Distribuidora Pasteur S.A.

SOMOS AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN 1366 DE NOV. 1 DE 1989
GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN 2509 DE 1993
RETENEDORES DEL IVA - RESPONSABLES DE IVA - ACTIVIDAD ECONÓMICA 4773
- NIT: 890.941.663-1
NO SE ACEPTAN RECLAMOS DE LA FACTURA DESPUÉS DE 3 DÍAS

AUT.DIAN 18764013572699 DE 2021/05/24 PREFIJO 40 DE 1 A 1000000 DESDE 400000001 AL 401000000. Vigencia 18 meses.

CALLE 49 No 57-35
VENTAS: 575 10 10
ADMINISTRACIÓN: 575 39 00
FAX: 231 53 72 A.A. 11070
MEDELLÍN-COLOMBIA
LLAME SIN COSTO AL:
01-8000-944955

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
## No. 400320967

Pago #10

| | | | |
|---|---|---|---|
| SRES: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"SENA" REGIONAL ANTIOQUIA. | CÓDIGO CLIENTE | FECHA Y HORA FACTURA | PEDIDO N° | VENDEDOR | TELEFONISTA |
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"SENA" REGIONAL ANTIOQUIA. | 899999034-1 | 2022-08-09-10:53:28 | | 3025 | |
| DIRECCIÓN: CL. 51 57-70 | NIT. o C.C. | FECHA VENCIMIENTO | PLAZO | ZONA | Página |
| TELÉFONO: 5760000 EXT 42009# | 899999034-1 | 2022-09-08 | 0 días | 118 | 1de1 |
| CIUDAD: MEDELLIN CODIGO POSTAL : 050010 | | CONDUCTO | | | |

| No. | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | LOTE | CANTIDAD DESPACHO | U/M | PRECIO DE LISTA | DSCTO | PRECIO UNITARIO | IVA | % | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | S80 | VENTAS.EXCLUIDAS (FE) | 0 | 1.00 | UND | 277.580,00 | 0,00 | 277,580.00 | 0.00 | 0.00 | 277,580.00 |
| 1 | | | | | | | | | | | |

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

09.09 - 2022

Facturador: AUXMERCA -- CJ:0 PQ:0 F:0 CN:0 Total UE:0
*ALGUNOS PRODUCTOS SON EXENTOS SEGÚN DECRETO 417 DE 2.020 #$36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.2397406; kjimenezm@sena.edu.co #$

FIRMA YSELLO

| | |
|---|---|
| TOTAL BRUTO | 277,580.00 |
| TOTAL DESCUENTO | 0.00 |
| SUBTOTAL | 277,580.00 |
| IVA 5% | |
| IVA 19% | |
| otro IVA | 0.00 |
| Impoconsumo | |
| TOTAL | $ 277,580.00 |

SON: DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS

Forma de pago: Crédito Medio de pago:Efectivo

eFactura cadena. NIT. 830.510.532-0

LA PRESENTE FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 772 DE CODIGO DE COMERCIO). LAS MERCANCÍAS VIAJAN POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR. LAS MERCANCÍAS FUERON RECIBIDAS REAL Y MATERIALMENTE POR EL COMPRADOR. LOS RECLAMOS POR ERRORES EN LOS DESPACHOS DEBERÁN HACERSE AL RECIBO DE LA MERCANCÍA. LOS RELACIONADOS CON ERRORES DE VALORIZACIÓN O LIQUIDACIÓN, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES. NO SE ACEPTAN RECLAMOS FORMULADOS FUERA DE ESTOS TÉRMINOS. ESTA FACTURA SERÁ PAGADA A LA ORDEN DE DISTRIBUIDORA PASTEUR S.A. AL HACER LOS PAGOS POR FAVOR EXIGIR EL RESPECTIVO RECIBO DE CAJA. LOS DESTINATARIOS RESPONDEN SOLIDARIAMENTE POR SU VALOR. NO PODRÁ ENAJENARSE NI GRAVARSE EL ESTABLECIMIENTO DESTINATARIO SIN CANCELAR EL VALOR DE ESTA FACTURA. EN CASO CONTRARIO SE CONSIDERA VENCIDA Y EL NUEVO ADQUIRIENTE RESPONDE SOLIDARIAMENTE POR SU VALOR. SE DARÁ CUMPLIMIENTO ADEMÁS A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 518 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LOS DESTINATARIOS RENUNCIAN EN FAVOR AL FUERO POR RAZÓN DE LUGAR, EL PROTESTO Y A LA PRESENTACIÓN PARA EL PAGO. PASADA LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA FACTURA COBRARA INTERESES POR MORA A LA MÁXIMA TASA PERMITIDA POR LA LEY. EN NINGÚN CASO RECIBIREMOS DEVOLUCIONES DE MERCANCÍAS POR VENCIMIENTO DEL PRODUCTO.

Representación gráfica del documento electrónico según resolución .042 del 5 mayo de 2020 Fecha y hora de validación DIAN: 09.08.2022 - 10:56:32

CUFE: a92fc79563af603dff73318c59a9bb38bb581ce68d7a8b1223a97f87fdc4745b748d9067b016582e0bda7ad8088fbf48

Distribuidora Pasteur S.A.

FACTURA-E 400320967

| | | | | | | Cantidad | Suma de VALOR TOTAL | Suma de IVA | Suma de BASE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PASTEUR SAN FRANCISCO | 7788 | T101 - 163163 | 29/07/2022 | 32501091 | AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS | 30 | 471 | 0 | 0 |
| | | | | | CALTRATE D TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 34.320 | 0 | 0 |
| | | | | | DIOVAN HCT INST. 160/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS | 28 | 51.480 | 0 | 0 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO TABLETAS CAJA X 10 UNDS | 90 | 88.758 | 0 | 0 |
| | | Total T101 - 163163 | | | | 178 | 175.029 | 0 | 0 |
| | Total 7788 | | | | | 178 | 175.029 | 0 | 0 |
| | 7721 | T101 - 163164 | 29/07/2022 | 1065846195 | EPIDUO FORTE INST. GEL 0.3/2.5% CAJA 30 G | 1 | 102.551 | 0 | 0 |
| | | Total T101 - 163164 | | | | 1 | 102.551 | 0 | 0 |
| | Total 7721 | | | | | 1 | 102.551 | 0 | 0 |
| Total general | | | | | | 179 | 277.580 | 0 | 0 |

# Items: 231
# Medicamentos: 175
# Usuarios: 38
# No. Ordenes: 39
Varios 1-16 Jul/22

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
MAIL: SANFRANCISCO@PASTEUR.COM.CO

FACTURA DE VENTA N: T101 163163
FECHA: 29-07-2022 12:47
CAJERO: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 270693

---

CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

600582-DIOVAN HCT INST. 160/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS
51,480 1 0 0 51,480

347132-DOLEX AVANZADO TABLETAS CAJA X 10 UNDS
9,862 9 0 0 88,758

139093-CALTRATE D TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS
34,320 1 0 0 34,320

683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
4,710 0 30 0 471

----------[TOTALES DE FACTURA]----------
BRUTO: 175,029
DESCUENTO: 0
IVA: 0
IMPUESTO AL CONSUMO: 0
TOTAL: 175,029
----------[FORMAS DE PAGO]----------
CREDITO 175,029
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 175,029 0
IMPOCONSUMO 0 0

---

FORMULA: 7788- DOMICILIO
CONVENIO: SENA
NIT: 899999034-1

---

DATOS DEL CLIENTE

MUNERA RESTREPO MARIA ELDUVINA
CC 32501091
MANZANILLOS TORRE 4 APT 808
TELEFONO: 3017161239

---

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBSERVACION: X Amparo Eldua
X 32501091
X 3017161239.

