



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.: DP1174161**

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 |
|-------------------------------------|-------|-----------|----------|
| 22/07/2020                          | 10:18 | 6 CAJER   | 24 DIEGO |
| CATALAC 500 MG 100 TAB ACETAMINOFEN |       |           |          |
| 100011424                           | 60 U  | \$ 18.000 |          |
| ZOPICLONA 7.5 MG 30 TABLETAS RC     |       |           |          |
| 100021110                           | 1 C   | \$ 15.500 |          |
| ILTUX 20 MG 28 COMPRIMIDOS (A)      |       |           |          |
| 100017835                           | 1 C   | \$ 23.000 |          |
| OPTIVE FUSION OFTALMICA X 15 ML     |       |           |          |
| 100022621                           | 1 C   | \$ 63.800 |          |
| TRIGENTAX CREMA 40 GMS              |       |           |          |
| 100001338                           | 1 C   | \$ 31.600 |          |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Sub Total            | \$ 151.900        |
| Descuento            | \$ 0              |
| <b>Total Factura</b> | <b>\$ 151.900</b> |
| Valor Recibido       | \$ 151.900        |
| Cambio               | \$ 0              |
| Exento               | \$ 118.400        |
| Excluido             | \$ 33.500         |
| No Gravado           | \$ 0              |
| Gravado              | \$ 0              |

Tipo de Pago credito: \$ 151.900

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$ 163.291.646 Días: 30

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

Caja: SERVISUC3

Recibido: \_\_\_\_\_

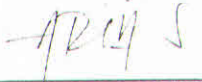
C.C: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                               |                    |                                   |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------|
|  <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>No. de Orden</b><br><b>928</b> |       |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           | JOSE RICARDO BOHORQUEZ null |                                               | Documento          | 7541117                           |       |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 41890258 - D                |                                               | Fecha autorización | 21/07/20                          |       |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO                     |                                               | Vigencia           | 2020                              |       |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                             | Molécula                                      |                    | Tipo                              | Total |
| > ACETAMINOFEN 500MG CJX100TAB                                                                                                                                                                                                                         |                             | ACETAMINOFEN 500MG Tableta                    |                    | TABLETAS                          | 60    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                        | CADA 12 HORAS                                 | 30                 |                                   |       |
| 60 TABLETAS TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 30 DIAS                                                                                                                                                                                                  |                             |                                               |                    |                                   |       |
| > ZOPICLONA 7.5MG CJX20TAB                                                                                                                                                                                                                             |                             | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta            |                    | TABLETAS                          | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                        | CADA 24 HORAS                                 | 30                 |                                   |       |
| ZOPICLONA 7.5MG CJX20TAB                                                                                                                                                                                                                               |                             |                                               |                    |                                   |       |
| > ILTUX 20MG CJX28TAB                                                                                                                                                                                                                                  |                             | OLMESARTAN MEDOXOMILO 20MG Tableta Recubierta |                    | TABLETAS                          | 28    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                        | CADA 24 HORAS                                 | 28                 |                                   |       |
| ILTUX 20MG CJX28TAB                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                                               |                    |                                   |       |
| > OPTIVE FUSION UDX4ML CJX30ML                                                                                                                                                                                                                         |                             | CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA 2MGGLICERINA 4MG  |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | OFTÁLMICA                   | CADA 8 HORAS                                  | 30                 |                                   |       |
| 1 GOTA CADA 8 HORAS EN AMBOS OJOS                                                                                                                                                                                                                      |                             |                                               |                    |                                   |       |
| > BETAME/CLOTRI/NEOM0.04/1/0.5GCRETU B20G                                                                                                                                                                                                              |                             | CLOTRIMAZOL NEOMICINA BETAMETASONA            |                    | TUBO                              | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | TÓPICA                      | CADA 24 HORAS                                 | 30                 |                                   |       |
| TRIGENTAX 40 GRAMOS 1 TUBO                                                                                                                                                                                                                             |                             |                                               |                    |                                   |       |

|                                                                                                                            |  |                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                                                        |  | AMPARO HERNANDEZ CARVAJAL |  |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 |  | <b>Recibido Por:</b>      |  |
|                                                                                                                            |  | Firma: _____              |  |
|                                                                                                                            |  | Documento: _____          |  |
|                                                                                                                            |  | Teléfono: _____           |  |
|                                                                                                                            |  | Huella                    |  |
| Fecha de vencimiento: 05/08/20                                                                                             |  |                           |  |

GTH-F-005 V.01

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                                               |                    |                                   |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------|
|  <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>No. de Orden</b><br><b>928</b> |       |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                             | JOSE RICARDO BOHORQUEZ null |                                               | Documento          | 7541117                           |       |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 41890258 - D                |                                               | Fecha autorización | 21/07/20                          |       |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO                     |                                               | Vigencia           | 2020                              |       |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                             | Molécula                                      |                    | Tipo                              | Total |
| > ACETAMINOFEN 500MG CJX100TAB                                                                                                                                                                                                                           |                             | ACETAMINOFEN 500MG Tableta                    |                    | TABLETAS                          | 60    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                        | CADA 12 HORAS                                 | 30                 |                                   |       |
| 60 TABLETAS TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 30 DIAS                                                                                                                                                                                                    |                             |                                               |                    |                                   |       |
| > ZOPICLONA 7.5MG CJX20TAB                                                                                                                                                                                                                               |                             | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta            |                    | TABLETAS                          | 30    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                        | CADA 24 HORAS                                 | 30                 |                                   |       |
| ZOPICLONA 7.5MG CJX20TAB                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                               |                    |                                   |       |
| > ILTUX 20MG CJX28TAB                                                                                                                                                                                                                                    |                             | OLMESARTAN MEDOXOMILO 20MG Tableta Recubierta |                    | TABLETAS                          | 28    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                        | CADA 24 HORAS                                 | 28                 |                                   |       |
| ILTUX 20MG CJX28TAB                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                                               |                    |                                   |       |
| > OPTIVE FUSION UDX4ML CJX30ML                                                                                                                                                                                                                           |                             | CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA 2MGGLICERINA 4MG  |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | OFTÁLMICA                   | CADA 8 HORAS                                  | 30                 |                                   |       |
| 1 GOTA CADA 8 HORAS EN AMBOS OJOS                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                               |                    |                                   |       |
| > BETAME/CLOTRI/NEOM0.04/1/0.5GCRETU B20G                                                                                                                                                                                                                |                             | CLOTRIMAZOL NEOMICINA BETAMETASONA            |                    | TUBO                              | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                  | Frecuencia                                    | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | TÓPICA                      | CADA 24 HORAS                                 | 30                 |                                   |       |
| TRIGENTAX 40 GRAMOS 1 TUBO                                                                                                                                                                                                                               |                             |                                               |                    |                                   |       |

|                                                                                                                              |  |                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                                                          |  | AMPARO HERNANDEZ CARVAJAL |  |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 |  | <b>Recibido Por:</b>      |  |
|                                                                                                                              |  | Firma: _____              |  |
|                                                                                                                              |  | Documento: _____          |  |
|                                                                                                                              |  | Teléfono: _____           |  |
|                                                                                                                              |  | Huella                    |  |
| Fecha de vencimiento: 05/08/20                                                                                               |  |                           |  |

GTH-F-005 V.01