Distribuidora Pasteur S.A.

## SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

4
Pago #1

| FARMACIA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PASTEUR CR 70 | 2418 | E317 - 1035 | ########## | 42676040 | AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS | 30 | 0 | 0 | 7.530 |
| | | | | | ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS | 30 | 0 | 0 | 9.330 |
| | | | | | FEXOFENADINA COLMED INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | 30 | 0 | 0 | 26.571 |
| | | | | | CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 50.100 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 1 | 0 | 0 | 55.260 |
| | | | | | SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 210.480 |
| | | | | | DUXETINA INST. (DULOXETINA) CAPSULAS 60 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 74.310 |
| | | | | | NEURONTIN INST. (RG) (GABAPEN) CAPSULAS 400 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 17.610 |
| | | | | | NODOL FORTE TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 64.410 |
| | | | | | ROSUVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 14 UNDS | 28 | 0 | 0 | 5.068 |
| | | | | | BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 200 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 68.520 |
| | Total 2418 | | | | | 329 | 0 | 0 | 589.189 |
| | 2423 | E317 - 10356 | 01/04/2024 | 21996399 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 90 | 0 | 0 | 66.420 |
| | | | | | DIOVAN HCT INST. 160/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 116.088 |
| | | | | | EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS. | 50 | 0 | 0 | 39.300 |
| | | | | | RELVAR ELLIPTA (RG) POLVO PARA INHALACION 100/25 MCG CAJA 30 DOSIS | 1 | 0 | 0 | 99.081 |
| | | | | | AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 150 UNDS | 30 | 0 | 0 | 8.550 |
| | Total 2423 | | | | | 227 | 0 | 0 | 329.439 |
| | 2426 | E317 - 10357 | 01/04/2024 | 21416343 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 120 | 0 | 0 | 88.560 |
| | | | | | PAÑALES TENA SLIP ULTRA TALLA L CAJA X 42 UNDS | 84 | 60.849 | 320.258 | 381.107 |
| | | | | | PAÑALES TENA SLIP ULTRA TALLA L BOLSA X 9 UNDS | 9 | 7.073 | 37.225 | 44.298 |
| | | | | | FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 58.064 |
| | | | | | QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 31.020 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 1 | 0 | 0 | 55.260 |
| | | | | | LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS | 60 | 0 | 0 | 4.140 |
| | | | | | PIROXICAM GENFAR INST GEL 0.5 % CAJA 40 G | 1 | 0 | 0 | 5.887 |
| | | | | | RISPERDAL (RG) INST. SOLUCION ORAL CAJA 30 ML | 1 | 0 | 0 | 14.522 |
| | | | | | ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG CAJA X 1000 UNIDS | 30 | 0 | 0 | 1.110 |
| | | | | | ESTERMAX (RG) CREMA VAGINAL CAJA 40 G X 4 APLICADORES | 1 | 0 | 0 | 28.993 |
| | | | | | SYSTANE INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML | 1 | 0 | 0 | 50.559 |
| | | | | | EXELON INST. (RG) PARCHES 9MG/5CM CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 166.920 |
| | Total 2426 | | | | | 458 | 67.922 | 357.483 | 930.440 |
| | 2447 | E317 - 10362 | 01/04/2024 | 1007493629 | ETORICOXIB (ANEXIA) INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS | 14 | 0 | 0 | 20.286 |
| | | | | | ROZELAIC INST. GEL 15 % CAJA 30 G | 1 | 0 | 0 | 51.942 |
| | | | | | EPIDUO INST. GEL 0.1% / 2.5% CAJA 30 G | 1 | 0 | 0 | 102.551 |
| | Total 2447 | | | | | 16 | 0 | 0 | 174.779 |
| | 2455 | E317 - 10363 | 01/04/2024 | 41397513 | FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 143.760 |
| | | | | | ESZOPICLONA (ISOKLON) INST. RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS | 140 | 0 | 0 | 265.860 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 17.518 |
| | | | | | NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 84.168 |
| | | | | | ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS | 60 | 0 | 0 | 6.102 |
| | | | | | ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 300.120 |
| | | | | | ELTROXIN INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS | 100 | 0 | 0 | 74.500 |
| | | | | | GASTROFAST ADVANCE SUSPENSION FRASCO 240 ML | 2 | 0 | 0 | 118.068 |
| | Total 2455 | | | | | 422 | 0 | 0 | 1.010.096 |
| | 2445 | E317 - 10375 | 01/04/2024 | 32469954 | GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS | 180 | 0 | 0 | 561.420 |
| | | | | | FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 58.064 |
| | | | | | ESCITALOPRAM GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 16.464 |
| | | | | | FYBOGEL SOBRES CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 247.020 |
| | | | | | BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. INST. POLVO CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 45.300 |
| | | | | | ROSUVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 250 UNDS | 60 | 0 | 0 | 33.060 |
| | | | | | FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2.040 |
| | | | | | CARVEDILOL GENFAR INST. (RG) TABLETAS 6.25 MG CAJA X 300 UNDS | 120 | 0 | 0 | 33.000 |
| | | | | | ALLEGRA INST. (FEXOFENADINA) TABLETAS 180 MG CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 747.420 |
| | | | | | ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 8.360 |
| | | | | | METOPROLOL MK INST. (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 27.120 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 360 | 0 | 0 | 424.440 |
| | | | | | CENTRUM WOMEN TABLETAS CAJA X 30 UNDS | 2 | 14.018 | 73.780 | 87.798 |
| | | | | | CATAPRESAN TABLETAS 150 MG CAJA X 20 UNDS | 120 | 0 | 0 | 256.560 |
| | | | | | ECLOSYNT-NAS (BECLOMETASONA) 50 MCG INHALADOR 200 DOSIS | 1 | 0 | 0 | 46.407 |
| | | | | | SERETIDE (RG) 25/125 MCG INHALADOR 120 DOSIS | 1 | 0 | 0 | 93.314 |
| | | | | | NEUROBION DC J.PRELLENADA 10000 CAJA X 1 UND | 2 | 0 | 0 | 94.216 |
| | | | | | SYSTANE HA INST. GOTAS OFTALMICAS FRASCO 10 ML | 2 | 0 | 0 | 95.000 |
| | | E317 - 10419 | 03/04/2024 | 32469954 | MICARDIS AMLO (RG) INST. COMPRIMIDOS 80/5 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 157.864 |
| | Total 2445 | | | | STILNOX DCOTRL INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 7 UNDS | 21 | 0 | 0 | 173.397 |
| | 2462 | E317 - 10377 | 01/04/2024 | 34979417 | | 1.401 | 14.018 | 73.780 | 3.208.264 |
| | Total 2462 | | | | COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS | 40 | 0 | 0 | 28.320 |
| | 2466 | E317 - 10380 | 01/04/2024 | 21255008 | | 40 | 0 | 0 | 28.320 |
| | | | | | FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2.040 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL (ESOMED) INST. CAPSULAS 40 MG CAJA X 560 UNDS | 56 | 0 | 0 | 19.656 |
| | | | | | LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS | 120 | 0 | 0 | 8.280 |
| | | | | | ATORVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 150 UNDS | 60 | 0 | 0 | 7.860 |
| | | | | | ACIDO ACETILSALICILIC GF INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 900 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2.700 |
| | | | | | GAVISCON SUSPENSION MENTA CAJA 300 ML | 2 | 0 | 0 | 112.422 |
| | | | | | CEBION T. MASTICABLES 500 MG NARANJA CAJA 100UNDS | 60 | 0 | 0 | 32.534 |
| | | E317 - 10392 | 02/04/2024 | 21255008 | PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA XL BOLSA X 9 UNDS | 216 | 120.119 | 632.205 | 752.324 |
| | Total 2466 | | | | CALCITRIOL COLMED INST. CAPSULAS 0.5 MCG X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 11.520 |
| | 2474 | E317 - 10383 | 01/04/2024 | 21343785 | | 636 | 120.119 | 632.205 | 949.336 |
| | | | | | EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS | 50 | 0 | 0 | 7.250 |
| | | | | | NIFEDIPINO INST. NOVAMED CAPSULA LP 30 MG CAJA X 300 UNDS | 30 | 0 | 0 | 6.930 |
| | | | | | ESCITALOPRAM GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS | 28 | 0 | 0 | 8.232 |
| | | | | | CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100 MG X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 42.210 |
| | | | | | TRAYENTA INST. (RG) LINAGLIPTI COMPRIMIDOS 5 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 122.970 |
| | | | | | JARDIANCE INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 256.500 |
| | | | | | NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 28 | 0 | 0 | 42.084 |
| | | | | | BETALOC ZOK (RG) COMPRIMIDOS 100 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 34.260 |
| | | | | | ATORVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 150 UNDS | 30 | 0 | 0 | 3.930 |
| | | | | | MEMANTINA MK (MODUALZ) INST.RG TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS | 30 | 0 | 0 | 59.580 |
| | | | | | GLUCOPHAGE XR INST. TABLETAS 1000 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 232.380 |
| | | | | | LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 30.840 |
| | | | | | DIOVAN INST. (RG) COMPRIMIDOS 320 MG CAJA X 14 UNDS | 28 | 0 | 0 | 82.684 |
| | | E317 - 10394 | 02/04/2024 | 21343785 | ALDOMET INST. TABLETAS 250 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 44.670 |
| | Total 2474 | | | | DOMPERIDONA(RG) INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 20 UNDS | 30 | 0 | 0 | 4.980 |
| | 2478 | E317 - 10384 | 01/04/2024 | 42974284 | | 524 | 0 | 0 | 979.500 |
| | | | | | EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS | 100 | 0 | 0 | 14.500 |
| | | | | | CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 85.920 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 17.518 |
| | | | | | DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS | 180 | 0 | 0 | 277.920 |

Farmi: 86
Trill: 121
Consi: 86
Recpt: 4

Folios 1310

Cant

24/04/24

Distribuidora Pasteur S.A.

## SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

| PUNTO DEL... | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CR 70 | 2478 | E317 - 10384 | 01/04/2024 | 42974284 | TRILIPIX CAPSULAS 135 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 403,680 |
| | | | | | SPIRIVA RESPIMAT (RG) INHALADOR 4 ML | 4 | 0 | 0 | 397,192 |
| | | | | | RELVAR ELLIPTA (RG) POLVO PARA INHALACION 100/25 MCG CAJA 30 DOSIS | 4 | 0 | 0 | 396,324 |
| | | E317 - 10399 | 02/04/2024 | 42974284 | VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS | 2 | 0 | 0 | 29,426 |
| | | | | | CROMUS (TACROLIMUS) INST. UNGUENTO 0.1% TUBO 15 G | 2 | 0 | 0 | 168,150 |
| | Total 2478 | | | | | 414 | 0 | 0 | 1,790,630 |
| | 2485 | E317 - 10385 | 01/04/2024 | 42974284 | FEXOFENADINA COLMED INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 53,142 |
| | Total 2485 | | | | | 60 | 0 | 0 | 53,142 |
| | 2492 | E317 - 10387 | 01/04/2024 | 43494526 | EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS | 75 | 0 | 0 | 10,875 |
| | | | | | EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS. | 25 | 0 | 0 | 19,650 |
| | | | | | HIALTEARS INST. GOTAS OFTALMICAS 0.4 % CAJA 10 ML | 2 | 0 | 0 | 32,848 |
| | | E317 - 10404 | 02/04/2024 | 43494526 | DEFEROL CBG (VITAMINA D3)INST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 60 UNDS | 60 | 0 | 0 | 33,120 |
| | Total 2492 | | | | | 162 | 0 | 0 | 96,493 |
| | 2446 | E317 - 10388 | 01/04/2024 | 22051115 | CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 59,640 |
| | | | | | ROVARIL CÁPSULAS 10 MG CAJA X 60 UNDS | 60 | 0 | 0 | 387,784 |
| | | E317 - 10398 | 02/04/2024 | 22051115 | MICARDIS PLUS (RG) INST. COMPRIMIDOS 80/12.5 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 89,544 |
| | Total 2446 | | | | | 176 | 0 | 0 | 536,968 |
| | 2502 | E317 - 10389 | 01/04/2024 | 32435296 | ESCITALOPRAM GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS | 112 | 0 | 0 | 32,928 |
| | | | | | ETORICOXIB (ANEXIA) INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS | 14 | 0 | 0 | 20,286 |
| | | E317 - 10410 | 03/04/2024 | 32435296 | PIROXICAM GENFAR INST GEL 0.5 % CAJA 40 G | 2 | 0 | 0 | 11,774 |
| | Total 2502 | | | | | 128 | 0 | 0 | 64,988 |
| | 2407 | E317 - 10400 | 02/04/2024 | 21623700 | COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS | 60 | 0 | 0 | 42,480 |
| | | | | | LAGRICEL OFTENO INST. HIALURON RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS | 40 | 0 | 0 | 150,160 |
| | | | | | NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 84,168 |
| | | | | | LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 185,100 |
| | | | | | ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS | 60 | 0 | 0 | 6,102 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 120 | 0 | 0 | 141,480 |
| | | | | | CARBAMAZEPINA LAPROF INST.(RG) TABLETAS 200 MG X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 7,980 |
| | | | | | ORLISTAT COLMED INST. (RG) CAPSULAS 120 MG CAJA X 60 UNDS | 180 | 0 | 0 | 5 |
| | Total 2407 | | | | | 636 | 0 | 0 | 1,1 |
| | 2566 | E317 - 10406 | 02/04/2024 | 32483282 | DOLEX FORTE INST TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 48 UNDS | 120 | 0 | 0 | 1 |
| | | | | | EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS | 75 | 0 | 0 | 21,600 |
| | | | | | ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION OFERTA 400 + 120ML | 2 | 0 | 0 | 107,384 |
| | | | | | CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 100,200 |
| | | | | | TRIGENTAX CREMA CAJA 20 G | 1 | 0 | 0 | 28,000 |
| | | E317 - 10436 | 04/04/2024 | 32483282 | FEXOFENADINA MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 54,480 |
| | Total 2566 | | | | | 318 | 0 | 0 | 503,424 |
| | 2341 | E317 - 10411 | 03/04/2024 | 656957 | VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS | 1 | 0 | 0 | 14,713 |
| | | | | | FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 58,064 |
| | | | | | LAMICTAL INST. (RG) 100 MG X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 97,560 |
| | | | | | ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS | 60 | 0 | 0 | 6,102 |
| | | | | | ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 300,120 |
| | | | | | AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 960 |
| | | | | | ZOLOF INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 296,400 |
| | | | | | JARDIANCE TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 205,200 |
| | | | | | KEPPRA INST. (RG) TABLETAS 1000 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 162,960 |
| | | | | | GAAP OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS CAJA 3 ML | 2 | 0 | 0 | 45,904 |
| | Total 2341 | | | | | 425 | 0 | 0 | 1,187,983 |
| | 2593 | E317 - 10413 | 03/04/2024 | 21285872 | QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS | 30 | 0 | 0 | 15,510 |
| | | | | | ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS | 30 | 0 | 0 | 9,330 |
| | | | | | FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS | 30 | 0 | 0 | 1,020 |
| | | | | | OMEPRAZOL FARMACOL INST. CAPSULA 20 MG CAJA X 300 UNDS | 30 | 0 | 0 | 1,500 |
| | | | | | FLUTICASONA 8ML SPRAY NASAL FRASCO X 1 UND | 1 | 0 | 0 | 30,387 |
| | | | | | SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 100 MG CAJA X 105 UNDS | 30 | 0 | 0 | 3,630 |
| | | | | | TRAZODONA GENFAR TABLETAS 50 MG CAJA X 50 UNDS | 30 | 0 | 0 | 2,850 |
| | | E317 - 10673 | 09/04/2024 | 21285872 | FASTFEN (ACETAM+TRAMAD) INST. 325MG/5MG CAJA X 10 UNDS | 30 | 0 | 0 | 9,330 |
| | Total 2593 | | | | | 211 | 0 | 0 | 73,557 |
| | 2591 | E317 - 10414 | 03/04/2024 | 43084660 | AMOXICILINA GENFAR INST. CAPSULAS 500 MG CAJA X 50 UNDS | 40 | 0 | 0 | 10,560 |
| | Total 2591 | | | | | 40 | 0 | 0 | 10,560 |
| | 2636 | E317 - 10415 | 03/04/2024 | 21362649 | FERRIMED PLUS INST. TABLETAS CAJA X 60 UNDS | 30 | 0 | 0 | 45,000 |
| | Total 2636 | | | | | 30 | 0 | 0 | 45,000 |
| | 2637 | E317 - 10416 | 03/04/2024 | 21362649 | PALEXIS RETARD DCONT (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 60 UNDS | 60 | 0 | 0 | 110,340 |
| | Total 2637 | | | | | 60 | 0 | 0 | 110 |
| | 2540 | E317 - 10418 | 03/04/2024 | 34043122 | CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 59 |
| | | | | | COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS | 60 | 0 | 0 | 42 |
| | | | | | VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC | 3 | 0 | 0 | 3,942 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 180 | 0 | 0 | 212,220 |
| | | | | | RINAID(FUR.MOMETASONA) INST. SPRAY NASAL 0.05 % FRASCO 18 G | 1 | 0 | 0 | 173,485 |
| | | | | | NORAVER GARGANTA TABLETAS CEREZA CAJA X 96 UNDS | 12 | 0 | 0 | 16,404 |
| | | | | | AMOXIDAL DUO INST. COMPRIMIDOS 875 MG CAJA X 14 UNDS | 14 | 0 | 0 | 37,492 |
| | | E317 - 10420 | 03/04/2024 | 34043122 | EZETIMIBA/ATORVASTATINA MK TABLETAS 10/20 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 286,020 |
| | | | | | DORIXINA RELAX INST. COMPRIMIDOS 125 MG/5 MG CAJA X 100 UNDS | 20 | 0 | 0 | 37,980 |
| | | | | | DIPROFOS AMPOLLA 7 MG CAJA 1 X 1 ML | 1 | 0 | 0 | 22,798 |
| | | | | | FEXOFENADINA MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | 30 | 0 | 0 | 27,240 |
| | | E317 - 10421 | 03/04/2024 | 34043122 | TELMISARTAN MK TABLETAS 80 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 57,840 |
| | Total 2540 | | | | | 501 | 0 | 0 | 977,541 |
| | 2594 | E317 - 10422 | 03/04/2024 | 32503803 | ESZOPICLONA (ISOKLON) INST. RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS | 56 | 0 | 0 | 106,344 |
| | | | | | ROSUVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 250 UNDS | 60 | 0 | 0 | 33,060 |
| | | | | | ASPIRINA TABLETAS 100 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 37,240 |
| | | | | | SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/12.5 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 22,140 |
| | | E317 - 10461 | 04/04/2024 | 32503803 | DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS | 2 | 0 | 0 | 159,800 |
| | Total 2594 | | | | | 234 | 0 | 0 | 358,584 |
| | 2661 | E317 - 10424 | 03/04/2024 | 43503064 | SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 6,210 |
| | | | | | GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 127,440 |
| | | | | | AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 960 |
| | | E317 - 10425 | 03/04/2024 | 43503064 | STAFEN INST. (FENOFIBRATO) CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 259,800 |
| | | E317 - 10451 | 04/04/2024 | 43503064 | DOLEX FORTE INST TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 48 UNDS | 12 | 0 | 0 | 19,176 |
| | | | | | SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 6,210 |
| | | | | | DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS | 1 | 0 | 0 | 79,900 |
| | | | | | SINALGEN INST. TABLETA 5/325 MG CAJA X 90 UNDS | 60 | 0 | 0 | 64,285 |
| | | E317 - 10506 | 05/04/2024 | 43503064 | DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS | 58 | 0 | 0 | 92,684 |
| | Total 2661 | | | | | 371 | 0 | 0 | 656,665 |
| | 0 | E317 - 10427 | 03/04/2024 | 32539677 | LYRICA INST. (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 185,040 |
| | | E317 - 10750 | 12/04/2024 | 22171647 | ARAMAX CAPSULAS 2.5MG/50MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 238,216 |
| | Total 0 | | | | | 180 | 0 | 0 | 423,256 |
| | 2674 | E317 - 10429 | 03/04/2024 | 21981511 | LATANOX (CF) INST.(RG) SOLUCION OFTALMICA CAJA 2.5 ML | 1 | 0 | 0 | 38,255 |
| | | E317 - 10435 | 04/04/2024 | 21981511 | GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS | 60 | 0 | 0 | 187,140 |
| | | | | | CARVEDILOL GENFAR INST. (RG) TABLETAS 6.25 MG CAJA X 300 UNDS | 30 | 0 | 0 | 8,250 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 60 | 0 | 0 | 70,740 |

Distribuidora Pasteur S.A.

# SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CR 70 | 2674 | E317 - 10435 | 04/04/2024 | 21981511 | TRAZODONA HCI MK INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 50 UNDS | 30 | 0 | 0 | 18.480 |
| | | | | | LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 15.420 |
| | | | | | FLUTICASONA 8ML SPRAY NASAL FRASCO X 1 UND | 1 | 0 | 0 | 30.387 |
| | | | | | IRBESARTAN/HCT MK (RG) TABLETAS 300/12.5 MG CAJA X 14 UNDS | 28 | 0 | 0 | 52.500 |
| | | | | | PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA M BOLSA X 9 UNDS | 9 | 3.651 | 19.217 | 22.868 |
| | | | | | GLUCOPHAGE XR TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 69.000 |
| | | | | | PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA M BOLSA X 21 UNDS | 21 | 8.094 | 42.600 | 50.694 |
| | | E317 - 10449 | 04/04/2024 | 21981511 | COLESTIRAMINA GENF INST. X 100 SOBRES 4 G | 30 | 0 | 0 | 85.050 |
| | **Total 2674** | | | | | **330** | **11.745** | **61.817** | **648.784** |
| | 2645 | E317 - 10450 | 04/04/2024 | 1033264710 | ALLEGRA PEDIATRICO INST. SUSPENSION CAJA 150 ML | 1 | 0 | 0 | 86.181 |
| | **Total 2645** | | | | | **1** | **0** | **0** | **86.181** |
| | 2682 | E317 - 10453 | 04/04/2024 | 43027684 | FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 143.760 |
| | | | | | ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS | 60 | 0 | 0 | 6.102 |
| | | | | | ESCITALOPRAM MK DEXAPRON INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 57.360 |
| | | | | | SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 150 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 139.990 |
| | **Total 2682** | | | | | **182** | **0** | **0** | **347.212** |
| | 2711 | E317 - 10454 | 04/04/2024 | 1001995931 | TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS | 4 | 0 | 0 | 4.359 |
| | | | | | ALBENDAZOL GENFAR TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS | 2 | 0 | 0 | 896 |
| | | | | | PRIMAX INST. CREMA CAJA 20 G | 1 | 0 | 0 | 40.976 |
| | | | | | FLUCONAZOL GENFAR CAPSULAS 200 MG CAJA X 4 UNDS | 16 | 0 | 0 | 8.512 |
| | **Total 2711** | | | | | **23** | **0** | **0** | **54.743** |
| | 2680 | E317 - 10455 | 04/04/2024 | 22043001 | AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS | 60 | 0 | 0 | 15.060 |
| | | | | | CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 59.640 |
| | | | | | VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC | 2 | 0 | 0 | 2.628 |
| | | | | | BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 19.600 |
| | | | | | EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS | 100 | 0 | 0 | 19.428 |
| | | | | | GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 137.220 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 110.520 |
| | | | | | LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS | 60 | 0 | 0 | 4.140 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 180 | 0 | 0 | 212.220 |
| | | | | | HIALTEARS INST. GOTAS OFTALMICAS 0.4 % CAJA 10 ML | 2 | 0 | 0 | 32.848 |
| | | | | | LYRICA INST. (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 92.520 |
| | | | | | SPIRIVA RESPIMAT (RG) INHALADOR 4 ML | 2 | 0 | 0 | 198.596 |
| | | | | | DERMACORTINE LOCION 0.1% CAJA 30 ML | 1 | 0 | 0 | 107.747 |
| | | | | | DOMPERIDONA(RG) INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 20 UNDS | 120 | 0 | 0 | 19.920 |
| | | | | | COLESTIRAMINA GENF INST. X 100 SOBRES 4 G | 60 | 0 | 0 | 170.100 |
| | | | | | ALENDRONATO MK INST. TABLETAS 70 MG CAJA X 4 UNDS | 8 | 0 | 0 | 6.672 |
| | | E317 - 10490 | 05/04/2024 | 22043001 | LIDOPROCTO INST. SUPOSITORIOS CAJA X 10 UNDS | 20 | 0 | 0 | 195.000 |
| | | E317 - 10576 | 08/04/2024 | 22043001 | OLOPAT INST. (OLOPATADINA) GOTAS 0.2 % CAJA 5 ML | 2 | 0 | 0 | 19.160 |
| | **Total 2680** | | | | | **859** | **0** | **0** | **1.423.019** |
| | 2710 | E317 - 10457 | 04/04/2024 | 32737674 | VOLTAREN FORTE EMULGEL CAJA 100 G | 1 | 0 | 0 | 96.611 |
| | **Total 2710** | | | | | **1** | **0** | **0** | **96.611** |
| | 2708 | E317 - 10465 | 04/04/2024 | 41689031 | NATRIUX SR INST. TABLETAS 1.5 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 22.370 |
| | | | | | DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS | 180 | 0 | 0 | 277.920 |
| | | | | | LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS | 180 | 0 | 0 | 555.300 |
| | | | | | SINALGEN INST. TABLETA 5/325 MG CAJA X 90 UNDS | 60 | 0 | 0 | 64.285 |
| | | | | | ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG CAJA X 1000 UNIDS | 60 | 0 | 0 | 2.220 |
| | | | | | EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 105.120 |
| | | | | | DIMARD INST. HIDROXICLOROQUINA TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS | 60 | 0 | 0 | 34.500 |
| | | | | | PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 34.500 |
| | | | | | AGUJA INSULINA INST. GLUCOQUICK 31G / 4 MM CAJA X 100 UNDS | 60 | 0 | 0 | 11.700 |
| | | | | | EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 52.560 |
| | | | | | TRIMEBUTINA LP MK INST. TABLETAS 300 MG CAJA X 10 UNDS | 120 | 0 | 0 | 143.040 |
| | | E317 - 10505 | 05/04/2024 | 41689031 | KETOPROFENO INT. GENFAR GEL 2.5% TUBO 60 G | 3 | 0 | 0 | 26.970 |
| | | E317 - 10509 | 05/04/2024 | 41689031 | SAXENDA (CF) (RG) INST. PLUMA PRELLENADA 6 MG CAJA X 1 UND | 6 | 0 | 0 | 963.858 |
| | | | | | APROVASC INST. (RG) COMPRIMIDOS 300 MG/5 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 508.648 |
| | **Total 2708** | | | | | **1.025** | **0** | **0** | **2.802.991** |
| | 2754 | E317 - 10511 | 05/04/2024 | 21443859 | WINADEINE F INST. TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 100 UNDS | 120 | 0 | 0 | 41.520 |
| | | | | | ESZOPICLONA (ISOKLON) INST. RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS | 56 | 0 | 0 | 106.344 |
| | | | | | DULOXETINA MK (RG) CAPSULAS 30 MG CAJA X 7 UNDS | 56 | 0 | 0 | 69.328 |
| | | | | | LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 370.200 |
| | | | | | EXFORGE INST.(RG) COMPRIMIDOS 10/160 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 96.264 |
| | | | | | EUTIROX INST. 88 MCG. 50 TBS. | 60 | 0 | 0 | 54.600 |
| | | | | | ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 70.320 |
| | **Total 2754** | | | | | **528** | **0** | **0** | **808.576** |
| | 2739 | E317 - 10512 | 05/04/2024 | 43555210 | NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 168.224 |
| | | | | | GASTROFAST ADVANCE INST. SACHET CAJA X 10 UNDS | 180 | 0 | 0 | 565.020 |
| | | | | | ARCALION TABLETAS 200 MG FRASCO 3 X 20UND | 60 | 0 | 0 | 62.760 |
| | | | | | WASSERTROL(DEXA-NEOM-POLI)INS. GOTAS OFTALMICAS CAJA 5 ML | 1 | 0 | 0 | 3.105 |
| | | | | | STAMYL FORTE INST. (PANCREATI) GRAGEAS CAJA X 20 UNDS | 120 | 0 | 0 | 143.400 |
| | **Total 2739** | | | | | **417** | **0** | **0** | **942.509** |
| | 2774 | E317 - 10513 | 05/04/2024 | 21825724 | CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 59.640 |
| | | | | | ENALAPRIL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 150 UNDS | 40 | 0 | 0 | 8.560 |
| | | | | | ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 18.660 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 17.518 |
| | | | | | FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS | 120 | 0 | 0 | 4.080 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 110.520 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 120 | 0 | 0 | 141.480 |
| | | | | | PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA L BOLSA X 21 UNDS | 168 | 92.433 | 486.488 | 578.921 |
| | | | | | PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA L BOLSA X 9 UNDS | 9 | 4.641 | 24.428 | 29.069 |
| | | | | | NISTATINA+OXIDO ZINC PCAPS. CREMA CAJA 60 G | 2 | 0 | 0 | 47.768 |
| | | | | | PREDNISOLONA GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2.220 |
| | | | | | DISPAX CAPSULAS 100/300 MG CAJA X 32 UNDS | 2 | 0 | 0 | 421.648 |
| | | E317 - 10570 | 08/04/2024 | 21825724 | RIFAXIMINA (RIFAMED) INST. TABLETAS 550 MG CAJA X 28 UNDS | 112 | 0 | 0 | 607.904 |
| | **Total 2774** | | | | | **757** | **97.074** | **510.916** | **2.047.988** |
| | 2784 | E317 - 10514 | 05/04/2024 | 43973139 | CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 85.920 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 17.518 |
| | | | | | PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA L BOLSA X 21 UNDS | 168 | 92.433 | 486.488 | 578.921 |
| | | | | | PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA L BOLSA X 9 UNDS | 9 | 4.641 | 24.428 | 29.069 |
| | | | | | KETOMED INST. SHAMPOO 2 % FRASCO 100 ML | 2 | 0 | 0 | 54.552 |
| | | | | | MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 30.120 |
| | | | | | DEXLANZOPRAL CAPSULAS 60 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 524.388 |
| | **Total 2784** | | | | | **361** | **97.074** | **510.916** | **1.320.488** |
| | 2745 | E317 - 10515 | 05/04/2024 | 32324441 | DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS | 120 | 0 | 0 | 191.760 |
| | | | | | FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2.040 |
| | | | | | MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA) CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS | 60 | 0 | 0 | 474.300 |
| | | | | | SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 841.920 |
| | | | | | AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 150 UNDS | 60 | 0 | 0 | 17.100 |
| | **Total 2745** | | | | | **420** | **0** | **0** | **1.527.120** |

Distribuidora Pasteur S.A.

## SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

| PUNTO DE VENTA | PEDIDO | NUMERO FACTURA | FECHA FACTURA | CODIGO DE BARRAS | DESCRIPCION | CANTIDAD | DESCUENTO | IVA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CR 70 | 2791 | E317 - 10516 | 05/04/2024 | 32476738 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 60 | 0 | 0 | 44,280 |
| | | | | | GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS | 60 | 0 | 0 | 187,140 |
| | | | | | LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS | 120 | 0 | 0 | 8,280 |
| | | | | | DUSPATALIN RETARD INST. CAPSULAS 200 MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 576,000 |
| | | | | | STAMYL FORTE INST. (PANCREATI) GRAGEAS CAJA X 20 UNDS | 120 | 0 | 0 | 143,400 |
| | Total 2791 | | | | | 480 | 0 | 0 | 959,100 |
| | 2780 | E317 - 10517 | 05/04/2024 | 39298747 | NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 168,224 |
| | | | | | CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100 MG X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 84,420 |
| | | | | | EXFORGE HCT INST. (RG) COMPRIMIDOS 10/160/12.5 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 105,458 |
| | | | | | XIGDUO XR INST. (RG) TABLETAS 5/1000 MG CAJA X 56 UNDS | 56 | 0 | 0 | 145,992 |
| | | E317 - 10675 | 09/04/2024 | 39298747 | LIPOMEGA INST. CAPSULA 20 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 160,380 |
| | Total 2780 | | | | | 258 | 0 | 0 | 664,474 |
| | 2758 | E317 - 10518 | 05/04/2024 | 32412270 | OVESTIN OVULOS 0.5 MG CAJA X 15 UNDS | 12 | 0 | 0 | 35,388 |
| | | | | | MYRBETRIC INST. (RG) 50 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 265,464 |
| | | | | | MONURIL INST.(RG) 3 G CAJA X 1 UND | 1 | 0 | 0 | 17,342 |
| | Total 2758 | | | | | 73 | 0 | 0 | 318,194 |
| | 2782 | E317 - 10519 | 05/04/2024 | 32526194 | EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS | 60 | 0 | 0 | 17,280 |
| | | | | | DOLEX TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 180 | 0 | 0 | 132,840 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL (ESOMED) INST. CAPSULAS 40 MG CAJA X 560 UNDS | 56 | 0 | 0 | 19,656 |
| | | | | | EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS | 60 | 0 | 0 | 11,657 |
| | | | | | GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 137,220 |
| | | | | | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 311,472 |
| | | | | | LYRICA INST. SOLUCION 20 MG CAJA 105 ML | 2 | 0 | 0 | 223,736 |
| | | | | | ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON)INST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 35,672 |
| | | | | | VALCOTE ER (ACIDO VALPR) INST TABLETAS 250 MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 135,240 |
| | | | | | QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 200 MG CAJA X 300 UNDS | 120 | 0 | 0 | 497,040 |
| | | | | | TRIMEBUTINA GENFAR INST. TABLETAS 200 MG CAJA X 30 UNDS | 180 | 0 | 0 | 38,160 |
| | Total 2782 | | | | | 954 | 0 | 0 | 1,559,973 |
| | 2807 | E317 - 10520 | 05/04/2024 | 1000099863 | SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 150 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 131 |
| | | | | | WELLBUTRIN XL (RG) INST. TABLETAS 300 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 211 |
| | | | | | THERALITE INST. TABLETAS 300 MG CAJA X 50 UNDS | 300 | 0 | 0 | 25( |
| | Total 2807 | | | | | 420 | 0 | 0 | 606,732 |
| | 2800 | E317 - 10521 | 05/04/2024 | 32337947 | SERTRALINA MK INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 16,020 |
| | | | | | LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS | 60 | 0 | 0 | 4,140 |
| | | | | | MEMANTINA MK (MODUALZ) INST.RG TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 119,160 |
| | | | | | EXELON INST. (RG) PARCHES 9MG/5CM CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 333,840 |
| | Total 2800 | | | | | 240 | 0 | 0 | 473,160 |
| | 2777 | E317 - 10522 | 05/04/2024 | 43093442 | ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 29,460 |
| | | | | | GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS | 120 | 0 | 0 | 374,280 |
| | | | | | SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 12,420 |
| | | | | | GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 127,440 |
| | | | | | CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 100,200 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 180 | 0 | 0 | 212,220 |
| | | | | | DIMOFLAX INST. PANCREA+SIMETI TABLETAS CAJA X 60 UNDS | 60 | 0 | 0 | 75,960 |
| | | | | | SYMBICORT RAPIHALER (RG) INHALADOR 80/4.5 MCG CAJA 120 DOSIS | 2 | 0 | 0 | 101,800 |
| | Total 2777 | | | | | 602 | 0 | 0 | 1,033,780 |
| | 2766 | E317 - 10523 | 05/04/2024 | 43025021 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 60 | 0 | 0 | 44,280 |
| | | | | | VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC | 2 | 0 | 0 | 2,628 |
| | | | | | ALLEGRA INST. (FEXOFENADINA) TABLETAS 180 MG CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 747,420 |
| | | | | | ROSUVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 14 UNDS | 56 | 0 | 0 | 10,136 |
| | | E317 - 10547 | 06/04/2024 | 43025021 | PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 34,500 |
| | Total 2766 | | | | | 238 | 0 | 0 | 838,964 |
| | 2815 | E317 - 10524 | 05/04/2024 | 32767483 | GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS | 120 | 0 | 0 | 374,280 |
| | | | | | FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 143,760 |
| | | | | | SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 300 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 279,960 |
| | | | | | ORLISTAT COLMED INST. (RG) CAPSULAS 120 MG CAJA X 60 UNDS | 180 | 0 | 0 | 587,952 |
| | | | | | SEROQUEL (RG) COMPRIMIDOS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 31,020 |
| | | E317 - 10676 | 09/04/2024 | 32767483 | LIPOMEGA INST. CAPSULA 20 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 160,380 |
| | Total 2815 | | | | | 452 | 0 | 0 | 1,577,352 |
| | 2819 | E317 - 10525 | 05/04/2024 | 32525418 | CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 59,640 |
| | | | | | VERUM INST. TABLETAS 16 MG CAJA X 20 UNDS | 80 | 0 | 0 | 37,280 |
| | Total 2819 | | | | | 140 | 0 | 0 | 96,920 |
| | 2816 | E317 - 10527 | 05/04/2024 | 21416343 | COMPLEJO B GENFAR TABLETAS CAJA X 250 UNDS | 130 | 0 | 0 | 23 |
| | Total 2816 | | | | | 130 | 0 | 0 | 23 |
| | 2925 | E317 - 10574 | 08/04/2024 | 21343785 | ALDOMET INST. TABLETAS 250 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 44, |
| | Total 2925 | | | | | 30 | 0 | 0 | 44,670 |
| | 2893 | E317 - 10592 | 08/04/2024 | 32508103 | EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS | 100 | 0 | 0 | 28,800 |
| | | | | | LYRICA INST.(RG) CAPSULAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 61,680 |
| | | | | | ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 28,320 |
| | Total 2893 | | | | | 220 | 0 | 0 | 118,800 |
| | 2926 | E317 - 10601 | 08/04/2024 | 21285872 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 60 | 0 | 0 | 44,280 |
| | | | | | ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG CAJA X 1000 UNIDS | 30 | 0 | 0 | 1,110 |
| | | | | | DETRUSITOL INST.(RG) TABLETAS 2 MG CAJA X 28 UNDS | 28 | 0 | 0 | 45,332 |
| | Total 2926 | | | | | 118 | 0 | 0 | 90,722 |
| | 2850 | E317 - 10609 | 08/04/2024 | 32516214 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 180 | 0 | 0 | 132,840 |
| | | | | | CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 85,920 |
| | | | | | AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2,400 |
| | | | | | SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS. | 60 | 0 | 0 | 43,080 |
| | | | | | GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 137,220 |
| | | | | | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 311,472 |
| | | | | | SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/12.5 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 22,140 |
| | | E317 - 10706 | 10/04/2024 | 32516214 | SYSTANE ULTRA INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 10 ML | 2 | 0 | 0 | 74,388 |
| | Total 2850 | | | | | 538 | 0 | 0 | 809,460 |
| | 2833 | E317 - 10631 | 08/04/2024 | 1036960816 | RIVOTRIL ROCHE GOTAS 2.5 MG CAJA 20 ML | 1 | 0 | 0 | 65,578 |
| | Total 2833 | | | | | 1 | 0 | 0 | 65,578 |
| | 2914 | E317 - 10648 | 08/04/2024 | 21623700 | MICARDIS (RG) INST. TELMISARTA COMPRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 53,984 |
| | | | | | ALGIMIDE INST. TABLETAS 325/15MG CAJA X 100 UNDS | 120 | 0 | 0 | 14,400 |
| | | | | | GAVISCON DOBLE ACCION SUSPENSION MENTA CAJA 300 ML | 2 | 0 | 0 | 141,200 |
| | Total 2914 | | | | | 178 | 0 | 0 | 209,584 |
| | 2990 | E317 - 10690 | 09/04/2024 | 119003 | QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 31,020 |
| | | | | | MICARDIS (RG) INST. TELMISARTA COMPRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 53,984 |
| | | | | | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 97,888 |
| | | E317 - 10691 | 09/04/2024 | 119003 | FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 58,064 |
| | | | | | FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2,040 |
| | | | | | TIMOLOL MK (RG) INST. SOLUCION OFTALMICA 0.5 % CAJA 5 ML | 2 | 0 | 0 | 21,598 |
| | | E317 - 10699 | 10/04/2024 | 119003 | GAAP OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS CAJA 3 ML | 1 | 0 | 0 | 22,952 |
| | Total 2990 | | | | | 295 | 0 | 0 | 287,546 |
| | 3045 | E317 - 10692 | 09/04/2024 | 32441087 | EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS | 70 | 0 | 0 | 20,160 |
| | | | | | VICITRA Z CAPSULAS 500/5 MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 24,606 | 129,504 | 154,110 |

Distribuidora Pasteur S.A.

# SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CR 70 | 3045 | E317 - 10692 | 09/04/2024 | 32441087 | DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS | 120 | 0 | 0 | 191,760 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 17,518 |
| | | | | | FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2.040 |
| | | | | | OLVISION S VITALIS SOLUCION OFTALMICA 0.2 % CAJA 2.5 ML | 2 | 0 | 0 | 71,570 |
| | | | | | GASTROFAST ADVANCE SUSPENSION FRASCO 240 ML | 3 | 0 | 0 | 177.102 |
| | | | | | VOLTAREN FORTE EMULGEL CAJA 100 G | 2 | 0 | 0 | 193.222 |
| | | | | | DIOSMINA MK TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 59,516 |
| | | | | | DOLOFF TABLETAS 5-325MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 424.108 |
| | | E317 - 10702 | 10/04/2024 | 32441087 | DIOVAN INST. (RG) COMPRIMIDOS 160 MG CAJA X 28 UNDS | 140 | 0 | 0 | 206.640 |
| | | E317 - 10715 | 10/04/2024 | 32441087 | ZOLOF TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 296.400 |
| | Total 3045 | | | | | 759 | 24,606 | 129,504 | 1,814,146 |
| | 3063 | E317 - 10697 | 10/04/2024 | 1001995931 | FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 143,760 |
| | | | | | VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC | 12 | 0 | 0 | 15.768 |
| | Total 3063 | | | | | 14 | 0 | 0 | 159,528 |
| | 3047 | E317 - 10698 | 10/04/2024 | 32441087 | RIVOTRIL ROCHE GOTAS 2.5 MG CAJA 20 ML | 1 | 0 | 0 | 65.578 |
| | Total 3047 | | | | | 1 | 0 | 0 | 65,578 |
| | 3090 | E317 - 10704 | 10/04/2024 | 22051115 | TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS | 4 | 0 | 0 | 4,359 |
| | | | | | FYBOGEL SOBRES CAJA X 10 UNDS | 30 | 0 | 0 | 123,510 |
| | | | | | ALBENDAZOL GENFAR TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS | 2 | 0 | 0 | 896 |
| | Total 3090 | | | | | 36 | 0 | 0 | 128,765 |
| | 3062 | E317 - 10705 | 10/04/2024 | 32737674 | LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 30 | 0 | 0 | 15.420 |
| | | | | | NEUROBION DC J.PRELLENADA 10000 CAJA X 3 UND | 6 | 0 | 0 | 230.268 |
| | Total 3062 | | | | | 36 | 0 | 0 | 245,688 |
| | 3143 | E317 - 10709 | 10/04/2024 | 71605960 | ROSUVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 14 UNDS | 56 | 0 | 0 | 13,552 |
| | Total 3143 | | | | | 56 | 0 | 0 | 13,552 |
| | 3128 | E317 - 10710 | 10/04/2024 | 42994685 | KETUM INST. GEL 2.5% CAJA 30 G | 1 | 0 | 0 | 19,437 |
| | Total 3128 | | | | | 1 | 0 | 0 | 19,437 |
| | 3102 | E317 - 10717 | 10/04/2024 | 43781794 | BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. INST. POLVO CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 45.300 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 17.518 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 110.520 |
| | | | | | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 311,472 |
| | | | | | GASTROFAST ADVANCE INST. SACHET CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 188.340 |
| | | | | | X RAY DOL ANALGESICO 12 TABS CAJA | 24 | 0 | 0 | 46.578 |
| | | | | | BUSCAPINA FEM COMPRIMIDOS CAJA X 6 UNDS | 12 | 0 | 0 | 16.776 |
| | Total 3102 | | | | | 216 | 0 | 0 | 736,504 |
| | 3152 | E317 - 10719 | 10/04/2024 | 1045498528 | SLINDA TABLETAS 4 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 96.800 |
| | | | | | ESPIRONOLACTONA HUMAX INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS | 60 | 0 | 0 | 30.060 |
| | | | | | ORACEA CAPSULAS 40 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 289.240 |
| | Total 3152 | | | | | 172 | 0 | 0 | 416,100 |
| | 3082 | E317 - 10721 | 10/04/2024 | 32419635 | FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 58.064 |
| | | | | | HIDROCLOROTIAZIDA MK INST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 2.040 |
| | | | | | AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 150 UNDS | 60 | 0 | 0 | 17.100 |
| | | | | | ARCALION TABLETAS 200 MG FRASCO 3 X 20UND | 120 | 0 | 0 | 125.520 |
| | | | | | MOMETASYN INST. (RG) SPRAY NASAL CAJA 20 G | 1 | 0 | 0 | 173.485 |
| | | | | | ESOZ (ESOMEPRAZOL)BUSSIE INST. CAPSULAS 40 MG CAJA X 60 UNDS | 60 | 0 | 0 | 123,900 |
| | | | | | CEFALEXINA MK INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 10 UNDS | 20 | 0 | 0 | 13.340 |
| | | E317 - 10734 | 11/04/2024 | 32419635 | DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS | 120 | 0 | 0 | 185.280 |
| | | | | | FLEXTRIL C INST GLUCOSAM+CONDR SOBRES NARANJA CAJA X 15 UNDS | 60 | 0 | 0 | 350.040 |
| | | | | | TEARSOFT INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML | 2 | 0 | 0 | 8.134 |
| | | | | | WASSERTROL(DEXA-NEOM-POLI)INS. UNGÜENTO OFTÁLMICO TUBO 5 G | 1 | 0 | 0 | 26.683 |
| | | | | | MOMETASYN 200 DOSIS SPRAY NASAL 0.05 % CAJA 20 G | 1 | 0 | 0 | 173.485 |
| | Total 3082 | | | | | 565 | 0 | 0 | 1,257,071 |
| | 3149 | E317 - 10722 | 10/04/2024 | 42887230 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 60 | 0 | 0 | 44.280 |
| | | | | | JARDIANCE INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 513.000 |
| | | | | | LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS | 120 | 0 | 0 | 8.280 |
| | | | | | GLUCOPHAGE XR INST. TABLETAS 750 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 207.960 |
| | | E317 - 10726 | 11/04/2024 | 42887230 | STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 454.800 |
| | Total 3149 | | | | | 360 | 0 | 0 | 1,228,320 |
| | 3191 | E317 - 10723 | 11/04/2024 | 21637658 | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 120 | 0 | 0 | 141.480 |
| | Total 3191 | | | | | 120 | 0 | 0 | 141,480 |
| | 3217 | E317 - 10724 | 11/04/2024 | 21637658 | WINADEINE F ACETA+CODE. INST. TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 16,140 |
| | Total 3217 | | | | | 60 | 0 | 0 | 16,140 |
| | 3156 | E317 - 10725 | 11/04/2024 | 25822237 | TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS | 4 | 0 | 0 | 4.359 |
| | | | | | ALBENDAZOL GENFAR TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS | 2 | 0 | 0 | 896 |
| | Total 3156 | | | | | 6 | 0 | 0 | 5,255 |
| | 3190 | E317 - 10727 | 11/04/2024 | 21637658 | QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS | 60 | 0 | 0 | 31.020 |
| | | | | | EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS. | 50 | 0 | 0 | 39,300 |
| | | | | | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 311,472 |
| | | | | | MYRBETRIC INST. (RG) 50 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 265.464 |
| | | | | | DIOVAN HCT INST. 80/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 50.288 |
| | | | | | ESTERMAX (RG) CREMA VAGINAL CAJA 40 G X 4 APLICADORES | 2 | 0 | 0 | 57.986 |
| | | E317 - 10728 | 11/04/2024 | 21637658 | EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS. | 10 | 0 | 0 | 7.860 |
| | Total 3190 | | | | | 294 | 0 | 0 | 763,390 |
| | 3155 | E317 - 10731 | 11/04/2024 | 25822237 | FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 58.064 |
| | | | | | EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS. | 100 | 0 | 0 | 78.600 |
| | | | | | VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC | 2 | 0 | 0 | 2.628 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 17.518 |
| | | | | | DITOPAX-F E.X T. INST. T. MASTICABLES NARANJA CAJA X 25 UNDS | 180 | 0 | 0 | 70.020 |
| | | | | | GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS | 180 | 0 | 0 | 411.660 |
| | | | | | CARVEDILOL GENFAR INST. (RG) TABLETAS 6.25 MG CAJA X 300 UNDS | 120 | 0 | 0 | 33.000 |
| | | | | | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 311,472 |
| | | | | | CATAPRESAN TABLETAS 150 MG CAJA X 20 UNDS | 120 | 0 | 0 | 205.260 |
| | | | | | WINADEINE F ACETA+CODE. INST. TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 32.280 |
| | | | | | LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 30.840 |
| | | | | | BIPRETERAX INST. (RG) COMPRIMIDOS 5 MG CAJA X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 87.028 |
| | Total 3155 | | | | | 1,120 | 0 | 0 | 1,338,370 |
| | 3252 | E317 - 10737 | 12/04/2024 | 43066280 | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 17,518 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 110.520 |
| | Total 3252 | | | | | 4 | 0 | 0 | 128,038 |
| | 3255 | E317 - 10738 | 12/04/2024 | 32412270 | METASPRAY INST. (RG) MOMETASON SPRAY NASAL CAJA 18 ML | 2 | 0 | 0 | 346.970 |
| | Total 3255 | | | | | 2 | 0 | 0 | 346,970 |
| | 3305 | E317 - 10741 | 12/04/2024 | 632341 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 120 | 0 | 0 | 88.560 |
| | | | | | EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS. | 75 | 0 | 0 | 58.950 |
| | | | | | PREDNISOLONA GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS | 30 | 0 | 0 | 1,110 |
| | | | | | MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 30.120 |
| | | E317 - 10778 | 13/04/2024 | 632341 | ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 1 | 0 | 0 | 55.260 |
| | Total 3305 | | | | | 286 | 0 | 0 | 234,000 |
| | 3245 | E317 - 10748 | 12/04/2024 | 32483282 | FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 143.760 |
| | | | | | STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 454.800 |

Distribuidora Pasteur S.A.

## SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CR70 | Total 3245 | | | | | | | | | |
| | 3262 | E317 - 10749 | 12/04/2024 | 39267251 | KRYTANTEK OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS CAJA 5 ML | 62 | 0 | 0 | 598,560 |
| | Total 3262 | | | | | 2 | 0 | 0 | 122,908 |
| | 3308 | E317 - 10751 | 12/04/2024 | 43025021 | EPIDUO INST. GEL 0.1% / 2.5% CAJA 30 G | 2 | 0 | 0 | 122,908 |
| | Total 3308 | | | | | 1 | 0 | 0 | 102,551 |
| | 3251 | E317 - 10758 | 12/04/2024 | 43066280 | CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS | 1 | 0 | 0 | 102,551 |
| | | | | | DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS | 60 | 0 | 0 | 85,920 |
| | | | | | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 60 | 0 | 0 | 95,880 |
| | | | | | WELLBUTRIN XL INST.(RG) TABLETAS 150 MG X 30 UNDS | 56 | 0 | 0 | 311,472 |
| | | | | | FLEXTRIL C INST GLUCOSAM+CONDR SOBRES NARANJA CAJA X 15 UNDS | 60 | 0 | 0 | 108,240 |
| | Total 3251 | | | | | 60 | 0 | 0 | 350,040 |
| | 3258 | E317 - 10759 | 12/04/2024 | 1034994304 | ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION OFERTA 400 + 120ML | 296 | 0 | 0 | 951,552 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | 2 | 0 | 0 | 107,384 |
| | | | | | ALLEGRA TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | 2 | 0 | 0 | 17,518 |
| | | | | | GLICERINA CARBONATADA LIQUIDO FRASCO 20 ML | 60 | 0 | 0 | 452,940 |
| | | | | | NIMESULIDA TABLETAS 100 MG CAJA X 10 UNDS | 1 | 0 | 0 | 1,052 |
| | Total 3258 | | | | | 10 | 0 | 0 | 15,049 |
| | 3286 | E317 - 10773 | 13/04/2024 | 1017131988 | ZUDENINA INST. GEL 0.1% CAJA 30 G | 75 | 0 | 0 | 593,943 |
| | | | | | ESPIRONOLACTONA HUMAX INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS | 1 | 0 | 0 | 31,332 |
| | | | | | PLAQUINOL INST. HIDROXICLOROQ TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS | 60 | 0 | 0 | 30,060 |
| | Total 3286 | | | | | 60 | 0 | 0 | 38,220 |
| | 3336 | E317 - 10793 | 15/04/2024 | 41300634 | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 121 | 0 | 0 | 99,612 |
| | | | | | DIOVAN HCT INST. 80/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS | 56 | 0 | 0 | 311,472 |
| | Total 3336 | | | | | 56 | 0 | 0 | 50,288 |
| | 2872 | E317 - 10794 | 15/04/2024 | 22171647 | EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS | 112 | 0 | 0 | 361,760 |
| | | | | | FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) GEL 1 % CAJA 15 ML | 100 | 0 | 0 | 14,500 |
| | | | | | SERTRALINA MK INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 32,848 |
| | | | | | ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 16,020 |
| | | | | | CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100 MG X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 18,660 |
| | | | | | LANTUS SOLOSTAR INST. RG CF JERINGA PRELLENADA 100 MCG CAJA X 5 UNDS | 60 | 0 | 0 | 84,[illegible] |
| | | | | | ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS | 3 | 0 | 0 | 106 |
| | | | | | APIDRA SOLOSTAR (CF) (RG) INST SOLUCION INYECTABLE 100 MCG CAJA 3 ML | 56 | 0 | 0 | 311 |
| | | | | | XIGDUO XR INST. (RG) TABLETAS 5/1000 MG CAJA X 56 UNDS | 4 | 0 | 0 | 89,088 |
| | | | | | SERTAL COMPUESTO INST. COMPRIMIDOS CAJA X 10 UNDS | 112 | 0 | 0 | 291,984 |
| | | | | | RIFAX INST. TABLETAS 550 MG CAJA X 28 UNDS | 10 | 0 | 0 | 16,100 |
| | Total 2872 | | | | | 14 | 0 | 0 | 32,900 |
| | 3372 | E317 - 10795 | 15/04/2024 | 32457031 | EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS | 481 | 0 | 0 | 1,014,415 |
| | | | | | SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS | 20 | 0 | 0 | 5,760 |
| | | | | | BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. INST. POLVO CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 12,420 |
| | | | | | FEXOFENADINA COLMED INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | 60 | 0 | 0 | 45,300 |
| | | | | | EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS | 60 | 0 | 0 | 53,142 |
| | | | | | DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | 30 | 0 | 0 | 5,828 |
| | | | | | CALCITRIOL COLMED INST. CAPSULAS 0.5 MCG X 30 UNDS | 120 | 0 | 0 | 141,480 |
| | | | | | PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 11,520 |
| | | | | | BAYCUTEN-N CREMA CAJA 20 G | 60 | 0 | 0 | 34,500 |
| | Total 3372 | | | | | 2 | 0 | 0 | 58,038 |
| | 3348 | E317 - 10797 | 15/04/2024 | 1017928972 | VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC | 414 | 0 | 0 | 367,988 |
| | | | | | ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 2,628 |
| | | | | | YASMIN (RG) INST. COMPRIMIDOS 3 MG/0.03 MG CAJA X 21 UNDS | 60 | 0 | 0 | 8,360 |
| | Total 3348 | | | | | 42 | 0 | 0 | 49,800 |
| | 3356 | E317 - 10800 | 15/04/2024 | 42970216 | ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION OFERTA 400 + 120ML | 104 | 0 | 0 | 60,788 |
| | | | | | DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS | 2 | 0 | 0 | 107,384 |
| | | | | | STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS | 180 | 0 | 0 | 287,640 |
| | | | | | EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS | 60 | 0 | 0 | 454,800 |
| | | | | | ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS | 60 | 0 | 0 | 11,657 |
| | | | | | SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 110,520 |
| | | | | | NISTATINA LABINCO INST. SUSPENSION 100.000 UI/ML FRASCO 60 ML | 120 | 0 | 0 | 841,920 |
| | | | | | LACTULAX SUSPENSION FRASCO 240 ML | 2 | 0 | 0 | 8,504 |
| | | | | | GAVISCON SACHET CAJA X 12 UNDS | 2 | 0 | 0 | 192,292 |
| | Total 3356 | | | | | 90 | 0 | 0 | 188,550 |
| | 3345 | E317 - 10803 | 15/04/2024 | 43023740 | DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS | 518 | 0 | 0 | 2,203,267 |
| | | | | | ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION OFERTA 400 + 120ML | 120 | 0 | 0 | 88,560 |
| | | | | | FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS | 2 | 0 | 0 | 107,384 |
| | | | | | XALATAN (CF) (RG) GOTAS OFTALMICAS 50 MCG FRASCO 2.5 ML | 2 | 0 | 0 | 143,[illegible] |
| | | | | | XALATAN (CF) (RG) INST. SOLUCION OFTALMICA 50 MCG FRASCO 2.5 ML | 1 | 0 | 0 | 20,[illegible] |
| | | | | | SINALGEN INST. TABLETA 5/325 MG CAJA X 90 UNDS | 1 | 0 | 0 | 19,[illegible] |
| | | | | | PIROXICAM GENFAR INST GEL 0.5 % CAJA 40 G | 20 | 0 | 0 | 21,428 |
| | | | | | MICARDIS AMLO (RG) INST. COMPRIMIDOS 80/5 MG CAJA X 28 UNDS | 2 | 0 | 0 | 11,774 |
| | | | | | SPASMOMEN INST. (BROM. OTILON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS | 56 | 0 | 0 | 157,864 |
| | | | | | ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBIBLES CAJA X 10 UNDS | 30 | 0 | 0 | 42,840 |
| | | | | | COLMIBE EZETIM+ATORVA RG INST. TABLETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS | 10 | 0 | 0 | 77,330 |
| | Total 3345 | | | | | 60 | 0 | 0 | 286,020 |
| | | | | | | 304 | 0 | 0 | 976,086 |
| Total general | | | | | | 24,868 | 432,558 | 2,276,621 | 54,690,670 |