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES 2509/93
AUT FAC 18764014193838 F.12/06/2021
FECHA INICIO 12-06-2021
HASTA 12-06-2023
DE: T101 1 A: T101 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

Senor Usuario, verifique que los producto
s aqui facturados correspondan con los qu
e usted solicita e igualmente con los que
le sean entregados por nuestro personal

SERVICIO MÉDICO-ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Amparo Eldua 02 identificado con cédula número 32501091, en calidad de beneficiario (a). del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus empaques.

FIRMA

FECHA 29-07-2022

No. de Orden
7788

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ELDUVINA MUNERA RESTREPO | Documento | 32501091 |
| No. Carné | 8341840 - C | Fecha autorización | 29/07/22 |
| Dirección | Calle 68 Nro 54-297 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 28 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN HCT (160+12.5)mg CJX28TR | VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (160+12.5)mg Tableta | TABLETAS | VEINTIOCHO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 30 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

ENTREGAR D E GENFA R PARA 1 EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | JOSE NOE HERNANDEZ GALLEGO |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: x32501091
Télefono: x3017161239

**Fecha de vencimiento:** 12/08/22

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7788

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ELDUVINA MUNERA RESTREPO | Documento | 32501091 |
| No. Carné | 8341840 - C | Fecha autorización | 29/07/22 |
| Dirección | Calle 68 Nro 54-297 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 28 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN HCT (160+12.5)mg CJX28TR | VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (160+12.5)mg Tableta | TABLETAS | VEINTIOCHO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 30 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

ENTREGAR D E GENFA R PARA 1 EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | JOSE NOE HERNANDEZ GALLEGO |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: x32501091
Télefono: x3017161239

**Fecha de vencimiento:** 12/08/22

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
MAIL: SANFRANCISCO@PASTEUR.COM.CO

FACTURA DE VENTA N: T101 163164
FECHA: 29-07-2022 12:59
CAJERO: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 270694

---

CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

123000-EPIDUO FORTE INST. GEL 0.3/2.5% CA
JA 30 G
102,551 1 0 0 102,551

----------[TOTALES DE FACTURA]----------

| | |
|---|---|
| BRUTO: | 102,551 |
| DESCUENTO: | 0 |
| IVA: | 0 |
| IMPUESTO AL CONSUMO: | 0 |
| TOTAL: | 102,551 |

----------[FORMAS DE PAGO]----------

| | |
|---|---|
| CREDITO | 102,551 |
| CAMBIO: | 0 |

---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 102,551 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

---

FORMULA: 7721- DOMICILIO
CONVENIO: SENA
NIT: 899999034-1

---

DATOS DEL CLIENTE

DIAZ MERCADO ANA KARINA
CC 1065846195
CL 64C # 24 - 48 NUEVA ESPERANZA
TELEFONO: 3173451587

---

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

---

DATOS DEL MEDICO

GUTIERRES MICHELS KIRA HANNETT
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

*Ana Díaz
*1035846195
*3173951587.

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES 2509/93
AUT FAC 18764014193838 F.12/06/2021
FECHA INICIO 12-06-2021
HASTA 12-06-2023
DE: T101 1 A: T101 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

Senor Usuario, verifique que los producto
s aqui facturados correspondan con los qu
e usted solicita e igualmente con los que
le sean entregados por nuestro personal

---

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo *Ana Patricia Díaz identificado con cédula
número *1035846195, en calidad de beneficiario (a) del
servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito
certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por
la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula
médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la
fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus
empaques.

FIRMA *Ana Díaz

FECHA *29-07-22

No. de Orden
7721

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA KARINA DIAZ MERCADO | Documento | 1065846195 |
| No. Carné | 84038335 - D | Fecha autorización | 29/07/22 |
| Dirección | CALLE 6C 24-48 NUEVA ESPERANZA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| EPIDUO 0.1/2.5% GEL TUBX30g | BENZOILO PEROXIDO HIDRATO ADAPALENO | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 30 |

APLICAR CADA 24 HORAS EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | DIAZ BERMUDEZ RENE DE JESUS |
|---|---|

KIRA HANNET GUTIERREZ MICHAELS
RM: 4231

Recibido Por:
Firma:
Documento: *1065846195
Télefono: *3173951587

**Fecha de vencimiento:** 09/08/22

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7721

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA KARINA DIAZ MERCADO | Documento | 1065846195 |
| No. Carné | 84038335 - D | Fecha autorización | 29/07/22 |
| Dirección | CALLE 6C 24-48 NUEVA ESPERANZA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| EPIDUO 0.1/2.5% GEL TUBX30g | BENZOILO PEROXIDO HIDRATO ADAPALENO | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 30 |

APLICAR CADA 24 HORAS EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | DIAZ BERMUDEZ RENE DE JESUS |
|---|---|

KIRA HANNET GUTIERREZ MICHAELS
RM: 4231

Recibido Por:
Firma:
Documento: *1065846195
Télefono: *3173951587

**Fecha de vencimiento:** 09/08/22

GTH-F-005 V.01

Distribuidora Pasteur S.A.

SOMOS AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN 1366 DE NOV. 1 DE 1989
GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN 2509 DE 1993
RETENEDORES DEL IVA - RESPONSABLES DE IVA - ACTIVIDAD ECONÓMICA 4773
NIT. 890.941.663-1
NO SE ACEPTAN RECLAMOS DE LA FACTURA DESPUÉS DE 3 DÍAS

AUT.DIAN 18764013572699 DE 2021/05/24 PREFIJO 40 DE 1 A 1000000 DESDE 400000001 AL 401000000. Vigencia 18 meses.

