

DROG. PROFAMILIAR 11  
DROG. PROFAMILIAR 11  
DROGUERIAS PROFAMILIAR S.A.S  
AV BOLIVAR CR 14- 15 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.: DP1171081**

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 |
| 09/07/2020                               | 12:44 | 6 CAJER    | 24 DIEGO |
| DUODECADRON 1 ML*NOROTA*                 |       |            |          |
| 100012151                                | 1 C   | \$ 29.500  |          |
| ERICOX 60 MG 14 TABLETAS                 |       |            |          |
| 100020890                                | 2 C   | \$ 144.700 |          |
| BISACODILO 5 MG X 100 TBS RECIFE         |       |            |          |
| 100016254                                | 30 U  | \$ 4.500   |          |
| GAVISCON DOBLE ACCION SUSP.10 ML X 12UDS |       |            |          |
| 100020742                                | 5 C   | \$ 124.750 |          |
| ZOPICLONA 7.5 MG 10 TABLETAS MK          |       |            |          |
| 100017526                                | 8 C   | \$ 89.700  |          |
| ESTEINE 3.5 MILIGRAMOS 6 OVULOS          |       |            |          |
| 100017320                                | 1 C   | \$ 88.400  |          |
| PANTOCAL 40 MG 28 TABLETAS (3%+)(PAE)    |       |            |          |
| 100021253                                | 1 C   | \$ 93.200  |          |
| Sub Total                                |       | \$ 574.750 |          |
| Descuento                                |       | \$ 0       |          |
| Total Factura                            |       | \$ 574.750 |          |
| Valor Recibido                           |       | \$ 574.750 |          |
| Cambio                                   |       | \$ 0       |          |
| Exento                                   |       | \$ 477.050 |          |
| Excluido                                 |       | \$ 93.200  |          |
| No Gravado                               |       | \$ 4.500   |          |
| Gravado                                  |       | \$ 0       |          |

Tipo de Pago credito: \$ 574 750

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
Total Cartera: \$ 142 738.250 Dias: 30

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

Caja: VENTAS2  
Recibido: *Darwin Felsson Cc. S M.*  
C.C.: *9733947*

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA |                             |                                                   |                          | No. de Orden<br>825 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Beneficiario                                                                                                                             | LUZ MARINA MUÑOZ DE CELIS   |                                                   | Documento                | 41887978            |
| No. Carné                                                                                                                                | 7520744 - A                 | Fecha autorización                                | 08/07/20                 |                     |
| Regional                                                                                                                                 | QUINDÍO                     | Vigencia                                          | 2020                     |                     |
| Medicamentos                                                                                                                             |                             | Molécula                                          | Tipo                     | Total               |
| DUO DECADRON 8+2MG/1ML CJX1AMP                                                                                                           |                             | DEXAMETASONA ACETATO<br>8MGMLDEXAMETASONA SODIO   | AMPOLLA                  | 1                   |
| Dosis<br>1                                                                                                                               | Vía Admon.<br>INTRAMUSCULAR | Frecuencia<br>DOSIS ÚNICA                         | Tiempo tratamiento<br>1  |                     |
| ERICOX 60MG CJX14TAB                                                                                                                     |                             | ETORICOXIB 60MG Tableta<br>Recubierta             | TABLETAS                 | 28                  |
| Dosis<br>1                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL          | Frecuencia<br>CADA 24 HORAS                       | Tiempo tratamiento<br>28 |                     |
| BISACODILO 5MG CJX10TAB                                                                                                                  |                             | BISACODILO 5MG Tableta de<br>liberación retardada | TABLETAS                 | 30                  |
| Dosis<br>1                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL          | Frecuencia<br>CADA 24 HORAS                       | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |
| tomar en la noche                                                                                                                        |                             |                                                   |                          |                     |
| GAVISCON MENT DOBL ACCION<br>CJX12SACHX10ML                                                                                              |                             | ALGINATO SODIO<br>500MGCALCIO CARBONATO           | SOBRE                    | 60                  |
| Dosis<br>1                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL          | Frecuencia<br>CADA 12 HORAS                       | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |
| SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB                                                                                                               |                             | ZOPICLONA 7.5MG Tableta<br>Recubierta             | TABLETAS                 | 60                  |
| Dosis<br>2                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL          | Frecuencia<br>CADA 24 HORAS                       | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |
| tomar tableta y media en la noche                                                                                                        |                             |                                                   |                          |                     |

|                                                                                                                            |                            |  |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                        | LUIS FERNANDO CELIS CLEVES |  |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | Recibido Por:              |  | Huella |
|                                                                                                                            | Firma: _____               |  |        |
|                                                                                                                            | Documento: _____           |  |        |
| Teléfono: _____                                                                                                            |                            |  |        |