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4067582

CUFE: 905491726 4cc81b35767c999ab022be0568
3316508f5fca4a2e019372acf1c2d9c46cd714216
ffc7b305be8669c72a57

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710352
FECHA: 01-04-2024 16:40
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329047
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
210,480 1 0 0 210,480
138046-BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 200 MG CAJA X 30 UNDS
68,520 1 0 0 68,520
115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS
37,650 0 30 0 7,530
115543-DUXETINA INST. (DULOXETINA) CAPSULAS 60 MG CAJA X 30 UNDS
74,310 1 0 0 74,310
132062-ROSUVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 14 UNDS
2,534 2 0 0 5,068
132987-ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS
3,110 3 0 0 9,330
662526-NEURONTIN INST. (RG) (GABAPEN) CAPSULAS 400 MG CAJA X 30 UNDS
17,610 1 0 0 17,610
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 1 0 0 55,260
116519-FEXOFENADINA COLMED INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,857 3 0 0 26,571
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS
50,100 1 0 0 50,100
129400-NODOL FORTE TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 30 UNDS
32,205 2 0 0 64,410

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 589,189
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 589,189
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

RESUMEN DE IMPUESTOS

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 589,189 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2418-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ QUICENO LUZ MERY
CC 42676040
CL 54 # 56 - 13 ASUNCION
TELEFONO: 5580972
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: HBuuH
ec. 15.500-844

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Hector A. Bermudez identificado con cédula número 15.400.845 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 HBermudez

FECHA 2 Abril - 1 - 2024

No. de Orden 2418

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MERY GOMEZ QUICENO | Documento | 42676040 |
| No. Camé | 15500844 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 54 56-18 COPACABANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| SATOREN 50MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| BETALOC ZOK 200MG TLP CJX30TAB | METOPROLOL SUCCINATO 200MG TLP | 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 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| DUXETINA 60MG CJX30CAP | DULOXETINA 60MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Nombre Funcionario: | HECTOR RAUL BERRIO HOLGUIN |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: HBUO A
Documento: 15.500.94
Télefono: 558 09 72

**Fecha de vencimiento:** 12/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2418

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MERY GOMEZ QUICENO | Documento | 42676040 |
| No. Camé | 15500844 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 54 56-18 COPACABANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| SATOREN 50MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| BETALOC ZOK 200MG TLP CJX30TAB | METOPROLOL SUCCINATO 200MG TLP | 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 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| DUXETINA 60MG CJX30CAP | DULOXETINA 60MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Nombre Funcionario: | HECTOR RAUL BERRIO HOLGUIN |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: HBUO A
Documento: 15.500.94
Télefono: 558 09 72

**Fecha de vencimiento:** 12/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2418

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MERY GOMEZ QUICENO | Documento | 42676040 |
| No. Carné | 15500844 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 54 56-18 COPACABANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10mg TNR CJX28TAB | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| NEURONTIN 400MG CJX30CAPS | GABAPENTINA 400MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

MK 1 EN AYUNAS

| Nombre Funcionario: | HECTOR RAUL BERRIO HOLGUIN |
|---|---|
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES | Recibido Por: |
| RM: 5-1607-96 | Firma: HBERRIO |
| | Documento: 15.500.844 |
| | Télefono: 5780922 |

**Fecha de vencimiento:** 12/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2418

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MERY GOMEZ QUICENO | Documento | 42676040 |
| No. Carné | 15500844 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 54 56-18 COPACABANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10mg TNR CJX28TAB | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| NEURONTIN 400MG CJX30CAPS | GABAPENTINA 400MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

MK 1 EN AYUNAS

| Nombre Funcionario: | HECTOR RAUL BERRIO HOLGUIN |
|---|---|
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES | Recibido Por: |
| RM: 5-1607-96 | Firma: HBERRIO |
| | Documento: 15.500.844 |
| | Télefono: 5780922 |

**Fecha de vencimiento:** 12/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2418

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MERY GOMEZ QUICENO | Documento | 42676040 |
| No. Carné | 15500844 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 54 56-18 COPACABANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

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

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

MK 1 EN AYUN S

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| NODOL FORTE 325/30mg TAB CJX100TAB | ACETAMINOFEN CODEINA FOSFATO HEMIHIDRATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HECTOR RAUL BERRIO HOLGUIN |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: HBUO H
Documento: 71.700.884
Télefono: 5589972

**Fecha de vencimiento:** 12/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2418

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** **COPIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MERY GOMEZ QUICENO | Documento | 42676040 |
| No. Carné | 15500844 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 54 56-18 COPACABANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

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

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

MK 1 EN AYUN S

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| NODOL FORTE 325/30mg TAB CJX100TAB | ACETAMINOFEN CODEINA FOSFATO HEMIHIDRATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HECTOR RAUL BERRIO HOLGUIN |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: HBUO H
Documento: 71.700.884
Télefono: 5589972

**Fecha de vencimiento:** 12/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: a4eeab65e2d8ad07b6e881913e0be07dc3a
442972a06976a3e2952b089a9b53ffd194a682026
8426cb829dc68144c918

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710356
FECHA: 01-04-2024 16:55
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329055
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600582-DIOVAN HCT INST. 160/12.5 MG COMPR
IMIDOS X 28 UNDS
58,044 2 0 0 116,088
115114-AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 10 MG
CAJA X 150 UNDS
42,750 0 30 0 8,550
347004-RELVAR ELLIPTA (RG) POLVO PARA INH
ALACION 100/25 MCG CAJA 30 DOSIS
99,081 1 0 0 99,081
600189-EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS.
39,300 1 0 0 39,300
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X
200 UNDS
147,600 0 90 0 66,420

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 329,439
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 329,439
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 329,439 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2423-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PINEDA DE PARRA MAR=A DOLORES
CC 21996399
CR 82 # 33AA - 30 LA CASTELLANA
TELEFONO: 2878830
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
- eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

15

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz Amparo Parra P identificado con cédula número 43'059.408, 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 01.04.2024

No. de Orden 2423

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA DOLORES PINEDA DE PARRA | Documento | 21996399 |
| No. Carné | 42965941 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CIRCULAR 74 NRO 76-57 LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN HCT (160+12.5)mg CJX28TR | VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (160+12.5)mg Tableta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

EN LA MAÑANA Y LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| RELVAR ELLIPTA 100/25mcg POI INHX30DOS G | FUROATO DE FLUTICASONA MICRONI 100µGVILANTEROL | INHALADO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 2 HORAS | 30 |

1 puff diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 50 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | CINCUENTA |

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

1 en ayuna s d e lunes a viernes

| Nombre Funcionario: | DORIS MARIA PARRA PINEDA |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma:

Documento: 43027408

Télefono: 3006034002

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2423

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA DOLORES PINEDA DE PARRA | Documento | 21996399 |
| No. Carné | 42965941 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CIRCULAR 74 NRO 76-57 LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN HCT (160+12.5)mg CJX28TR | VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (160+12.5)mg Tableta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

EN LA MAÑANA Y LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| RELVAR ELLIPTA 100/25mcg POI INHX30DOS G | FUROATO DE FLUTICASONA MICRONI 100µGVILANTEROL | INHALADO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 2 HORAS | 30 |

1 puff diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 50 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | CINCUENTA |

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

1 en ayuna s d e lunes a viernes

| Nombre Funcionario: | DORIS MARIA PARRA PINEDA |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma:

Documento: 43027408

Télefono: 3006034002

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2423

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA DOLORES PINEDA DE PARRA | Documento | 21996399 |
| No. Carné | 42965941 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CIRCULAR 74 NRO 76-57 LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

3 AL DIA

| Nombre Funcionario: | DORIS MARIA PARRA PINEDA |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43067408
Télefono: 300 603 9002

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2423

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA DOLORES PINEDA DE PARRA | Documento | 21996399 |
| No. Carné | 42965941 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CIRCULAR 74 NRO 76-57 LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

3 AL DIA

| Nombre Funcionario: | DORIS MARIA PARRA PINEDA |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43067408
Télefono: 300 603 9002

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 3951bdbc10b13728a1e23eb248feb567439
05f675fd876d0e574d1ca328baccdbbbd75df0197
3cd3f67808f1edbf9acf

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710357
FECHA: 01-04-2024 17:09
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329056
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---

323145-PA=ALES TENA SLIP ULTRA TALLA L C
AJA X 42 UNDS
190,554 2 0 0 381,107
323149-PA=ALES TENA SLIP ULTRA TALLA L B
OLSA X 9 UNDS
44,298 1 0 0 44,298
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50
MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0 60 0 4,140
682560-ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG CAJA X
1000 UNIDS
37,000 0 30 0 1,110
055182-ESTERMAX (RG) CREMA VAGINAL CAJA 4
0 G X 4 APLICADORES
28,993 1 0 0 28,993
117601-EXELON INST. (RG) PARCHES 9MG/5CM
CAJA X 30 UNDS
166,920 1 0 0 166,920
116800-SYSTANE INST. GOTAS OFTALMICAS CAJ
A 15 ML
50,559 1 0 0 50,559
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 M
G CAJA X 30 UNDS
55,260 1 0 0 55,260
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X
200 UNDS
147,600 0 120 0 88,560
277409-RISPERDAL (RG) INST. SOLUCION ORAL
CAJA 30 ML
14,522 1 0 0 14,522
132613-PIROXICAM GENFAR INST GEL 0.5 % CA
JA 40 G
5,887 1 0 0 5,887
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI
FRASCO X 30 UNDS
29,032 2 0 0 58,064
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS
25 MG CAJA X 300 UNDS
155,100 0 60 0 31,020

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 930,440
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 930,440
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| IVA DE: 19 | 357,483 | 67,922 |
| EXCLUIDAS: | 505,035 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2426-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO DE ARANGO ESTHER JULIA
CC 21416343
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR AYER Y HOY
TELEFONO: 3128510174
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---

OBS: Adriana A.
43157440

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Adriana Arismendy identificado con cédula número 43674470, 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 Adriana Arismendy

FECHA 01/04/2024

No. de Orden 2426

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Camé | 70514651 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 3 UNIDADES | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 30 | Aprobado |

3 CAMBIOS AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 | |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 1MG FCOX100TAB | FOLICO ACIDO 1MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMETNE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ESTERMAX CRE/VAG/0.625MG TBX40G | ESTROGENOS 0.625MGG Crema | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 2 APLICAR | INTRAVAGINAL | CADA MES | 30 | |

2 VECE S A LA SEMANA

| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |
|---|---|

Gloria J.L.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Adriana A.
Documento: 43197400
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

25


No. de Orden 2426

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Camé | 70514651 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES) | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 3 UNIDADES | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 30 | Aprobado |

3 CAMBIOS AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 | |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 1MG FCOX100TAB | FOLICO ACIDO 1MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMETNE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ESTERMAX CRE/VAG/0.625MG TBX40G | ESTROGENOS 0.625MGG Crema | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 2 APLICAR | INTRAVAGINAL | CADA MES | 30 | |

2 VECE S A LA SEMANA

| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |
|---|---|

Gloria J.L.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Adriana A.
Documento: 43197400
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2426

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Carné | 70514651 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| EXELON 9MG PT CJX30PARCH | RIVASTIGMINA 9MG Parche | PARCHE | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PARCHE | TRANSDÉRMICA | CADA 24 HORAS | 30 |

1 CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE GOT LUBR OFT 0.4/0.3% FCOX15ML. | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL Solución | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 30 |

3 veces al dia en ambos ojos

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

2 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN AYUNAS

| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |
|---|---|

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Adriana A
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2426

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Carné | 70514651 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| EXELON 9MG PT CJX30PARCH | RIVASTIGMINA 9MG Parche | PARCHE | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PARCHE | TRANSDÉRMICA | CADA 24 HORAS | 30 |

1 CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE GOT LUBR OFT 0.4/0.3% FCOX15ML | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL Solución | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 30 |

3 veces al dia en ambos ojos

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

2 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN AYUNAS

| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |
|---|---|

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Adriana A
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


26

No. de Orden
2426

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Carné | 70514651 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

2 en la mañana y 2 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| RISPERDAL 1mg/ml SGS CJXFCO30ml | RISPERIDONA | FRASCO | UN |

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

TOMAR MEDIO CENTIMETRO (0.5 ML ) EN LA NOCHE , SUSPENDIDO LA MELATONINA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| PIROXICAM 0.5% GEL TUBX40G | PIROXICAM 5MGG Gel | TABLETAS | UN |

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

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |
|---|---|

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Adriana
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2426

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Carné | 70514651 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

2 en la mañana y 2 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| RISPERDAL 1mg/ml SGS CJXFCO30ml | RISPERIDONA | FRASCO | UN |

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

TOMAR MEDIO CENTIMETRO (0.5 ML ) EN LA NOCHE , SUSPENDIDO LA MELATONINA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| PIROXICAM 0.5% GEL TUBX40G | PIROXICAM 5MGG Gel | TABLETAS | UN |

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

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |
|---|---|

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Adriana M
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2426

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Carné | 70514651 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Adriana A.
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2426

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Carné | 70514651 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Adriana A.
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: d57990aea9d345283b5ece96cebb682d712
927eaf5c1fb3c3c792f7729b2e694e896679ee1b2
04ad2332ce0113dcfd5b

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710362
FECHA: 01-04-2024 17:42
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329068
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115104-ETORICOXI8 (ANEXIA) INST. TABLETAS
120 MG CAJA X 7 UNDS
10,143 2 0 0 20,286
123000-EPIDUO INST. GEL 0.1% / 2.5% CAJA
30 G
102,551 1 0 0 102,551
117202-ROZELAIC INST. GEL 15 % CAJA 30 G

51,942 1 0 0 51,942

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 174,779
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 174,779
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 174,779 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2447-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALARCON JIMENEZ JUAN MANUEL
TI 1007493629
CL 45D # 76A - 11 BARRIO EL VELODROMO-
SEGUNDO PISO
TELEFONO: 3105599603
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
aFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Juan Manuel Alarcon
cc 1007493629

29

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Juan Manuel Alarcon identificado con cédula número 1007493629, 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 1 Abril 23

No. de Orden
2447

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JUAN MANUEL ALARCON JIMENEZ | Documento | 1007493629 |
| No. Carné | 19487748 - D | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 11 No. 12-40 SOGAMOSO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| ETORICOXIB 120MG CJX7TAB | ETORICOXIB 120MG Tableta | TABLETAS | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 10 |

SOLO SI HAY DOLOR INTENSO

| 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 | 60 |

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ROZELAIC 15% GEL TUBOX30G | AZELAICO ACIDO | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

1 APLICACION DIARIA

| Nombre Funcionario: | JOSE ALVARO ALARCON GARCIA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1007493621
Télefono: 3105599603

**Fecha de vencimiento:** 14/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2447

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JUAN MANUEL ALARCON JIMENEZ | Documento | 1007493629 |
| No. Carné | 19487748 - D | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 11 No. 12-40 SOGAMOSO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| ETORICOXIB 120MG CJX7TAB | ETORICOXIB 120MG Tableta | TABLETAS | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 10 |