CALLE 49 No 57-35
VENTAS: 575 10 10
ADMINISTRACIÓN: 575 39 00
FAX: 231 53 72 A.A. 11070
MEDELLÍN-COLOMBIA
LLAME SIN COSTO AL:
01-8000-944955

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**
**No. 400324339**

pago#1C

| | | | |
|---|---|---|---|
| SRES: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"SENA" REGIONAL ANTIOQUIA. | CÓDIGO CLIENTE | | |
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"SENA" REGIONAL ANTIOQUIA. | 899999034-1 | | |
| DIRECCIÓN: CL. 51 57-70 | NIT ó C.C. | | |
| TELÉFONO: 5760000 EXT 42009# | 899999034-1 | | |
| CIUDAD: MEDELLIN CODIGO POSTAL : 050010 | | | |

| FECHA Y HORA FACTURA | PEDIDO N° | VENDEDOR | TELEFONISTA |
|---|---|---|---|
| 2022-08-18-12:04:12 | | 3025 | |
| FECHA VENCIMIENTO | PLAZO | ZONA | Página |
| 2022-09-17 | 0 dias | 118 | 1de1 |
| CONDUCTO | | | |

| No. | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | LOTE | CANTIDAD DESPACHO | U/M | PRECIO DE LISTA | DSCTO | PRECIO UNITARIO | IVA | % | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | S80 | VENTAS.EXCLUIDAS (FE) | 0 | 1.00 | UND | 509.170,00 | 0,00 | 509,170.00 | 0.00 | 0.00 | 509,170.00 |
| 1 | | | | | | | | | | | |

Facturador: AUXMERCA -- CJ:0 PQ:0 F:0 CN:0 Total UE:0
*ALGUNOS PRODUCTOS SON EXENTOS SEGÚN DECRETO 417 DE 2.020 #$36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.2397406; kjimenezm@sena.edu.co #$

FIRMA YSELLO

| | |
|---|---|
| TOTAL BRUTO | 509,170.00 |
| TOTAL DESCUENTO | 0.00 |
| SUBTOTAL | 509,170.00 |
| IVA 5% | |
| IVA 19% | |
| otro IVA | 0.00 |
| Impoconsumo | |
| **TOTAL** | **$ 509,170.00** |

SON: QUINIENTOS NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS

Forma de pago: Crédito Medio de pago:Efectivo

LA PRESENTE FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 772 DE CODIGO DE COMERCIO). LAS MERCANCÍAS VIAJAN POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR. LAS MERCANCÍAS FUERON RECIBIDAS REAL Y MATERIALMENTE POR EL COMPRADOR. LOS RECLAMOS POR ERRORES EN LOS DESPACHOS DEBERÁN HACERSE AL RECIBO DE LA MERCANCÍA. LOS RELACIONADOS CON ERRORES DE VALORIZACIÓN O LIQUIDACIÓN, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES. NO SE ACEPTAN RECLAMOS FORMULADOS FUERA DE ESTOS TÉRMINOS. ESTA FACTURA SERÁ PAGADA A LA ORDEN DE DISTRIBUIDORA PASTEUR S.A. AL HACER LOS PAGOS POR FAVOR EXIGIR EL RESPECTIVO RECIBO DE CAJA. LOS DESTINATARIOS RESPONDEN SOLIDARIAMENTE POR SU VALOR. NO PODRÁ ENAJENARSE NI GRAVARSE EL ESTABLECIMIENTO DESTINATARIO SIN CANCELAR EL VALOR DE ESTA FACTURA. EN CASO CONTRARIO SE CONSIDERA VENCIDA Y EL NUEVO ADQUIRIENTE RESPONDE SOLIDARIAMENTE POR SU VALOR. SE DARÁ CUMPLIMIENTO ADEMÁS A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 518 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LOS DESTINATARIOS RENUNCIAN EN FAVOR AL FUERO POR RAZÓN DE LUGAR, EL PROTESTO Y A LA PRESENTACIÓN PARA EL PAGO. PASADA LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA FACTURA COBRARÁ INTERESES POR MORA A LA MÁXIMA TASA PERMITIDA POR LA LEY. EN NINGÚN CASO RECIBIREMOS DEVOLUCIONES DE MERCANCÍAS POR VENCIMIENTO DEL PRODUCTO.

Representación gráfica del documento electrónico según resolución 042 del 5 mayo de 2020 Fecha y hora de validación DIAN: 18.08.2022 - 12:07:29

CUFE: 32672c4ac7edbaacc5faebf52bf7f91b684983a59e86bee1df0a9e94c843b360dc994bf933b4540cacfcb81492b88142

eFactura cadena

Distribuidora Pasteur S.A.

FACTURA-E 400324339

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PASTEUR SAN FRANCISCO | 7858 | ######## | 1039472620 | FEXOFENADINA MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | 22.842 | 0 | 0 |
| | | | | VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC | 13.904 | 0 | 0 |
| | | | | FELDENE FLASH TABLETAS 20 MG CAJA X 10 UNDS | 67.137 | 0 | 0 |
| | | | | BELLAFACE SUAVE (RG) INST. TABLETAS CAJA X 28 UNDS | 13.386 | 0 | 0 |
| | | | | ISOFACE INST. 20 MG. 30 CAPS. | 72.000 | 0 | 0 |
| | | 05/08/2022 | 1039472620 | BRONCHO-VAXOM INST.ADULTO CAPSULAS CAJA X 10 UNDS | 124.562 | 0 | 0 |
| | **Total 7858** | | | | **313.831** | 0 | |
| | 8179 | 05/08/2022 | 21961321 | VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJA X 5 UNDS | 35.735 | 0 | |
| | | | | WINADEINE INST. TABLETAS 325/8MG CAJA X 100 UNDS | 4.107 | 0 | 0 |
| | **Total 8179** | | | | **39.842** | 0 | |
| | 8465 | 10/08/2022 | 21468630 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 155.497 | 0 | |
| | **Total 8465** | | | | **155.497** | 0 | 0 |
| **Total general** | | | | | **509.170** | | |

**# Items: 9**
**# Medicamentos: 9**
**# Usuarios: 4**
**# No. Ordenes: 3**
**San Francisco 1-11 Ago/22**

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
MAIL: SANFRANCISCO@PASTEUR.COM.CO

--- COPIA --- COPIA --- COPIA ---

FACTURA DE VENTA N: T101 163305
FECHA: 01-08-2022 13:45
CAJERO: GLORIA ISABEL SOTO GOMEZ
VENDEDOR: GLORIA ISABEL SOTO GOMEZ
SECUENCIA: 270931

CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
7,614 3 0 0 22,842

600270-ISOFACE INST. 20 MG. 30 CAPS.
72,000 1 0 0 72,000

249219-FELDENE FLASH TABLETAS 20 MG CAJA X 10 UNDS
67,137 1 0 0 67,137

364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC
1,264 11 0 0 13,904

115514-BELLAFACE SUAVE (RG) INST. TABLETAS CAJA X 28 UNDS
13,366 1 0 0 13,366

--------[TOTALES DE FACTURA]----------
BRUTO: 189,269
DESCUENTO: 0
IVA: 0
IMPUESTO AL CONSUMO: 0
TOTAL: 189,269

----------[FORMAS DE PAGO]----------
CREDITO 189,269
CAMBIO: 0

---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 189,269 0
IMPOCONSUMO 0 0

FORMULA: 7858 DOMICILIO
CONVENIO: SENA
NIT: 8[illegible]999034-1

DATOS DEL CLIENTE

ISAZA MONSALV[illegible]UELA
CC 1039472620
CL 4 # 20 - 6[illegible]ANOS DEL TAMBO CASA 10

TELEFONO: 320 304375

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBSERVACION: X
X 1037472620
X 3206304375

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES 2509/93
AUT FAC 18764014193838 F.12/06/2021
FECHA INICIO 12-06-2021
HASTA 12-06-2023
DE: T101 1 A: T101 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

Senor Usuario, verifique que los producto s aqui facturados correspondan con los qu e usted solicita e igualmente con los que le sean entregados por nuestro personal

SENA

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo X Manuela Lozano identificado con cédula número X 1039447626 , en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus empaques.

