



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.: DP1169443**

Autorización numeración según resolución  
No 18763000789653 del 2019 oct. 01 Rango D  
P11 1 al DP11 1000000

**VENTA CREDITO**

| Fecha      | Hora  | Cajero  | Vendedor |
|------------|-------|---------|----------|
| 02/07/2020 | 16:24 | 8 CAJER | 24 DIEGO |

**DRAMAMINE 50 MG 24 TABLETAS**  
100024280 1 C \$ 10.000

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Sub Total            | \$ 10.000        |
| Descuento            | \$ 0             |
| <b>Total Factura</b> | <b>\$ 10.000</b> |
| Valor Recibido       | \$ 10.000        |
| Cambio               | \$ 0             |
| Exento               | \$ 10.000        |
| Excluido             | \$ 0             |
| No Gravado           | \$ 0             |
| Gravado              | \$ 0             |

Tipo de Pago credito: \$ 10.000

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$114765700

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

Caja: SERVISUC3

Recibido:

C.C:

*Puede*  
10825719



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.: DP1169227

Autorización numeración según resolución  
No 18763000789653 del 2019 oct 01 Rango D  
P11 1 al DP11 1000000

| VENTA CREDITO                      |       |           |          |
|------------------------------------|-------|-----------|----------|
| Fecha                              | Hora  | Cajero    | Vendedor |
| 01/07/2020                         | 17:45 | 8 CAJER   | 19 MARCE |
| FREEGEN 1% GEL 15 ML <sup>ex</sup> |       |           |          |
| 100011548                          | 1 C   | \$ 39.950 |          |
| QUIMOX GOTAS OFTALMICAS X 5 ML     |       |           |          |
| 100014140                          | 1 C   | \$ 61.650 |          |
| FLUMETOL NF OFTENO SUSPENSION 5 ML |       |           |          |
| 100014264                          | 1 C   | \$ 31.400 |          |
| DRAMAMINE 50 MG 24 TABLETAS        |       |           |          |
| 100024280                          | 1 C   | \$ 9.800  |          |
| DRAMAMINE 50 MG 24 TABLETAS        |       |           |          |
| 100024280                          | 12 U  | \$ 4.800  |          |

|                |            |
|----------------|------------|
| Sub Total      | \$ 147.600 |
| Descuento      | \$ 0       |
| Total Factura  | \$ 147.600 |
| Valor Recibido | \$ 0       |
| Cambio         | \$ 46.000  |
| Exento         | \$ 101.600 |
| Excluido       | \$ 0       |
| No Gravado     | \$ 0       |
| Gravado        | \$ 0       |

Tipo de Pago credito: \$ 147.600

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$114384900

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

Caja: SERVISUC3

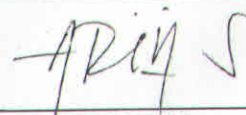
Recibido:

C.C:

*Piñero*

*14/07/2020*

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                                                 |                    |                                   |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-------|
|  <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>796</b> |       |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           | MARIELA HURTADO ALVAREZ |                                                 | Documento          | 29273251                          |       |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 14875719 - E            |                                                 | Fecha autorización | 01/07/20                          |       |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO                 |                                                 | Vigencia           | 2020                              |       |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                         | Molécula                                        |                    | Tipo                              | Total |
| > FREEGEN GEL 1% SOL OFT FCX15ML                                                                                                                                                                                                                       |                         | CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML SoluciónGotas |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                      | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | OFTÁLMICA               | CADA 4 HORAS                                    | 30                 |                                   |       |
| > QUIMOX 0.5% SOL OFT FCOX5ML                                                                                                                                                                                                                          |                         | MOXIFLOXACINO CLORHIDRATO 5MGML                 |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                      | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | OFTÁLMICA               | CADA 8 HORAS                                    | 30                 |                                   |       |
| > FLUMETOL SUSP FCOX5ML                                                                                                                                                                                                                                |                         | FLUOROMETOLONA ACETATO 1MGML SuspensiónGotas    |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                      | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | OFTÁLMICA               | CADA 24 HORAS                                   | 30                 |                                   |       |
| > DIMENOL 50mg TAB CJX72TAB LBN                                                                                                                                                                                                                        |                         | DIMENHIDRINATO                                  |                    | TABLETAS                          | 60    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.              | Frecuencia                                      | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                    | CADA 12 HORAS                                   | 30                 |                                   |       |

|                                                                                     |  |                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                 |  | ORLANDO OBANDO HURTADO                                                      |  |
|  |  | <b>Recibido Por:</b><br>Firma: _____<br>Documento: _____<br>Teléfono: _____ |  |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA                                                                |  | Huella                                                                      |  |
| RM: 2220-96                                                                         |  |                                                                             |  |
| Fecha de vencimiento: 16/07/20                                                      |  | 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>796</b> |       |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                             | MARIELA HURTADO ALVAREZ |                                                 | Documento          | 29273251                          |       |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 14875719 - E            |                                                 | Fecha autorización | 01/07/20                          |       |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO                 |                                                 | Vigencia           | 2020                              |       |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                         | Molécula                                        |                    | Tipo                              | Total |
| > FREEGEN GEL 1% SOL OFT FCX15ML                                                                                                                                                                                                                         |                         | CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML SoluciónGotas |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                      | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | OFTÁLMICA               | CADA 4 HORAS                                    | 30                 |                                   |       |
| > QUIMOX 0.5% SOL OFT FCOX5ML                                                                                                                                                                                                                            |                         | MOXIFLOXACINO CLORHIDRATO 5MGML                 |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                      | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | OFTÁLMICA               | CADA 8 HORAS                                    | 30                 |                                   |       |
| > FLUMETOL SUSP FCOX5ML                                                                                                                                                                                                                                  |                         | FLUOROMETOLONA ACETATO 1MGML SuspensiónGotas    |                    | FRASCO                            | 1     |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                      | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | OFTÁLMICA               | CADA 24 HORAS                                   | 30                 |                                   |       |
| > DIMENOL 50mg TAB CJX72TAB LBN                                                                                                                                                                                                                          |                         | DIMENHIDRINATO                                  |                    | TABLETAS                          | 60    |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.              | Frecuencia                                      | Tiempo tratamiento |                                   |       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                    | CADA 12 HORAS                                   | 30                 |                                   |       |

|                                                                                       |  |                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                   |  | ORLANDO OBANDO HURTADO                                                      |  |
|  |  | <b>Recibido Por:</b><br>Firma: _____<br>Documento: _____<br>Teléfono: _____ |  |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA                                                                  |  | Huella                                                                      |  |
| RM: 2220-96                                                                           |  |                                                                             |  |
| Fecha de vencimiento: 16/07/20                                                        |  | GTH-F-005 V.01                                                              |  |