SOLO SI HAY DOLOR INTENSO

| 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 | 60 |

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ROZELAIC 15% GEL TUBOX30G | AZELAICO ACIDO | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

1 APLICACION DIARIA

| Nombre Funcionario: | JOSE ALVARO ALARCON GARCIA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1007493621
Télefono: 3105599603

**Fecha de vencimiento:** 14/04/24

GTH-F-005 V.01


33

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: f42ff1e1605b3fa8b861acd1d02a12baeda
debd46f7339d8f6dd5875e756d76567f449cf1793
52c5a9f9a084211c7024

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710363
FECHA: 01-04-2024 17:59
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329072
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669517-ELTROXIN INST. TABLETAS 100 MCG CA
JA X 50 UNDS
37,250 2 0 0 74,500
115100-ESZOPICLONA (ISOKLON) INST. RG TAB
LETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS
26,586 10 0 0 265,860
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASC
O X 30 UNDS
71,880 2 0 0 143,760
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLU
CION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518
067138-ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 1
10/50MG CAJA X 30 UNDS
150,060 2 0 0 300,120
100280-ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS
20 MG CAJA X 1000 UNIDS
101,700 0 60 0 6,102
404287-GASTROFAST ADVANCE SUSPENSION FRAS
CO 240 ML
59,034 2 0 0 118,068
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIM
IDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
42,084 2 0 0 84,168

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,010,096
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,010,096
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,010,096 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2455-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARANGO DE NIETO FANNY STELLA

35

CR 77B # 47 - 123 VELODROMO AP 401 CASI BARI
TELEFONO: 3242689716
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MASTOLOGIA
---------GERARDO HUERTO ZAPATA
OBS: CC 17092995

96

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo GERARDO NIETO ZAPATA identificado con cédula número 17092995, 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 abril 4 /2024

No. de Orden
2455

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FANNY STELLA ARANGO DE NIETO | Documento | 41397513 |
| No. Camé | 17092995 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 77B 47-123 AP.401 velodromo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| **ELTROXIN 100MCG FCOX50TAB** | **LEVOTIROXINA SODIO 0.1MG Tableta** | TABLETAS | CIEN (100) |
| Dosis: 1 TABLETA · Vía Admon.: ORAL · Frecuencia: CADA 24 HORAS · Tiempo tratamiento: 90 | | | |
| TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO | | | |
| **ISOKLON 3MG CJX14TAB** | **ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | CIENTO CUA (140) |
| Dosis: 2 TABLETA · Vía Admon.: ORAL · Frecuencia: CADA 24 HORAS · Tiempo tratamiento: 60 | | | |
| TOMAR 2 JUNTAS CADA NOCHE | | | |
| **FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP** | **VITAMINA D3 5000UI** | CÁPSULA | SESENTA (60) |
| Dosis: 1 CÁPSULA · Vía Admon.: ORAL · Frecuencia: CADA 24 HORAS · Tiempo tratamiento: 60 | | | |
| TOMAR CADA 24 HORAS | | | |
| **FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML** | **CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO** | FRASCO | DOS (2) |
| Dosis: 1 GOTA(S) · Vía Admon.: OFTÁLMICA · Frecuencia: CADA 8 HORAS · Tiempo tratamiento: 60 | | | |
| UNA GOTA EN CADA OJO POR NECESIDAD | | | |

Nombre Funcionario: GERARDO DE JESUS NIETO ZAPATA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 17092995
Télefono: 4139425

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2455

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: FANNY STELLA ARANGO DE NIETO · Documento: 41397513
No. Camé: 17092995 - C · Fecha autorización: 01/04/24
Dirección: CRA 77B 47-123 AP.401 velodromo
Regional: ANTIOQUIA · Vigencia: 2024

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total

ELTROXIN 100MCG FCOX50TAB — LEVOTIROXINA SODIO 0.1MG Tableta — TABLETAS — CIEN (100)
Dosis: 1 TABLETA · Vía Admon.: ORAL · Frecuencia: CADA 24 HORAS · Tiempo tratamiento: 90
TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

ISOKLON 3MG CJX14TAB — ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta — TABLETAS — CIENTO CUA (140)
Dosis: 2 TABLETA · Vía Admon.: ORAL · Frecuencia: CADA 24 HORAS · Tiempo tratamiento: 60
TOMAR 2 JUNTAS CADA NOCHE

FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP — VITAMINA D3 5000UI — CÁPSULA — SESENTA (60)
Dosis: 1 CÁPSULA · Vía Admon.: ORAL · Frecuencia: CADA 24 HORAS · Tiempo tratamiento: 60
TOMAR CADA 24 HORAS

FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML — CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO — FRASCO — DOS (2)
Dosis: 1 GOTA(S) · Vía Admon.: OFTÁLMICA · Frecuencia: CADA 8 HORAS · Tiempo tratamiento: 60
UNA GOTA EN CADA OJO POR NECESIDAD

Nombre Funcionario: GERARDO DE JESUS NIETO ZAPATA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento: 17092995
Télefono: 4139425
Fecha de vencimiento: 16/04/24
GTH-F-005 V.01


39

No. de Orden
2455

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FANNY STELLA ARANGO DE NIETO | Documento | 41397513 |
| No. Camé | 17092995 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 77B 47-123 AP.401 velodromo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG CX30CAP | INDACATEROL MALEATO 110µGDGLICOPIRRONIO | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

USAR UNA CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 5 c.c. | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR 5 CC C/ 8 HORAS DE ACUERDO CON SINTOMAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG Tableta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | GERARDO DE JESUS NIETO ZAPATA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 17092995
Télefono: 4139428

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2455

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: FANNY STELLA ARANGO DE NIETO | Documento: 41397513
No. Camé: 17092995 - C | Fecha autorización: 01/04/24
Dirección: CRA 77B 47-123 AP.401 velodromo
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG CX30CAP | INDACATEROL MALEATO 110µGDGLICOPIRRONIO | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

USAR UNA CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 5 c.c. | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR 5 CC C/ 8 HORAS DE ACUERDO CON SINTOMAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG Tableta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario: GERARDO DE JESUS NIETO ZAPATA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento: 17092995
Télefono: 4139428
Fecha de vencimiento: 16/04/24
GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 7b10b86663bea4e3341e40f00eaa7f663bb
206383a5fb45eeaa6af143d461f9b76800bc062e6
cbb5b7703bf71a62d6fe

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710375
FECHA: 01-04-2024 19:07
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329094
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-ROSUVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 250 UNDS
137,750 0 60 0 33,060
600325-METOPROLOL MK INST. (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
13,560 2 0 0 27,120
100218-MICARDIS AMLO (RG) INST. COMPRIMIDOS 80/5 MG CAJA X 28 UNDS
78,932 2 0 0 157,864
253039-CATAPRESAN TABLETAS 150 MG CAJA X 20 UNDS
42,760 6 0 0 256,560
132054-ESCITALOPRAM GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS
8,232 2 0 0 16,464
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS
37,428 15 0 0 561,420
116300-SYSTANE HA INST. GOTAS OFTALMICAS FRASCO 10 ML
47,500 2 0 0 95,000
140210-FYBOGEL SOBRES CAJA X 10 UNDS
41,170 6 0 0 247,020
375750-SERETIDE (RG) 25/125 MCG INHALADOR 120 DOSIS
93,314 1 0 0 93,314
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS
29,032 2 0 0 58,064
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. INST. POLVO CAJA X 30 UNDS
22,650 2 0 0 45,300
203520-NEUROBION DC J.PRELLENADA 10000 CAJA X 1 UND
47,108 2 0 0 94,216
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 22 8 0 424,440
683117-ALLEGRA INST. (FEXOFENADINA) TABLETAS 180 MG CAJA X 10 UNDS

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: cf695acb2cce936308743e178af55462b9a
010eaa0c250f36a576647fc2c02a5cac5cbb5bd09
2e5699b21fb248743302

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710419
FECHA: 03-04-2024 16:12
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329506
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117301-STILNOX DCOTRL INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 7 UNDS
57,799 3 0 0 173,397

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 173,397
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 173,397
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 173,397 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2445-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARROYAVE BARRIENTOS MARIA AMPARO
CC 32469954
CL 8 S # 51 - 34 CS CEIBAS DEL SUR
TELEFONO: 3206602704
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDE.GENERAL M. Amparo Arroyave
32469954

OBS:

132057-CARVEDILOL GENFAR INST. (RG) TABLE
TAS 6.25 MG CAJA X 300 UNDS
82,500 0 120 0 33,000
132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 4
0 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 60 0 2,040
842063-ECLOSYNT-NAS (BECLOMETASONA) 50 MC
G INHALADOR 200 DOSIS
46,407 1 0 0 46,407
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS

4,180 2 0 0 8,360
139038-CENTRUM WOMEN TABLETAS CAJA X 30 U
NDS
43,899 2 0 0 87,798

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 3,034,867
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,034,867
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| IVA DE: 19 | 73,780 | 14,018 |
| EXCLUIDAS: | 2,947,069 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2445-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARROYAVE BARRIENTOS MARIA AMPARO
CC:32469954
CL 8 S # 51 - 34 CS CEIBAS DEL SUR
TELEFONO: 3206602704
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL M/E Amparo Arroyave
---------- 32469954
OBS:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Mª Amparo Arroyave identificado con cédula número 32469454, 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 Mª Amparo Arroyave

FECHA 1-4-2024

No. de Orden 2445

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
|---|---|---|---|
| No. Camé | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 40mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| METOPROLOL 50 MG TAB CJ 30 UN | METOPROLOL TARTRATO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS AMLO 80MG/5MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MGAMLODIPINO BESILATO | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| CATAPRESAN 150MCG CJX20COMP | CLONIDINA CLORHIDRATO 150MCG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

M° Amparo Arroyave 32469954

| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: M° Amparo Arroyave

Documento: 32469954

Télefono: 3206602704

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2445

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
|---|---|---|---|
| No. Camé | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 40mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| METOPROLOL 50 MG TAB CJ 30 UN | METOPROLOL TARTRATO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS AMLO 80MG/5MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MGAMLODIPINO BESILATO | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| CATAPRESAN 150MCG CJX20COMP | CLONIDINA CLORHIDRATO 150MCG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: M° Amparo Arroyave

Documento: 32469954

Télefono: 3206602704

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2445

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMARE 1 TABLETA EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE HA GOT OFT LUBR 1.5/4/3MG FCOx10 ML | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FYBOGEL NARANJA CJX10SOB | ISPAGHULA HUSK 79,61G | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 SOBRE DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |
|---|---|

Gloria J.L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: M. Amparo Arroyave
Documento: 32469954
Télefono: 3206602704

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2445

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMARE 1 TABLETA EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE HA GOT OFT LUBR 1.5/4/3MG FCOx10 ML | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FYBOGEL NARANJA CJX10SOB | ISPAGHULA HUSK 79,61G | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 SOBRE DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |
|---|---|

Gloria J.L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: M. Amparo Arroyave
Documento: 32469954
Télefono: 3206602704

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2445

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
| No. Carné | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| SERETIDE 25/125 C/CONT SUSP INHX120DO | PROPIONATO FLUTICASONA 125µG SALMETEROL | INHALADO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

1 PUFF AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MG MLTIAMINA | AMPOLLA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 60 |

EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA MES

M.º Amparo Arroyave 32469954

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: M.º Amparo Arroyave
Documento: 32469954
Télefono: 3206602704

Fecha de vencimiento: 13/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2445

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
| No. Carné | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| SERETIDE 25/125 C/CONT SUSP INHX120DO | PROPIONATO FLUTICASONA 125µG SALMETEROL | INHALADO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

1 PUFF AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MG MLTIAMINA | AMPOLLA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 60 |

EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA MES

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: M.º Amparo Arroyave
Documento: 32469954
Télefono: 3206602704

Fecha de vencimiento: 13/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2445

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
| No. Carné | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 360 |
|---|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TRESCIENTO | |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

2 TABLETAS 3 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 30 |
|---|---|---|---|---|
| STILNOX 10mg TNR CJX10TAB | ZOLPIDEM TARTRATO | TABLETAS | TREINTA | |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 60 |
|---|---|---|---|---|
| ALLEGRA 180MG CJX10COMP | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 180MG | TABLETAS | SESENTA | |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 120 |
|---|---|---|---|---|
| CARVEDILOL 6.25MG | CARVEDILOL | TABLETAS | CIENTO VEIN | |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |
|---|---|

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: M. Amparo Arroyave
Documento: 32469947
Télefono: 3206602704

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2445

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
| No. Carné | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 360 |
|---|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TRESCIENTO | |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

2 TABLETAS 3 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 30 |
|---|---|---|---|---|
| STILNOX 10mg TNR CJX10TAB | ZOLPIDEM TARTRATO | TABLETAS | TREINTA | |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 60 |
|---|---|---|---|---|
| ALLEGRA 180MG CJX10COMP | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 180MG | TABLETAS | SESENTA | |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 120 |
|---|---|---|---|---|
| CARVEDILOL 6.25MG | CARVEDILOL | TABLETAS | CIENTO VEIN | |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |
|---|---|

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: M. Amparo Arroyave
Documento: 32469947
Télefono: 3206602704

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


94

No. de Orden 2445

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
| No. Carné | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| BECLOMETASONA NAS 50mcg AES INHX200DOS | BECLOMETASONA DIPROPIONATO | INHALADO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 PUFF EN CADA FOSA EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ANEMIDOX FCOX30 CAPS | FUMARATO FERROSO ASCORBICO ACIDO FOLICO | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 CAPSULA ANTES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OQ-CAPS MULTIVITAMINICO CJX30CA | MULTIPLES COMPONENTES Cápsula de cubierta dura | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | Aprobado |

1 TABLETA DIARIAMENTE ,CENTRUM WOMEN

| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: [signature]
Documento: 3206602704
Télefono: 3206602704

Fecha de vencimiento: 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2445

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS | Documento | 32469954 |
| No. Carné | 8277001 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| BECLOMETASONA NAS 50mcg AES INHX200DOS | BECLOMETASONA DIPROPIONATO | INHALADO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 PUFF EN CADA FOSA EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ANEMIDOX FCOX30 CAPS | FUMARATO FERROSO ASCORBICO ACIDO FOLICO | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 CAPSULA ANTES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OQ-CAPS MULTIVITAMINICO CJX30CA | MULTIPLES COMPONENTES Cápsula de cubierta dura | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | Aprobado |

1 TABLETA DIARIAMENTE ,CENTRUM WOMEN

| Nombre Funcionario: | ROBERTO OSORNO QUINTERO |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: [signature]
Documento: 3206602704
Télefono: 3206602704