FIRMA X

FECHA X 04 08 - 2022

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
MAIL: SANFRANCISCO@PASTEUR.COM.CO

--- COPIA --- COPIA --- COPIA ---

FACTURA DE VENTA N: T101 163464
FECHA: 05-08-2022 12:36
CAJERO: GLORIA ISABEL SOTO GOMEZ
VENDEDOR: GLORIA ISABEL SOTO GOMEZ
SECUENCIA: 271282

---

| CODIGO-NOMBRE V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 684064-BRONCHO-VAXOM INST.ADULTO CAPSULAS CAJA X 10 UNDS 124,562 | 1 | 0 | 0 | 124,562 |

----------[TOTALES DE FACTURA]----------

| | |
|---|---|
| BRUTO: | 124,562 |
| DESCUENTO: | 0 |
| IVA: | 0 |
| IMPUESTO AL CONSUMO: | 0 |
| TOTAL: | 124,562 |

----------[FORMAS DE PAGO]----------

| | |
|---|---|
| CREDITO | 124,562 |
| CAMBIO: | 0 |

---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 124,562 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

---

FORMULA: 7858 DOMICILIO
CONVENIO: SENA
NIT: 899999034-1

---

DATOS DEL CLIENTE

1 . MONSALVE MANUELA
CC 1039472620
CL 4 # 20 - 89 LLANOS DEL TAMBO CASA 10
5
TELEFONO: 3206304375

---

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

---

DATOS DEL MEDICO

GUTIERRES MICHELS KIRA HANNETT
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

X Manuela Isazon
X 1039472620
X 3206304375

OBSERVACION:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo X Manuela Zapata M. identificado con cédula número X 1039477620 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permitò certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus empaques.

FIRMA X Manuela Zapata Monsalve

FECHA X 05-08-2022

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES 2509/93
AUT FAC 18764014193838 F.12/06/2021
FECHA INICIO 12-06-2021
HASTA 12-06-2023
DE: T101 1 A: T101 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

Señor Usuario, verifique que los producto
s aquí facturados correspondan con los qu
e usted solicita e igualmente con los que
le sean entregados por nuestro personal

No. de Orden
7858

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MANUELA ISAZA MONSALVE | Documento | 1039472620 |
| No. Carné | 70112872 - E | Fecha autorización | 01/08/22 |
| Dirección | CALLE 5 NRO 45-121 PATIO BONITO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| BRONCHO VAXOM ADULTO 7MG CJX10CAP | OM-85 LIOFILIZADO 7MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

TOMAR 1 EN AYUNAS POR 10 DIAS, REPETIR CADA MES 3 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ISOFACE 20MG CJX30CAP | ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 30 |

TOMAR 1 TABLETA HASTA EL CONTROL POR DERMATOLOGIA EN OCTUIBRE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| FELDENE FLASH 20MG CJX10TAB | PIROXICAM 20MG Tableta de Disolución Bucal | TABLETAS | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | SUBLINGUAL | CADA 12 HORAS | 3 |

2 AL DIA EN CASO DE DOLOR INTENSO CAD A MES

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE HUMBERTO ISAZA JARAMILLO |

Recibido Por:

Firma:
Documento: x 1039472620
Télefono: x 3206304375

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 12/08/22

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7858

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MANUELA ISAZA MONSALVE | Documento | 1039472620 |
| No. Carné | 70112872 - E | Fecha autorización | 01/08/22 |
| Dirección | CALLE 5 NRO 45-121 PATIO BONITO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| BRONCHO VAXOM ADULTO 7MG CJX10CAP | OM-85 LIOFILIZADO 7MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

TOMAR 1 EN AYUNAS POR 10 DIAS, REPETIR CADA MES 3 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ISOFACE 20MG CJX30CAP | ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 30 |

TOMAR 1 TABLETA HASTA EL CONTROL POR DERMATOLOGIA EN OCTUIBRE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| FELDENE FLASH 20MG CJX10TAB | PIROXICAM 20MG Tableta de Disolución Bucal | TABLETAS | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | SUBLINGUAL | CADA 12 HORAS | 3 |

2 AL DIA EN CASO DE DOLOR INTENSO CAD A MES

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE HUMBERTO ISAZA JARAMILLO |

Recibido Por:

Firma:
Documento: x 1039472620
Télefono: x 3206304375

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 12/08/22

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
7858

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MANUELA ISAZA MONSALVE | Documento | 1039472620 |
| No. Carné | 70112872 - E | Fecha autorización | 01/08/22 |
| Dirección | CALLE 5 NRO 45-121 PATIO BONITO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 11 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | ONCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA 24 HORAS | 30 |

APLICAR DIARIAMENTE 1 SEMANA, LUEGO CAD A 8 DIAS , Y SEGUIR CADA AMES 6 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| BELLAFACE SUAVE CJX28TAB | D I E N O G E S T 2MGETINILESTRADIOL 0.02MG | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

USO INDICADO POR ESPECIALSITA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE HUMBERTO ISAZA JARAMILLO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 1039472620
Télefono: 3206304371

**Fecha de vencimiento:** 12/08/22

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7858

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MANUELA ISAZA MONSALVE | Documento | 1039472620 |
| No. Carné | 70112872 - E | Fecha autorización | 01/08/22 |
| Dirección | CALLE 5 NRO 45-121 PATIO BONITO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 11 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | ONCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA 24 HORAS | 30 |

APLICAR DIARIAMENTE 1 SEMANA, LUEGO CAD A 8 DIAS , Y SEGUIR CADA AMES 6 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| BELLAFACE SUAVE CJX28TAB | D I E N O G E S T 2MGETINILESTRADIOL 0.02MG | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

USO INDICADO POR ESPECIALSITA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE HUMBERTO ISAZA JARAMILLO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 1039472620
Télefono: 3206304371

**Fecha de vencimiento:** 12/08/22

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
MAIL: SANFRANCISCO@PASTEUR.COM.CO

--- COPIA --- COPIA --- COPIA ---

FACTURA DE VENTA N: T101 163460
FECHA: 05-08-2022 11:20
CAJERO: GLORIA ISABEL SOTO GOMEZ
VENDEDOR: GLORIA ISABEL SOTO GOMEZ
SECUENCIA: 271274

---

CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJA X 5 UNDS
35,735 1 0 0 35,735