Fecha de vencimiento: 23/07/20

GTH-F-005 V.01

| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA |                             |                                                   |                          | No. de Orden<br>825 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Beneficiario                                                                                                                             | LUZ MARINA MUÑOZ DE CELIS   |                                                   | Documento                | 41887978            |
| No. Carné                                                                                                                                | 7520744 - A                 | Fecha autorización                                | 08/07/20                 |                     |
| Regional                                                                                                                                 | QUINDÍO                     | Vigencia                                          | 2020                     |                     |
| Medicamentos                                                                                                                             |                             | Molécula                                          | Tipo                     | Total               |
| DUO DECADRON 8+2MG/1ML CJX1AMP                                                                                                           |                             | DEXAMETASONA ACETATO<br>8MGMLDEXAMETASONA SODIO   | AMPOLLA                  | 1                   |
| Dosis<br>1                                                                                                                               | Vía Admon.<br>INTRAMUSCULAR | Frecuencia<br>DOSIS ÚNICA                         | Tiempo tratamiento<br>1  |                     |
| ERICOX 60MG CJX14TAB                                                                                                                     |                             | ETORICOXIB 60MG Tableta<br>Recubierta             | TABLETAS                 | 28                  |
| Dosis<br>1                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL          | Frecuencia<br>CADA 24 HORAS                       | Tiempo tratamiento<br>28 |                     |
| BISACODILO 5MG CJX10TAB                                                                                                                  |                             | BISACODILO 5MG Tableta de<br>liberación retardada | TABLETAS                 | 30                  |
| Dosis<br>1                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL          | Frecuencia<br>CADA 24 HORAS                       | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |
| tomar en la noche                                                                                                                        |                             |                                                   |                          |                     |
| GAVISCON MENT DOBL ACCION<br>CJX12SACHX10ML                                                                                              |                             | ALGINATO SODIO<br>500MGCALCIO CARBONATO           | SOBRE                    | 60                  |
| Dosis<br>1                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL          | Frecuencia<br>CADA 12 HORAS                       | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |
| SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB                                                                                                               |                             | ZOPICLONA 7.5MG Tableta<br>Recubierta             | TABLETAS                 | 60                  |
| Dosis<br>2                                                                                                                               | Vía Admon.<br>ORAL          | Frecuencia<br>CADA 24 HORAS                       | Tiempo tratamiento<br>30 |                     |
| tomar tableta y media en la noche                                                                                                        |                             |                                                   |                          |                     |

|                                                                                                                              |                            |  |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                          | LUIS FERNANDO CELIS CLEVES |  |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | Recibido Por:              |  | Huella |
|                                                                                                                              | Firma: _____               |  |        |
|                                                                                                                              | Documento: _____           |  |        |
| Teléfono: _____                                                                                                              |                            |  |        |

Fecha de vencimiento: 23/07/20

GTH-F-005 V.01

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                              |                    |                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|--------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                              |                    | No. de Orden<br>825 |  |
|  <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                                                                                                                                                                                                                                           | LUZ MARINA MUÑOZ DE CELIS |                                              | Documento          | 41887978            |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              | 7520744 - A               | Fecha autorización                           | 08/07/20           |                     |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               | QUINDÍO                   | Vigencia                                     | 2020               |                     |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |                           | Molécula                                     | Tipo               | Total               |  |
| ESTEINE 3.5mg OVU CJX6OVU/6APL                                                                                                                                                                                                                         |                           | ESTRIOL                                      | ÓVULOS             | 6                   |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | INTRAVAGINAL              | CADA SEMANA                                  | 6                  |                     |  |
| PANTOCAL 40MG CJX28TAB                                                                                                                                                                                                                                 |                           | PANTOPRAZOL SODIO<br>SESQUIHIDR 40MG Tableta | TABLETAS           | 28                  |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  | Vía Admon.                | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      | ORAL                      | CADA 24 HORAS                                | 28                 |                     |  |
| tomar en ayunas                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                              |                    |                     |  |

|                                                                                                                            |                            |       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                        | LUIS FERNANDO CELIS CLEVES |       |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | <b>Recibido Por:</b>       |       | Huella |
|                                                                                                                            | Firma:                     | _____ |        |
|                                                                                                                            | Documento:                 | _____ |        |
|                                                                                                                            | Télefono:                  | _____ |        |
| Fecha de vencimiento: 23/07/20                                                                                             |                            |       |        |

GTH-F-005 V.01

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                              |                    |                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|--------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                              |                    | No. de Orden<br>825 |  |
|  <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                                                                                                                                                                                                                                             | LUZ MARINA MUÑOZ DE CELIS |                                              | Documento          | 41887978            |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                                | 7520744 - A               | Fecha autorización                           | 08/07/20           |                     |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                                 | QUINDÍO                   | Vigencia                                     | 2020               |                     |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                             |                           | Molécula                                     | Tipo               | Total               |  |
| ESTEINE 3.5mg OVU CJX6OVU/6APL                                                                                                                                                                                                                           |                           | ESTRIOL                                      | ÓVULOS             | 6                   |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | INTRAVAGINAL              | CADA SEMANA                                  | 6                  |                     |  |
| PANTOCAL 40MG CJX28TAB                                                                                                                                                                                                                                   |                           | PANTOPRAZOL SODIO<br>SESQUIHIDR 40MG Tableta | TABLETAS           | 28                  |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                    | Vía Admon.                | Frecuencia                                   | Tiempo tratamiento |                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                        | ORAL                      | CADA 24 HORAS                                | 28                 |                     |  |
| tomar en ayunas                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                              |                    |                     |  |

|                                                                                                                              |                            |       |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|
| Nombre Funcionario:                                                                                                          | LUIS FERNANDO CELIS CLEVES |       |        |
| <br>OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96 | <b>Recibido Por:</b>       |       | Huella |
|                                                                                                                              | Firma:                     | _____ |        |
|                                                                                                                              | Documento:                 | _____ |        |
|                                                                                                                              | Télefono:                  | _____ |        |
| Fecha de vencimiento: 23/07/20                                                                                               |                            |       |        |

GTH-F-005 V.01