Fecha de vencimiento: 13/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 96cdbcd5a5e9ef97b21cf9dcea52f936668
82a90a919ca19addcad939556ec1b21e3529d96c3
5d36d94aabc4b78a3b9c

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: ES1710377
FECHA: 01-04-2024 19:12
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329097
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TAB
LETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,320 0 28,320

[FACTURA]
TOTAL 28,320
[FORMA DE PAGO]
MEDIO CREDITO 28,320
FORMA CREDITO
CAMBIO 0
[IMPUESTOS]
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 28,320 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2462-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SALAS GUZMAN MARELVIS
CC 34979417
DG 75B # 6 - 110 TORRES DEL MARQUEZ APT
0 703
TELEFONO: 3116862273
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL CR3 Dame

OBS: 63311501

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Cruz M. Ubarne identificado con cédula número 63 311 507, 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 Cruz M. Ubarne

FECHA Abril 1-2024

| | | |
|---|---|---|
| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA | Versión: 01<br>Código: GTH-F-005 |

**Beneficiario** **CC 34979417**

**MARELVIS SALAS GUZMAN**

**Fecha** 01 04 2024

| R/. | Cantidad |
|---|---|
| **Colchicina 0.5 mgr tabelta (Colchimedio )**<br>**Via oral , tomar 1 diariamente**<br>**Complemento d e formula pues faltan 20 tabletas** | **40 cuarenta** |
| **PARA 2 MES** | |

COD: 2462

Firma y Sello del Médico

Cra 3 Ubarne
6371501

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 9bd0ebb8f3e610f849ed2c48b1c89107aad
bc37747ec1d8e1afa9bb6a87f802e2fb582c99d99
000b16741ce766330bcd

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710380
FECHA: 01-04-2024 19:24
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329103
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
132066-ATORVASTATINA GENFAR INST. TABLETA
S 40 MG CAJA X 150 UNDS
19,650 0 60 0 7,860
203019-CEBION T. MASTICABLES 500 MG NARAN
JA CAJA 100UNDS
54,224 0 60 0 32,534
132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 4
0 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 60 0 2,040
132040-ACIDO ACETILSALICILIC GF INST. TAB
LETAS 100 MG CAJA X 900 UNDS
40,500 0 60 0 2,700
323796-PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA XL
BOLSA X 9 UNDS
27,864 27 0 0 752,324
115900-ESOMEPRAZOL (ESOMED) INST. CAPSULA
S 40 MG CAJA X 560 UNDS
196,560 0 56 0 19,656
140243-GAVISCON SUSPENSION MENTA CAJA 300
ML
56,211 2 0 0 112,422
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50
MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0 120 0 8,280

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 937,816
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 937,816
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 632,205 120,119
EXCLUIDAS: 185,492 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2466-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO DE HERNANDEZ STELLA

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 7374b989b928937312761abbc9baaa66bef
36ed6ea012cb41616aff2d0570f2aeffd43e2efa0
3e1e1d56c04515bceedb

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710392
FECHA: 02-04-2024 09:51
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329192
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
682417-CALCITRIOL COLMED INST. CAPSULAS 0
.5 MCG X 30 UNDS
5,760 2 0 0 11,520

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 11,520
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 11,520
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 11,520 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2466-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO DE HERNANDEZ STELLA
CC 21255008
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR GERIATRICO AYER Y
HOY
TELEFONO: 3148511087
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Adriana Arismendy
4315744O

57

CC 21255006
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR GERIATRICO AYER Y HOY
TELEFONO: 3148511087
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Adriana A
43157440

85

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Adriana Arismendy identificado con cédula número 43187440, 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 Adriana Arismendy

FECHA 01/04/2024

No. de Orden
2466

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTELLA MAZO DE HERNANDEZ | Documento | 21255008 |
| No. Carné | 32077166 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 90A NRO 43-25 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALCITRIOL 0.5 MCG CJX30CAPS | CALCITRIOL 0.5MCG Cápsula de gelatina blanda | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CEBION 500 mg NARANJA TM CJX144 TM | ASCORBICO Acido ASCORBATO Sodio 500 mg TM | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS. (Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS por la mañana

| Nombre Funcionario: | MARTA EDD HERNANDEZ DE PARRADO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Adriana A
Documento: 1231574410
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2466

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTELLA MAZO DE HERNANDEZ | Documento | 21255008 |
| No. Carné | 32077166 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 90A NRO 43-25 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALCITRIOL 0.5 MCG CJX30CAPS | CALCITRIOL 0.5MCG Cápsula de gelatina blanda | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CEBION 500 mg NARANJA TM CJX144 TM | ASCORBICO Acido ASCORBATO Sodio 500 mg TM | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS. (Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS por la mañana

| Nombre Funcionario: | MARTA EDD HERNANDEZ DE PARRADO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Adriana A
Documento: 1231574410
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2466

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTELLA MAZO DE HERNANDEZ | Documento | 21255008 |
| No. Carné | 32077166 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 90A NRO 43-25 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ACIDO ACETILSALICILICO 100MG CJX30TAB | ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 240 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA XL BOLX30UN | PAÑAL TENA SLIP TALLA XL BOLX30UN | PAÑAL(ES | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | N/A | CADA 6 HORAS | 60 | Aprobado |

HACER CAMBIO DE PAÑAL CADA 6 HORAS (CUATRO CAMBIOS DIARIOS)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ESOMED 40MG CJX28CAP | ESOMEPRAZOL 40MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO. (Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA SS FCOX300ML | ALGINATO sodio BICARBONATO sodio | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 10 c.c. | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

tomar 10 cc diarios

| Nombre Funcionario: | MARTA EDD HERNANDEZ DE PARRADO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Adriana A
Documento: 1231744170
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2466

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTELLA MAZO DE HERNANDEZ | Documento | 21255008 |
| No. Carné | 32077166 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 90A NRO 43-25 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ACIDO ACETILSALICILICO 100MG CJX30TAB | ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 240 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA XL BOLX30UN | PAÑAL TENA SLIP TALLA XL BOLX30UN | PAÑAL(ES) | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | N/A | CADA 6 HORAS | 60 | Aprobado |

HACER CAMBIO DE PAÑAL CADA 6 HORAS (CUATRO CAMBIOS DIARIOS)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ESOMED 40MG CJX28CAP | ESOMEPRAZOL 40MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO. (Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA SS FCOX300ML | ALGINATO sodio BICARBONATO sodio | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 10 c.c. | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

tomar 10 cc diarios

| Nombre Funcionario: | MARTA EDD HERNANDEZ DE PARRADO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Adriana A
Documento: 1231744170
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


62

No. de Orden
2466

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTELLA MAZO DE HERNANDEZ | Documento | 21255008 |
| No. Carné | 32077166 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 90A NRO 43-25 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARTA EDD HERNANDEZ DE PARRADO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Adriana A
Documento: 43157440
Télefono: 7509320

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2466

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTELLA MAZO DE HERNANDEZ | Documento | 21255008 |
| No. Carné | 32077166 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CRA 90A NRO 43-25 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARTA EDD HERNANDEZ DE PARRADO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Adriana A
Documento: 43157440
Télefono: 7509320

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


63

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 932830e013e989b2b325040b309704098ed
1cb78ba33401a8689829f8a3613729aa8e73ba251
5ee603bba3445d6cd644

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710383
FECHA: 01-04-2024 19:49
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329110
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132066-ATORVASTATINA GENFAR INST. TABLETA
S 40 MG CAJA X 150 UNDS
19,650 0 30 0 3,930
117700-ALDOMET INST. TABLETAS 250 MG CAJA
X 30 UNDS
44,670 1 0 0 44,670
682937-GLUCOPHAGE XR INST. TABLETAS 1000
MG CAJA X 30 UNDS
116,190 2 0 0 232,380
100279-TRAYENTA INST. (RG) LINAGLIPTI COM
PRIMIDOS 5 MG CAJA X 30 UNDS
122,970 1 0 0 122,970
662021-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAP
SULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
15,420 2 0 0 30,840
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100
MG X 30 UNDS
42,210 1 0 0 42,210
682926-DIOVAN INST. (RG) COMPRIMIDOS 320
MG CAJA X 14 UNDS
41,342 2 0 0 82,684
116400-JARDIANCE INST. (RG) TABLETAS 25 M
G CAJA X 30 UNDS
256,500 1 0 0 256,500
120100-NIFEDIPINO INST. NOVAMED CAPSULA L
P 30 MG CAJA X 300 UNDS
69,300 0 30 0 6,930
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIM
IDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
42,084 1 0 0 42,084
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA
X 50 UNDS
7,250 1 0 0 7,250
138048-BETALOC ZOK (RG) COMPRIMIDOS 100 M
G CAJA X 30 UNDS
34,260 1 0 0 34,260
115110-MEMANTINA MK (MODUALZ) INST.RG TAB
LETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 9aba689f4333510914fa0ab31ed6dfd4299
f67cb1e989a758dabd3fe0e477493a8ad3f854bb6
3b9d09407162fd23b70d

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710394
FECHA: 02-04-2024 09:57
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329196
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132502-DOMPERIDONA(RG) INST. TABLETAS 10
MG CAJA X 20 UNDS
3,320 1 10 0 4,980

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 4,980
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 4,980
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 4,980 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2474-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PIEDRAHITA MARTA LIA
CC 21343785
CL 35B # 86 - 46 AP 301 EDIFICIO LA PAL
MA
TELEFONO: 5384602
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

3253409 7
OBS: 301 272 918

65

99

132054-ESCITALOPRAM GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8,232 | 1 | 0 | 0 | 8,232 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------

TOTAL: 974,520

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

MEDIO DE PAGO: CREDITO 974,520

FORMA DE PAGO: CREDITO

CAMBIO: 0

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

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 974,520 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2474-DOMICILIO

NIT: 899999034-1

DATOS DEL CLIENTE:

PIEDRAHITA MARTA LIA

CC 21343785

CL 35B # 86 - 46 AP 301 EDIFICIO LA PAL MA

TELEFONO: 5384602

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

www.farmaciaspasteur.com.co

Sistema POS propio

PROVEEDOR TECNOLOGICO:

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA

ESPECIALIDAD:

MEDI.GENERAL

---

OBS: 3253409 97

3012721 918

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Victoria Ramirez

Yo _____ identificado con cédula número 32534097, 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 11-1-24

No. de Orden 2474

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ | Documento | 21343785 |
| No. Carné | 32534097 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 35B NRO 86-46 AP 301 SANTA TERESITA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | TREINTA |

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

MK 1 EN LA NOCHE , AUMENTADA POR CARDIOLOGIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ALDOMET 250MG CJX30TAB | METILDOPA HIDRATO 250MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 AL DIA EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE XR 1000MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 1G Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| TRAYENTA 5MG CJX30COMP | LINAGLIPTINA 5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARIA VICTO RAMIREZ PIEDRAHITA |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono: 32534097

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

301 272 1918

69


No. de Orden 2474

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ | Documento | 21343785 |
| No. Carné | 32534097 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 35B NRO 86-46 AP 301 SANTA TERESITA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | TREINTA |

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

MK 1 EN LA NOCHE , AUMENTADA POR CARDIOLOGIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ALDOMET 250MG CJX30TAB | METILDOPA HIDRATO 250MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 AL DIA EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE XR 1000MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 1G Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| TRAYENTA 5MG CJX30COMP | LINAGLIPTINA 5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARIA VICTO RAMIREZ PIEDRAHITA |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


ec 32534097

301 272 1918

No. de Orden 2474

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ | Documento | 21343785 |
| No. Carné | 32534097 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 35B NRO 86-46 AP 301 SANTA TERESITA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 25MG CJX30CAP | PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 320mg TRP CJX14TAB | VALSARTAN | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| JARDIANCE 25 mg CJX30TAB | EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARIA VICTO RAMIREZ PIEDRAHITA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32534097
Teléfono: 301 2721 918

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2474

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ | Documento | 21343785 |
| No. Carné | 32534097 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 35B NRO 86-46 AP 301 SANTA TERESITA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 25MG CJX30CAP | PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 320mg TRP CJX14TAB | VALSARTAN | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| JARDIANCE 25 mg CJX30TAB | EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARIA VICTO RAMIREZ PIEDRAHITA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32534
Teléfono: 097

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

3012721918

No. de Orden
2474

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ | Documento | 21343785 |
| No. Carné | 32534097 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 35B NRO 86-46 AP 301 SANTA TERESITA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| NIFEDIPINO 30mg CMP CJX300CMP | NIFEDIPINO | TABLETAS | 30 TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE DE LARGA ACCION

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DOMPERIDONA 10MG CJX20TAB | DOMPERIDONA MALEATO 10MG Tableta | TABLETAS | 30 TREINTA |

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

1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG Tableta | TABLETAS | 28 VEINTIOCHO |

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

1 EN AYUNA S

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 50 MCG CAJA X 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 50mcg | TABLETAS | 50 CINCUENTA |

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

1 EN AYUNA S DE LUNES A SABADO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARIA VICTO RAMIREZ PIEDRAHITA |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

30127218
32534097


No. de Orden
2474

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ | Documento | 21343785 |
| No. Carné | 32534097 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 35B NRO 86-46 AP 301 SANTA TERESITA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| NIFEDIPINO 30mg CMP CJX300CMP | NIFEDIPINO | TABLETAS | 30 TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE DE LARGA ACCION

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DOMPERIDONA 10MG CJX20TAB | DOMPERIDONA MALEATO 10MG Tableta | TABLETAS | 30 TREINTA |

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

1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG Tableta | TABLETAS | 28 VEINTIOCHO |

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

1 EN AYUNA S

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 50 MCG CAJA X 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 50mcg | TABLETAS | 50 CINCUENTA |

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

1 EN AYUNA S DE LUNES A SABADO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARIA VICTO RAMIREZ PIEDRAHITA |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

32534097
30127218

No. de Orden
2474

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ | Documento | 21343785 |
| No. Camé | 32534097 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 35B NRO 86-46 AP 301 SANTA TERESITA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| BETALOC ZOK 100MG CJX30TLS | METOPROLOL Succinato 100MG TLS | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| MEMANTINA 10MG CJX28TAB | MEMANTINA CLORHIDRATO 10MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 en la mañana

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARIA VICTO RAMIREZ PIEDRAHITA |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Teléfono: 32534097

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

32 534
097
301 272 918


No. de Orden
2474

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ | Documento | 21343785 |
| No. Camé | 32534097 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 35B NRO 86-46 AP 301 SANTA TERESITA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| BETALOC ZOK 100MG CJX30TLS | METOPROLOL Succinato 100MG TLS | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| MEMANTINA 10MG CJX28TAB | MEMANTINA CLORHIDRATO 10MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 en la mañana

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MARIA VICTO RAMIREZ PIEDRAHITA |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Teléfono: 32534097