683006-WINADEINE INST. TABLETAS 325/8MG CAJA X 100 UNDS
20,533 0 20 0 4,107

----------[TOTALES DE FACTURA]----------

| | |
|---|---|
| BRUTO: | 39,842 |
| DESCUENTO: | 0 |
| IVA: | 0 |
| IMPUESTO AL CONSUMO: | 0 |
| TOTAL: | 39,842 |

----------[FORMAS DE PAGO]----------

| | |
|---|---|
| CREDITO | 39,842 |
| CAMBIO: | 0 |

---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 39,842 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

---

FORMULA: 8179 DOMICILIO
CONVENIO: SENA
NIT: 899999034-1

---

DATOS DEL CLIENTE

OROZCO DE ROJAS FABIOLA
CC 21961321
CR 60A # 41C - 78 SANTA CLARA DETRAS DE COOMEVA
TELEFONO: 6151102

---

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

---

DATOS DEL MEDICO

GUTIERRES MICHELS KIRA HANNETT
ESPECIALIDAD

MEDI.GENERAL

OBSERVACION: X Isabela Orozco
X 21961321
X 6151102

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES 2509/93
AUT FAC 18764014193838 F.12/06/2021
FECHA INICIO 12-06-2021
HASTA 12-06-2023
DE: T101 1 A: T101 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

Senor Usuario, verifique que los producto
s aqui facturados correspondan con los qu
e usted solicita e igualmente con los que
le sean entregados por nuestro personal

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Isabela Orozco identificado con cédula número 21961321, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus empaques.

FIRMA Isabela Orozco

FECHA 05-08-21

No. de Orden
8179

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FABIOLA OROZCO DE ROJAS | Documento | 21961321 |
| No. Carné | 3613687 - C | Fecha autorización | 04/08/22 |
| Dirección | CRA 56 42-136 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 5 |
|---|---|---|---|
| VERSATIS 5% CJX5 PT | LIDOCAINA 700MG PT | PARCHE | CINCO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PARCHE | TRANSDÉRMICA | CADA 24 HORAS | 5 |

1 PARCHE CADA 24 HORAS POR 12 HORAS DE APLICACION

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| WINADEINE 325mg/8mg TAB CJX10TAB | A C E T A M I N O F E N 325MGCODEINA FOSFATO 8MG | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 7 |

1 TABLETA CADA 8 HORAS

| Nombre Funcionario: | GABRIEL ANTON ROJAS BUSTAMANTE |
|---|---|

KIRA HANNET GUTIERREZ MICHAELS
RM: 4231

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: x21961329
Télefono: x6151109

**Fecha de vencimiento:** 19/08/22

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
8179

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FABIOLA OROZCO DE ROJAS | Documento | 21961321 |
| No. Carné | 3613687 - C | Fecha autorización | 04/08/22 |
| Dirección | CRA 56 42-136 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 5 |
|---|---|---|---|
| VERSATIS 5% CJX5 PT | LIDOCAINA 700MG PT | PARCHE | CINCO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PARCHE | TRANSDÉRMICA | CADA 24 HORAS | 5 |

1 PARCHE CADA 24 HORAS POR 12 HORAS DE APLICACION

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| WINADEINE 325mg/8mg TAB CJX10TAB | A C E T A M I N O F E N 325MGCODEINA FOSFATO 8MG | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 7 |

1 TABLETA CADA 8 HORAS

| Nombre Funcionario: | GABRIEL ANTON ROJAS BUSTAMANTE |
|---|---|

KIRA HANNET GUTIERREZ MICHAELS
RM: 4231

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: x21961329
Télefono: x6151109

**Fecha de vencimiento:** 19/08/22

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PAST
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 56120 561 83
MAIL SANFRANCISCO UR.COM.CO

--- COPIA --- COPIA --- COPIA ---

FACTUR VENTA N: T101 163625
FECHA: 10-08-2022 17:34
CAJERO: GLORIA ISABEL SOTO GOMEZ
VENDEDOR: GLORIA ISABEL SOTO GOMEZ
SECUENCIA: 271752

| CODIGO-NOMBRE | V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 100218-DOLEX INST. TABLETAS MG CAJA X 200 UNDS | 115,183 | 1 | 70 | 0 | 155,497 |

[TOTALES DE FACTURA]

| | |
|---|---|
| BRUTO: | 155,497 |
| DESCUENTO: | 0 |
| IVA: | 0 |
| IMPUESTO AL CONSUMO: | 0 |
| TOTAL: | 155,497 |

[FORMAS DE PAGO]

| | |
|---|---|
| CREDITO | 155,497 |
| CAMBIO: | 0 |

[RESUMEN DE IMPUESTOS]

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 155,497 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 8465 DOMICILIO
CONVENIO: SENA
NIT: 899999034-1

DATOS DEL CLIENTE

GRISALES CASTAÑEDA LUZ ALIDA
CC 21468630
V LAS CUCHILLAS POR CAPILLA INCA 62
TELEFON 3206629395

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBSERVACION:

X Luz Alida Grisales
X 21468630
X 3206629395

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES 2509/93
AUT FAC 18764014193836 F.12/06/2021
FECHA INICIO 12-06-2021
HASTA 12-06-2023
DE: T101 1 A: T101 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

Senor Usuario, verifique que los productos aqui facturados correspondan con los que usted solicita e igualmente con los que le sean entregados por nuestro personal

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
REGIONAL ANTIOQUIA
Certificación recibo a satisfacción

Yo Xiomara Maria de Jesus identificado con cédula número X 21468630 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pastaur S.A.

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus empaques.

FIRMA X Xiomara Maria de Jesus

FECHA X 10-08-2022

No. de Orden
8465

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ALIDA GRISALES CASTAÑEDA | Documento | 21468630 |
| No. Carné | 71981454 - C | Fecha autorización | 10/08/22 |
| Dirección | VEREDA SAN JOSE DE LAS CUCHILLAS | | |
| Regional | ANTIOQUIÁ | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | CÁPSULA | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 90 |

3 AL DIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | FERNANDO CLAVER LONDONO VARGAS |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21468630
Télefono: 3206629395

**Fecha de vencimiento:** 24/08/22

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
8465

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ALIDA GRISALES CASTAÑEDA | Documento | 21468630 |
| No. Carné | 71981454 - C | Fecha autorización | 10/08/22 |
| Dirección | VEREDA SAN JOSE DE LAS CUCHILLAS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | CÁPSULA | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 90 |

3 AL DIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | FERNANDO CLAVER LONDONO VARGAS |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21468630
Télefono: 3206629395

**Fecha de vencimiento:** 24/08/22

GTH-F-005 V.01

Distribuidora Pasteur S.A.

SOMOS AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN 1366 DE NOV. 1 DE 1989
GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN 2509 DE 1993
RETENEDORES DEL IVA - RESPONSABLES DE IVA - ACTIVIDAD ECONÓMICA 4773
NIT. 890.911.663-1
NO SE ACEPTAN RECLAMOS DE LA FACTURA DESPUÉS DE 3 DÍAS

AUT.DIAN 18764013572699 DE 2021/05/24 PREFIJO 40 DE 1 A 1000000 DESDE 400000001 AL 401000000. Vigencia 18 meses.

