HORAS	30		
METASPRAY 50MCG FCOX18ML 180APLI					
CLOBEZAN 0.05% LOC FCOX60ML		CLOBETASOL PROPIONATO 0.5MGML Loción		FRASCO	1
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	TÓPICA	CADA 24 HORAS	30		
CLOBEZAN 0.05% LOC FCOX60ML					
ZUDENINA GEL 0.1% TBOX30GR		ADAPALENO 0.1G Gel		TUBO	1
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	TÓPICA	CADA 24 HORAS	1		
ZUDENINA GEL 0.1% TBOX30GR					
COLYPAN 200MG CJX30TAB		TRIMEBUTINA MALEATO		TABLETAS	30
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	ORAL	CADA 24 HORAS	30		
COLYPAN 200MG CJX30TAB					
FEMELIN 25MG/5MG CJX1AMP INY		MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 50MGMLESTRADIOL		AMPOLLA	1
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	INTRAMUSCULAR	CADA MES	30		
FEMELIN 25MG/5MG CJX1AMP INY, APLICAR 1 VEZ AL MES					

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO OSORIO GRAJALES		
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por:		Huella
	Firma: _____		
	Documento: _____		
	Teléfono: _____		
Fecha de vencimiento: 01/08/20			

GTH-F-005 V.01

				No. de Orden 921	
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA					
Beneficiario	VALERIA OSORIO MARTINEZ		Documento	1053869694	
No. Carné	75064552 - C	Fecha autorización	17/07/20		
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020		
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total	
ALAP 0.2% SGS CJX1FCOX3ML		OLOPATADINA	FRASCO	1	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	OFTÁLMICA	CADA 24 HORAS	30		
ALAP 0.2% SGS CJX1FCOX3ML					
PROPRANOLOL 40mg TAB CJX300TAB		PROPRANOLOL CLORHIDRATO	TABLETAS	30	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	ORAL	CADA 24 HORAS	30		
PROPRANOLOL 40mg TAB 30 TABLETAS					
PARAXIN 500MG CJX6TAB		NITAZOXANIDA 500MG Tableta	TABLETAS	6	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	ORAL	CADA 12 HORAS	3		

				No. de Orden 921	
 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA					
COPIA					
Beneficiario	VALERIA OSORIO MARTINEZ		Documento	1053869694	
No. Carné	75064552 - C	Fecha autorización	17/07/20		
Regional	QUINDÍO	Vigencia	2020		
Medicamentos		Molécula	Tipo	Total	
ALAP 0.2% SGS CJX1FCOX3ML		OLOPATADINA	FRASCO	1	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	OFTÁLMICA	CADA 24 HORAS	30		
ALAP 0.2% SGS CJX1FCOX3ML					
PROPRANOLOL 40mg TAB CJX300TAB		PROPRANOLOL CLORHIDRATO	TABLETAS	30	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	ORAL	CADA 24 HORAS	30		
PROPRANOLOL 40mg TAB 30 TABLETAS					
PARAXIN 500MG CJX6TAB		NITAZOXANIDA 500MG Tableta	TABLETAS	6	
Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento		
1	ORAL	CADA 12 HORAS	3		

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO OSORIO GRAJALES		
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por:		Huella
	Firma:	_____	
	Documento:	_____	
	Télefono:	_____	
Fecha de vencimiento: 01/08/20			

GTH-F-005 V.01

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO OSORIO GRAJALES		
 OCTAVIO ARIAS OSPINA RM: 2220-96	Recibido Por:		Huella
	Firma:	_____	
	Documento:	_____	
	Télefono:	_____	
Fecha de vencimiento: 01/08/20			

GTH-F-005 V.01