



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.: DP1164285**

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

| VENTA CREDITO             |       |           |          |
|---------------------------|-------|-----------|----------|
| Fecha                     | Hora  | Cajero    | Vendedor |
| 09/06/2020                | 08:57 | 6 CAJER   | 19 MARCE |
| FLUIMUCIL JBE 150 ML      |       |           |          |
| 100006230                 | 1 C   | \$ 28.500 |          |
| DOLEX 500 MG 200 TABLETAS |       |           |          |
| 100001912                 | 90 U  | \$ 45.000 |          |

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Sub Total            | \$ 73.500 |
| Descuento            | \$ 0      |
| <b>Total Factura</b> | \$ 73.500 |
| Valor Recibido       | \$ 73.500 |
| Cambio               | \$ 0      |
| Exento               | \$ 45.000 |
| Excluido             | \$ 28.500 |
| No Gravado           | \$ 0      |
| Gravado              | \$ 0      |

Tipo de Pago credito: \$ 73.500

Puntos Factura: 0 Puntos Cliente: 0  
**Total Cartera: \$76529100**

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

Caja: SERVISUC3

Recibido:

C.C:

*Lilia Ramirez*  
*24.442.291*

|                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                  |  |                                   |  |                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------|--|
|  <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>582</b> |  |                    |  |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                          |  | LILIA RAMIREZ DE RODRIGUEZ       |  | Documento                         |  | 24472291           |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                             |  | 41890043 - A                     |  | Fecha autorización                |  | 08/06/20           |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                              |  | QUINDÍO                          |  | Vigencia                          |  | 2020               |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                          |  | Molécula                         |  | Tipo                              |  | Total              |  |
| FLUIMUCIL 2G JAR FCOX150ML                                                                                                                                                                                                                            |  | N-ACETILCISTEINA 20MGML Solución |  | FRASCO                            |  | 1                  |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Vía Admon.                       |  | Frecuencia                        |  | Tiempo tratamiento |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                     |  | ORAL                             |  | CADA 8 HORAS                      |  | 10                 |  |
| DOLEX 500MG CJX100TAB                                                                                                                                                                                                                                 |  | ACETAMINOFEN 500MG Tableta       |  | TABLETAS                          |  | 90                 |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Vía Admon.                       |  | Frecuencia                        |  | Tiempo tratamiento |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                     |  | ORAL                             |  | CADA 8 HORAS                      |  | 30                 |  |

|                                                                                     |  |                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                 |  | LILIAN RODRIGUEZ RAMIREZ |  |
|  |  | Recibido Por:            |  |
| Firma:                                                                              |  | Firma:                   |  |
| Documento:                                                                          |  | Documento:               |  |
| Teléfono:                                                                           |  | Teléfono:                |  |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96                                                 |  | Huella                   |  |
| Fecha de vencimiento: 23/06/20                                                      |  | 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>582</b> |  |                    |  |
| Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                           |  | LILIA RAMIREZ DE RODRIGUEZ       |  | Documento                         |  | 24472291           |  |
| No. Carné                                                                                                                                                                                                                                              |  | 41890043 - A                     |  | Fecha autorización                |  | 08/06/20           |  |
| Regional                                                                                                                                                                                                                                               |  | QUINDÍO                          |  | Vigencia                          |  | 2020               |  |
| Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                           |  | Molécula                         |  | Tipo                              |  | Total              |  |
| FLUIMUCIL 2G JAR FCOX150ML                                                                                                                                                                                                                             |  | N-ACETILCISTEINA 20MGML Solución |  | FRASCO                            |  | 1                  |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Vía Admon.                       |  | Frecuencia                        |  | Tiempo tratamiento |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ORAL                             |  | CADA 8 HORAS                      |  | 10                 |  |
| DOLEX 500MG CJX100TAB                                                                                                                                                                                                                                  |  | ACETAMINOFEN 500MG Tableta       |  | TABLETAS                          |  | 90                 |  |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Vía Admon.                       |  | Frecuencia                        |  | Tiempo tratamiento |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ORAL                             |  | CADA 8 HORAS                      |  | 30                 |  |

|                                                                                      |  |                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| Nombre Funcionario:                                                                  |  | LILIAN RODRIGUEZ RAMIREZ |  |
|  |  | Recibido Por:            |  |
| Firma:                                                                               |  | Firma:                   |  |
| Documento:                                                                           |  | Documento:               |  |
| Teléfono:                                                                            |  | Teléfono:                |  |
| OCTAVIO ARIAS OSPINA<br>RM: 2220-96                                                  |  | Huella                   |  |
| Fecha de vencimiento: 23/06/20                                                       |  | GTH-F-005 V.01           |  |