CALLE 49 No 57-35
VENTAS: 575 10 10
ADMINISTRACIÓN: 575 39 00
FAX: 231 53 72 A.A. 11070
MEDELLÍN-COLOMBIA
LLAME SIN COSTO AL:
01-8000-944955

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**
**No. 400329079**

pago #1

| | | | |
|---|---|---|---|
| SRES: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"SENA" REGIONAL ANTIOQUIA. SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"SENA" REGIONAL ANTIOQUIA. | CÓDIGO CLIENTE | FECHA Y HORA FACTURA: 2022-08-29-15:44:03 | PEDIDO N°: | VENDEDOR: 3025 | TELEFONISTA: |
| DIRECCIÓN: CL. 51 57-70 | 899999034-1 | FECHA VENCIMIENTO: 2022-09-28 | PLAZO: 0 días | ZONA: 118 | Página: 1de1 |
| TELÉFONO: 5760000 EXT 42009# | NIT o C.C. | CONDUCTO: | | | |
| CIUDAD: MEDELLIN CODIGO POSTAL : 050010 | 899999034-1 | | | | |

| No. | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | LOTE | CANTIDAD DESPACHO | U/M | PRECIO DE LISTA | DSCTO | PRECIO UNITARIO | IVA | % | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | S80 | VENTAS.EXCLUIDAS (FE) | 0 | 1.00 | UND | 451.548,00 | 0,00 | 451,548.00 | 0.00 | 0.00 | 451,548.00 |
| 1 | | | | | | | | | | | |

Facturador: AUXMERCA -- CJ:0 PQ:0 F:0 CN:0 Total UE:0
*ALGUNOS PRODUCTOS SON EXENTOS SEGÚN DECRETO 417 DE 2.020 #$36-02-00-005-000000;
CO1.PCCNTR.2397406; kjimenezm@sena.edu.co #$

FIRMA Y SELLO: SENA REGIONAL ANTIOQUIA SERVICIO MEDICO 30-08-2022

| | |
|---|---|
| TOTAL BRUTO | 451,548.00 |
| TOTAL DESCUENTO | 0.00 |
| SUBTOTAL | 451,548.00 |
| IVA 5% | |
| IVA 19% | |
| otro IVA | 0.00 |
| Impoconsumo | |
| **TOTAL** | **$ 451,548.00** |

SON: CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

Forma de pago: Crédito Medio de pago:Efectivo

LA PRESENTE FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 772 DE CODIGO DE COMERCIO). LAS MERCANCÍAS VIAJAN POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR. LAS MERCANCÍAS FUERON RECIBIDAS REAL Y MATERIALMENTE POR EL COMPRADOR. LOS RECLAMOS POR ERRORES EN LOS DESPACHOS DEBERÁN HACERSE AL RECIBO DE LA MERCANCÍA. LOS RELACIONADOS CON ERRORES DE VALORIZACIÓN O LIQUIDACIÓN, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES. NO SE ACEPTAN RECLAMOS FORMULADOS FUERA DE ESTOS TÉRMINOS. ESTA FACTURA SERÁ PAGADA A LA ORDEN DE DISTRIBUIDORA PASTEUR S.A. AL HACER LOS PAGOS POR FAVOR EXIGIR EL RESPECTIVO RECIBO DE CAJA. LOS DESTINATARIOS RESPONDEN SOLIDARIAMENTE POR SU VALOR. NO PODRÁ ENAJENARSE NI GRAVARSE EL ESTABLECIMIENTO DESTINATARIO SIN CANCELAR EL VALOR DE ESTA FACTURA. EN CASO CONTRARIO SE CONSIDERA VENCIDA Y EL NUEVO ADQUIRIENTE RESPONDE SOLIDARIAMENTE POR SU VALOR. SE DARÁ CUMPLIMIENTO ADEMÁS A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 518 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LOS DESTINATARIOS RENUNCIAN EN FAVOR AL FUERO POR RAZÓN DE LUGAR, EL PROTESTO Y A LA PRESENTACIÓN PARA EL PAGO. PASADA LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA FACTURA COBRARA INTERESES POR MORA A LA MÁXIMA TASA PERMITIDA POR LA LEY. EN NINGÚN CASO RECIBIREMOS DEVOLUCIONES DE MERCANCÍAS POR VENCIMIENTO DEL PRODUCTO.

Representación gráfica del documento electrónico según resolución 042 del 5 mayo de 2020 Fecha y hora de validación DIAN: 29.08.2022 - 17:42:17

CUFE: f328983b13d31281f9c83c88e354b7ea2d3bff3e9d8ea4f4656e4459914a3f3d159364a35880c9ca8f7b4acd8167ea79

eFactura cadena. NIT 890.930.034-0

Distribuidora Pasteur S.A.

FACTURA-E 400329079

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PASTEUR PUERTO BERRIO | 8707 | ######### | 3549593 | CIPROFLOXACINA GENFAR TABLETAS 500 MG CAJA X 10 UNDS | 3.857 | 0 | 0 |
| | | | | ENEMA TRAVAD BOLSA 133 ML | 13.846 | 0 | 0 |
| | | | | METRONIDAZOL GENFAR TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS | 1.629 | 0 | 0 |
| | Total 8707 | | | | 19.332 | 0 | 0 |
| PASTEUR SAN FRANCISCO | 8916 | ######### | 1036252256 | AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.5 MCG CAJA 120 DOSIS | 51.612 | 0 | 0 |
| | | | | SYSTANE INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML | 89.706 | 0 | 0 |
| | | | | FEXOFENADINA TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | 290.898 | 0 | 0 |
| | Total 8916 | | | | 432.216 | 0 | 0 |
| Total general | | | | | 451.548 | 0 | 0 |

**# Items: 6**
**# Medicamentos: 6**
**# Usuarios: 2**
**# No. Ordenes: 2**
**San Francisco Ago/22**

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR PUERTO BERRIO
CLL 51 # 3-34
TELEFONO: 8330058 - 8331368
MAIL: PUERTOBERRIO@PASTEUR.COM.CO

FACTURA DE VENTA N: J101 114634
FECHA: 17-08-2022 14:36
CAJERO: WALTER RAFAEL LOPEZ GUTIERREZ
VENDEDOR: WALTER RAFAEL LOPEZ GUTIERREZ
SECUENCIA: 165970

---

CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

212085-ENEMA TRAVAD BOLSA 133 ML
6,923 2 0 0 13,846

121044-CIPROFLOXACINA GENFAR TABLETAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
3,857 1 0 0 3,857

121121-METRONIDAZOL GENFAR TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
10,857 0 15 0 1,629

----------[TOTALES DE FACTURA]----------

| | |
|---|---|
| BRUTO: | 19,332 |
| DESCUENTO: | 0 |
| IVA: | 0 |
| IMPUESTO AL CONSUMO: | 0 |
| TOTAL: | 19,332 |

----------[FORMAS DE PAGO]----------

| | |
|---|---|
| CREDITO | 19,332 |
| CAMBIO: | 0 |

---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 19,332 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

---

FORMULA: 8707
CONVENIO: SENA
NIT: 899999034-1

---

DATOS DEL CLIENTE

ESPINOSA IVAN
CC 3549593

TELEFONO: 3106296449

---

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

---

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD

MEDI.GENERAL

OBSERVACION:

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES 2509/93
AUT FAC 18764027699483 F. 12/04/2022
FECHA INICIO 12-04-2022
HASTA 12-04-2024
DE: J101 25800 A: J101 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

Senor Usuario, verifique que los producto s aqui facturados correspondan con los qu e usted solicita e igualmente con los que le sean entregados por nuestro personal

---

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Juan Esteban identificado con cédula número 3134929 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A.

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus empaques.

FIRMA

FECHA 17-08-2022

No. de Orden 8707

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | IVAN ESPINOSA null | Documento | 3549593 |
| No. Carné | 43653042 - B | Fecha autorización | 17/08/22 |
| Dirección | CALLE 51 51 NRO 12-26 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| TRAVAD ENEMA BOL 133ML | SODIO FOSFATO BASICO 160MGMLSODIO FOSFATO | BOLSA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 UNIDADES | RECTAL | CADA 12 HORAS | 1 | ENTREGADO |

COLOCAR LA NOCHE ANTERIOR D E LA BIOPSIA Y OTRO 2 HORAS ANTES D E LA BIOPS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| CIPROFLOXACINA 500MG TNR CJX10TAB | C I P R O F L O X A C I N A CLORHIDRATO 500MG Tableta | TABLETAS | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 5 | ENTREGADO |

ENTREGAR DE MK , PARA 2 DIARIA S POR 5 DIAS , INICANDO 2 DIAS ANTES DE LA BIOPS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 15 |
|---|---|---|---|
| METRONIDAZOL 500mg TAB CJX500 TAB | METRONIDAZOL | TABLETAS | QUINCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 5 | ENTREGADO |

TOMAR 1 TABLETA 3 VECE SALK DIA POR 5 DIAS INCIANDO 2 DIAS ANTES DE LA BIOPS

| Nombre Funcionario: | ANA MARIA ESPINOSA BURITICA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43653042
Télefono: 3104618644

**Fecha de vencimiento:** 31/08/22

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 8707

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: IVAN ESPINOSA null | Documento: 3549593
No. Carné: 43653042 - B | Fecha autorización: 17/08/22
Dirección: CALLE 51 51 NRO 12-26
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2022

Medicamentos: TRAVAD ENEMA BOL 133ML | Molécula: SODIO FOSFATO BASICO 160MGMLSODIO FOSFATO | Tipo: BOLSA | Total 2: DOS
Dosis: 1 UNIDADES | Vía Admon.: RECTAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 1
COLOCAR LA NOCHE ANTERIOR D E LA BIOPSIA Y OTRO 2 HORAS ANTES D E LA BIOPS

Medicamentos: CIPROFLOXACINA 500MG TNR CJX10TAB | Molécula: C I P R O F L O X A C I N A CLORHIDRATO 500MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 10: DIEZ
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 5
ENTREGAR DE MK , PARA 2 DIARIA S POR 5 DIAS , INICANDO 2 DIAS ANTES DE LA BIOPS

Medicamentos: METRONIDAZOL 500mg TAB CJX500 TAB | Molécula: METRONIDAZOL | Tipo: TABLETAS | Total 15: QUINCE
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 5
TOMAR 1 TABLETA 3 VECE SALK DIA POR 5 DIAS INCIANDO 2 DIAS ANTES DE LA BIOPS

Nombre Funcionario: ANA MARIA ESPINOSA BURITICA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 43653042
Télefono: 3104618644
Fecha de vencimiento: 31/08/22
GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
MAIL: SANFRANCISCO@PASTEUR.COM.CO

FACTURA DE VENTA N: T102 135725
FECHA: 20-08-2022 15:47
CAJERO: JHONY ANDRHEY BETANCUR GALLEGO
VENDEDOR: JHONY ANDRHEY BETANCUR GALLEGO
SECUENCIA: 272508

---

CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

116800-SYSTANE INST. GOTAS OFTALMICAS CAJ
A 15 ML
44,853 2 0 0 89,706

093077-FEXOFENADINA TABLETAS 120 MG CAJA
X 10 UNDS
32,322 9 0 0 290,898

375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.5 MCG C
AJA 120 DOSIS
25,806 2 0 0 51,612

----------[TOTALES DE FACTURA]----------
BRUTO: 432,216
DESCUENTO: 0
IVA: 0
IMPUESTO AL CONSUMO: 0
TOTAL: 432,216
----------[FORMAS DE PAGO]----------
CREDITO 432,216
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 432,216 0
IMPOCONSUMO 0 0

---

FORMULA: 8916
CONVENIO: SENA
NIT: 899999034-1

---

DATOS DEL CLIENTE

BEJARANO RESTREPO JUAN JOSE ALEJAND
CC 1036252256
CL 27 # 29 - 47 BARRIO TAHAMIES 3 PISO
CARKEN DE VIBORAL
TELEFONO: 4986872

---

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

---

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBSERVACION: * Hgirardo Bejarano C
* 1.088354254
* 314-3137636280

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo * Hayrando Pajarono A identificado con cédula número * 14880429, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus empaques.

FIRMA *

FECHA * Agosto 20 / 2022

Señor Usuario, verifique que los producto
s aquí facturados correspondan con los qu
e usted solicita e igualmente con los que
le sean entregados por nuestro personal

RETENEDORES DE IVA
AUT.RETENEDORES RES 1366 11/01/1989
DE: T102 1 A: T102 300000
HASTA 12-06-2023
FECHA INICIO 12-06-2021
AUT FAC 10764014193838 F.12/06/2021
MES 2509/93

No. de Orden
8916

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JUAN JOSE ALEJANDRO BEJARANO RESTREPO | Documento | 1036252256 |
| No. Carné | 43516968 - F | Fecha autorización | 19/08/22 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE GOT LUBR OFT 0.4/0.3% FCOX15ML | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL Solución | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 90 | Cel: |

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 | ? |

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS | FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 90 | ale. |

1 PUFF ENC ADA FOSA EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: *
Documento: * 1488042?
Télefono: * 3137636780

**Fecha de vencimiento:** 03/09/22

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
8916

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JUAN JOSE ALEJANDRO BEJARANO RESTREPO | Documento | 1036252256 |
| No. Carné | 43516968 - F | Fecha autorización | 19/08/22 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2022 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE GOT LUBR OFT 0.4/0.3% FCOX15ML | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL Solución | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 90 | |

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 | |

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS | FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 90 | |

1 PUFF ENC ADA FOSA EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: *
Documento: * 1488042?
Télefono: * 3137636780

**Fecha de vencimiento:** 03/09/22

GTH-F-005 V.01

Distribuidora Pasteur S.A.

SOMOS AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN 1366 DE NOV. 1 DE 1989
GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN 2509 DE 1993
RETENEDORES DEL IVA - RESPONSABLES DE IVA - ACTIVIDAD ECONÓMICA 4773
NIT. 890.941.663-1
NO SE ACEPTAN RECLAMOS DE LA FACTURA DESPUÉS DE 3 DÍAS

AUT.DIAN 18764013572699 DE 2021/05/24 PREFIJO 40 DE 1 A 1000000 DESDE 400000001 AL 401000000. Vigencia 18 meses.

CALLE 49 No 57-35
VENTAS: 575 10 10
ADMINISTRACIÓN: 575 39 00
FAX: 231 53 72 A.A. 11070
MEDELLÍN-COLOMBIA
LLAME SIN COSTO AL:
01-8000-944955

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
## No. 400332984

10 pago #1

| | | | |
|---|---|---|---|
| SRES: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"SENA" REGIONAL ANTIOQUIA. | CÓDIGO CLIENTE | FECHA Y HORA FACTURA | PEDIDO N° | VENDEDOR | TELEFONISTA |
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"SENA" REGIONAL ANTIOQUIA. | 899999034-1 | 2022-09-07-12:08:02 | | 3025 | |
| DIRECCIÓN: CL. 51 57-70 | NIT ó C.C. | FECHA VENCIMIENTO | PLAZO | ZONA | Página |
| TELÉFONO: 5760000 EXT 42009# | 899999034-1 | 2022-10-07 | 0 días | 118 | 1de1 |
| CIUDAD: MEDELLIN CODIGO POSTAL : 050010 | | CONDUCTO | | | |

| No. | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | LOTE | CANTIDAD DESPACHO | U/M | PRECIO DE LISTA | DSCTO | PRECIO UNITARIO | IVA | % | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | S80 | VENTAS.EXCLUIDAS (FE) | 0 | 1.00 | UND | 45.261,00 | 0,00 | 45,261.00 | 0.00 | 0.00 | 45,261.00 |
| 1 | | | | | | | | | | | |

Facturador: AUXMERCA -- CJ:0 PQ:0 F:0 CN:0 Total UE:0
*ALGUNOS PRODUCTOS SON EXENTOS SEGÚN DECRETO 417 DE 2.020 #$36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.2397406; kjimenezm@sena.edu.co #$

FIRMA YSELLO

| | |
|---|---|
| TOTAL BRUTO | 45,261.00 |
| TOTAL DESCUENTO | 0.00 |
| SUBTOTAL | 45,261.00 |
| IVA 5% | |
| IVA 19% | |
| otro IVA | 0.00 |
| Impoconsumo | |
| TOTAL | $ 45,261.00 |

SON: CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UNO PESOS

Forma de pago: Crédito Medio de pago:Efectivo

eFactura cadena. NIT 890.930.934-0

LA PRESENTE FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 772 DE CODIGO DE COMERCIO). LAS MERCANCÍAS VIAJAN POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR. LAS MERCANCÍAS FUERON RECIBIDAS REAL Y MATERIALMENTE POR EL COMPRADOR. LOS RECLAMOS POR ERRORES EN LOS DESPACHOS DEBERÁN HACERSE AL RECIBO DE LA MERCANCÍA. LOS RELACIONADOS CON ERRORES DE VALORIZACIÓN O LIQUIDACIÓN, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES. NO SE ACEPTAN RECLAMOS FORMULADOS FUERA DE ESTOS TÉRMINOS. ESTA FACTURA SERÁ PAGADA A LA ORDEN DE DISTRIBUIDORA PASTEUR S.A. AL HACER LOS PAGOS POR FAVOR EXIGIR EL RESPECTIVO RECIBO DE CAJA. LOS DESTINATARIOS RESPONDEN SOLIDARIAMENTE POR SU VALOR. NO PODRÁ ENAJENARSE NI GRAVARSE EL ESTABLECIMIENTO DESTINATARIO SIN CANCELAR EL VALOR DE ESTA FACTURA. EN CASO CONTRARIO SE CONSIDERA VENCIDA Y EL NUEVO ADQUIRIENTE RESPONDE SOLIDARIAMENTE POR SU VALOR. SE DARÁ CUMPLIMIENTO ADEMÁS A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 518 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LOS DESTINATARIOS RENUNCIAN EN FAVOR AL FUERO POR RAZÓN DE LUGAR, EL PROTESTO Y A LA PRESENTACIÓN PARA EL PAGO. PASADA LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA FACTURA COBRARÁ INTERESES POR MORA A LA MÁXIMA TASA PERMITIDA POR LA LEY. EN NINGÚN CASO RECIBIREMOS DEVOLUCIONES DE MERCANCÍAS POR VENCIMIENTO DEL PRODUCTO.

Representación gráfica del documento electrónico según resolución 042 del 5 mayo de 2020 Fecha y hora de validación DIAN: 07.09.2022 - 14:34:39

CUFE: 082aa02c1e1265e568a7abc8901193686e8a6ac29ce454ad06f1cfc4d4e197ec9406e396232a459e32fcf7a5d806a03b

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
MAIL: ITAGUI@PASTEUR.COM.CO

FACTURA DE VENTA N: 331D 71684
FECHA: 31-08-2022 16:33
CAJERO: JOHN FREDY MUÑOZ
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO FLOREZ
SECUENCIA: 2176229

---

CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

100278-SERTRALINA MK INST. TABLETAS 100 M
G CAJA X 30 UNDS
15,087 3 0 0 45,261

----------[TOTALES DE FACTURA]----------

| | |
|---|---|
| BRUTO: | 45,261 |
| DESCUENTO: | 0 |
| IVA: | 0 |
| IMPUESTO AL CONSUMO: | 0 |
| TOTAL: | 45,261 |

----------[FORMAS DE PAGO]----------

| | |
|---|---|
| CREDITO | 45,261 |
| CAMBIO: | 0 |

---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 45,261 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

---

FORMULA: 9393-DOMICILIO
CONVENIO: SENA
NIT: 899999034-1

---

DATOS DEL CLIENTE

MORENO DE BEDOYA MARILUZ
CC 20181495
CR 50A # 26 - 36 CS 277 EL ENCANTO 2-
YARUMITO
TELEFONO: 6001250

---

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
Consulte nuestra pagina web
www.farmaciaspasteur.com.co

---

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBSERVACION:

Mauf. de Bedoya
CC # 20181495
6001250

IVA INCLUIDO REGIMEN COMUN
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764015081826 F.14/07/2021
FECHA INICIO 14-07-2021
HASTA 14-01-2023
DE: 331D 1 A: 331D 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

Senor Usuario, verifique que los producto s aqui facturados correspondan con los qu e usted solicita e igualmente con los que le sean entregados por nuestro personal

---

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo _____ identificado con cédula número _____ en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me fue ordenada, en el tiempo estipulado de 72 horas y la fecha de vigencia está activa, así mismo no están adulterados sus empaques.

FIRMA _____

FECHA _____