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

30127219 18

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710384
FECHA: 01-04-2024 20:00
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329113
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS
7,250 2 0 0 14,500
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS
42,960 2 0 0 85,920
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518
347004-RELVAR ELLIPTA (RG) POLVO PARA INHALACION 100/25 MCG CAJA 30 DOSIS
99,081 4 0 0 396,324
253743-SPIRIVA RESPIMAT (RG) INHALADOR 4 ML
99,298 4 0 0 397,192
001771-TRILIPIX CAPSULAS 135 MG CAJA X 30 UNDS
201,840 2 0 0 403,680
100218-DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
15,440 18 0 0 277,920

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,593,054
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,593,054
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,593,054 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2478-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VASQUEZ ZAPATA MARIA FABIOLA
CC 42974284
CR 92 # 38B - 7 EDF.DELFINES 3 AP 102 S ANTA MONICA
TELEFONO: 4438795

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710399
FECHA: 02-04-2024 11:17
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329213
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
14,713 2 0 0 29,426
116513-CROMUS (TACROLIMUS) INST. UNGUENTO 0.1% TUBO 15 G
84,075 2 0 0 168,150

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 197,576
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 197,576
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 197,576 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2478-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VASQUEZ ZAPATA MARIA FABIOLA
CC 42974284
CR 92 # 38B - 7 EDF.DELFINES 3 AP 102 S ANTA MONICA
TELEFONO: 4438795
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL fabiola

OBS: 42974284

www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL -

OBS: [illegible]
42974284

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Jacobo [illegible] identificado con cédula número 42974254, 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 [signature]

FECHA 10-4-2024

No. de Orden
2478

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA FABIOLA VASQUEZ ZAPATA | Documento | 42974284 |
| No. Carné | 8430971 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 # 84B -65 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 50 MCG CAJA X 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 50mcg | TABLETAS | CIEN (100) |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX60TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA (60) |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS (2) |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 6 HORAS | 60 |

3 EVCE SLA DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| RELVAR ELLIPTA 100/25mcg POI INHX30DOS G | FUROATO DE FLUTICASONA MICRONI 100µGVILANTEROL | INHALADO | CUATRO (4) |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

1 puff 2 veces al dia

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CARLOS ANDRES LOPEZ VASQUEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1129494982
Télefono: 4960083

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2478

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA FABIOLA VASQUEZ ZAPATA | Documento | 42974284 |
| No. Carné | 8430971 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 # 84B -65 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 50 MCG CAJA X 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 50mcg | TABLETAS | CIEN (100) |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX60TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA (60) |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS (2) |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 6 HORAS | 60 |

3 EVCE SLA DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| RELVAR ELLIPTA 100/25mcg POI INHX30DOS G | FUROATO DE FLUTICASONA MICRONI 100µGVILANTEROL | INHALADO | CUATRO (4) |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

1 puff 2 veces al dia

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CARLOS ANDRES LOPEZ VASQUEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1129494982
Télefono: 4960083

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2478

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA FABIOLA VASQUEZ ZAPATA | Documento | 42974284 |
| No. Carné | 8430971 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 # 84B -65 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| SPIRIVA RESPIMAT 2.5/5MCG FCOX30DOS | TIOTROPIO BROMURO HIDRATO 5µGD Solución | FRASCO | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 12 HORAS | 60 |

1 PUFF EN LA MAÑANA Y 1 PUFF EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 30MG/5ML FCOX150ML | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 0.006MGML | FRASCO | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 5 c.c. | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMA R 5 CENTIMETROA EN LA MAÑANA Y 5 EN LA NOCHE HASTA TERMINARLOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| TRILIPIX 135MG CJX30CAP | FENOFIBRATO COLINA 135MG Cápsula de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 2 HORAS | 60 |

GENERICO SI ESTA AGOTADO , 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | CÁPSULA | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 al dia DOLEX ACTIVGEL

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CARLOS ANDRES LOPEZ VASQUEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42974284
Télefono: 4926083

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2478

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: MARIA FABIOLA VASQUEZ ZAPATA | Documento: 42974284
No. Carné: 8430971 - A | Fecha autorización: 01/04/24
Dirección: CALLE 8 # 84B -65
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

Medicamentos: SPIRIVA RESPIMAT 2.5/5MCG FCOX30DOS | Molécula: TIOTROPIO BROMURO HIDRATO 5µGD Solución | Tipo: FRASCO | Total 4: CUATRO
Dosis: 1 PUFF | Vía Admon.: INHALATORIA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 PUFF EN LA MAÑANA Y 1 PUFF EN LA NOCHE

Medicamentos: FEXOFENADINA 30MG/5ML FCOX150ML | Molécula: FEXOFENADINA CLORHIDRATO 0.006MGML | Tipo: FRASCO | Total 60: SESENTA
Dosis: 5 c.c. | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMA R 5 CENTIMETROA EN LA MAÑANA Y 5 EN LA NOCHE HASTA TERMINARLOS

Medicamentos: TRILIPIX 135MG CJX30CAP | Molécula: FENOFIBRATO COLINA 135MG Cápsula de liberación | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 2 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
GENERICO SI ESTA AGOTADO , 1 EN LA NOCHE

Medicamentos: DOLEX 500MG CJX100TR | Molécula: ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | Tipo: CÁPSULA | Total 180: CIENTO OCH
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
3 al dia DOLEX ACTIVGEL

Nombre Funcionario: CARLOS ANDRES LOPEZ VASQUEZ
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 42974284
Télefono: 4926083
Fecha de vencimiento: 16/04/24
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2478

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA FABIOLA VASQUEZ ZAPATA | Documento | 42974284 |
| No. Camé | 8430971 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 # 84B -65 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VENTILAN OSP 100MCG INH FCOX200DOS | SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol | INHALADO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | INHALATORIA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 VCECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| CROMUS 0.1% UNG TBOX30G | TACROLIMUS HIDRATO 1MGG Ungüento | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CARLOS ANDRES LOPEZ VASQUEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2478

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA FABIOLA VASQUEZ ZAPATA | Documento | 42974284 |
| No. Camé | 8430971 - A | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CALLE 8 # 84B -65 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VENTILAN OSP 100MCG INH FCOX200DOS | SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol | INHALADO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | INHALATORIA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 VCECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| CROMUS 0.1% UNG TBOX30G | TACROLIMUS HIDRATO 1MGG Ungüento | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CARLOS ANDRES LOPEZ VASQUEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710385
FECHA: 01-04-2024 20:12
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329119
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 116519-FEXOFENADINA COLMED INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | | | | |
| 8,857 | 6 | 0 | 0 | 53,142 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 53,142
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 53,142
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 53,142 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2485-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VASQUEZ ZAPATA MARIA FABIOLA
CC 42974284
CR 92 # 38B - 7 EDF.DELFINES 3 AP 102 S ANTA MONICA
TELEFONO: 4438795
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Fabiola
----------

OBS: 42974284

81

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Gabriela Vargas Z identificado con cédula número 1.094.961.954 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 01/04/2021

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA

Código: GTH-F-005

Beneficiario
MARIA FABIOLA VASQUEZ

Cédula 42974284

No. Carné

Fecha 01 04 2024

LUGAR: MEDELLIN

R/.

| | | |
|---|---|---|
| FEXOFENADINA TABLETA 120 MGR MK | VIA ORAL ,TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA , NO ENTREGAR EL JARABE | 60 SESENTA |
| PARA 2 MESES | | |

Gloria JL

Firma y Sello del Médico

COD 2485

Gloria JL

fabiola V z
42974284

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUF . 5128562087526d4fbc11c68b71d79f1ae0b
70b [illegible]84019344beec50b72e610823a83e88db0d8
cf045e177odf490586a9

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710387
FECHA: 01-04-2024 20:16
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329123
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-HIALTEARS INST. GOTAS OFTALMICAS 0
.4 % CAJA 10 ML
16,424 2 0 0 32,848
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA
X 50 UNDS
7,250 1 25 0 10,875
600189-EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS.
39,300 0 25 0 19,650

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 63,373
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 63,373
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 63,373 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2492-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ OSSA MARTA ELENA
CC 43494526
CL 2 S # 53 - 67 GUAYABAL FRENTA A LOS C
OLEGIOS COMFAMA
TELEFONO: 3105208338
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Sandra V. Gómez

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e
nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710404
FECHA: 02-04-2024 18:09
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329326
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)INST. CAP
SULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 60 UNDS
33,120 1 0 0 33,120

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 33,120
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 33,120
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 33,120 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2492-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ OSSA MARTA ELENA
CC 43494526
CL 2 S # 53 - 67 GUAYABAL FRENTA A LOS C
OLEGIOS COMFAMA
TELEFONO: 3105208338
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Martha Gómez

43494526.
OBS:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Sandra Viviana Gómez M. identificado con cédula número 1033648671, 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 Sandra V. Gómez M.

FECHA 01 de Abril 2024

No. de Orden
2492

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTHA ELENA GOMEZ OSSA | Documento | 43494526 |
| No. Carné | 70114661 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 2 SUR 53-67 MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| HIALTEARS 0.4% FCOX10ML | SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN C/OJO TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 75 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 50 MCG CAJA X 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 50mcg | TABLETAS | SETENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 25 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | VEINTICINCO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA JUNTO CON LA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | JOHN JAIRO NARANJO VELEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Sandra V. Gomez
Documento: 1036618671
Télefono: 3126197783

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2492

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario MARTHA ELENA GOMEZ OSSA | Documento 43494526
No. Carné 70114661 - C | Fecha autorización 01/04/24
Dirección CLL 2 SUR 53-67 MEDELLIN
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2024

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2
HIALTEARS 0.4% FCOX10ML | SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS
Dosis 1 GOTA(S) | Vía Admon. OFTÁLMICA | Frecuencia CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento 60
UNA GOTA EN C/OJO TRES VECES AL DÍA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 75
EUTIROX® 50 MCG CAJA X 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 50mcg | TABLETAS | SETENTA Y C
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 60
TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 25
EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | VEINTICINCO
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 60
TOMAR UNA JUNTO CON LA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA
Dosis 1 CÁPSULA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 60
TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario: JOHN JAIRO NARANJO VELEZ
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: Sandra V. Gomez
Documento: 1036618671
Télefono: 3126197783
Fecha de vencimiento: 16/04/24
GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710388
FECHA: 01-04-2024 20:20
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329126
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255705-ROVARIL C+PSULAS 10 MG CAJA X 60 U NDS
387,784 1 0 0 387,784
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS
29,820 2 0 0 59,640

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 447,424
------------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 447,424
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 447,424 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2446-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HOYOS SANCHEZ LUCY DE LA TRINIDAD
CC 22051115
CL 42C # 63C - 145 APT 611
TELEFONO: 2355716
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
----------
OBS: 22051115

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710398
FECHA: 02-04-2024 11:07
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329211
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116400-MICARDIS PLUS (RG) INST. COMPRIMIDOS 80/12.5 MG CAJA X 28 UNDS
44,772 2 0 0 89,544

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 89,544
------------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 89,544
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 89,544 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2446-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HOYOS SANCHEZ LUCY DE LA TRINIDAD
CC 22051115
CL 42C # 63C - 145 APT 611
TELEFONO: 2355716
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
----------
OBS: 22051115

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Lucy de la Trinidad Hoyos identificado con cédula número 22051113, 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 Lucy Hoyos

FECHA 01-04-2024

No. de Orden
2446

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUCY DE LA TRINIDAD HOYOS SANCHEZ | Documento | 22051115 |
| No. Carné | 15420795 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 42C 63C-145 MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROVARIL 10mg CBL CJX60CAP POP | ROSUVASTATINA CALCICA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS PLUS 80MG/12.5MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL CJX90TAB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

REEMPLAZO DE LA CAPRIMIDA AGOTADA, TIENE ÑLOS MISMOS COMPONNETES Y CONCE

| Nombre Funcionario: | CRISTOBAL GIRALDO VERGARA |
|---|---|

Gloria JY

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 22051115
Télefono: 3117239316

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2446

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUCY DE LA TRINIDAD HOYOS SANCHEZ | Documento | 22051115 |
| No. Carné | 15420795 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | CLL 42C 63C-145 MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROVARIL 10mg CBL CJX60CAP POP | ROSUVASTATINA CALCICA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS PLUS 80MG/12.5MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL CJX90TAB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

REEMPLAZO DE LA CAPRIMIDA AGOTADA, TIENE ÑLOS MISMOS COMPONNETES Y CONCE

| Nombre Funcionario: | CRISTOBAL GIRALDO VERGARA |
|---|---|

Gloria JY

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 22051115
Télefono: 3117239316

**Fecha de vencimiento:** 13/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 2572e68dad71d35d881ab86e4c1c7088b04
1bd9a62606cbce667cea3ef1ce18bc751dc4d3888
a95947733c19aafbde57

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710410
FECHA: 03-04-2024 09:37
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329431
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132613-PIROXICAM GENFAR INST GEL 0.5 % CA
JA 40 G
5,887 2 0 0 11,774

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 11,774
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 11,774
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 11,774 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2502-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RODRIGUEZ DE NUMA ANA CARMELA
CC 32435296
CQ 73 # 34 - 175 AP 402 PORTAL DE LA 73
( LAURELES )
TELEFONO: 5790286
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

32435296

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e
nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710389
FECHA: 01-04-2024 20:30
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329130
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115104-ETORICOXIB (ANEXIA) INST. TABLETAS
120 MG CAJA X 7 UNDS
10,143 2 0 0 20,286
132054-ESCITALOPRAM GENFAR INST. TABLETAS
10 MG CAJA X 28 UNDS
8,232 4 0 0 32,928

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 53,214
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 53,214
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 53,214 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2502-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RODRIGUEZ DE NUMA ANA CARMELA
CC 32435296
CQ 73 # 34 - 175 AP 402 PORTAL DE LA 73
( LAURELES )
TELEFONO: 5790286
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

32435296

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo ANA Carmen Rodriguez identificado con cédula número 32435296, 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 01-04-2024

Pasteur
Farmacia desde 1910

## SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 01-04-2024 CÉDULA: 32435296

USUARIO: Ana Carmela Rodriguez # ORDEN: 2502

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Piroxicam Gel | 2 | 03-04-24 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| Carlos Mario | Past 70 | 4087582 |

No. de Orden
2502

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA CARMELA RODRIGUEZ DE NUMA | Documento | 32435296 |
| No. Carné | 17152895 - C | Fecha autorización | 01/04/24 |
| Dirección | Circular 73 No. 34 - 175 Apto 402 Portal de la 73 - Laureles | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| ETORICOXIB 120MG CJX7TAB | ETORICOXIB 120MG Tableta | TABLETAS | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 14 |

TOMAR UNA CADA DÍA POR 7 DÍAS, DESCANSAR 7 DÍAS Y CONTINUAR TOMANDO SOLO POR N

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| PIROXICAM 0.5% GEL TUBX40G | PIROXICAM 5MGG Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 30 |

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN LAS ARTICULACIONES COMPROMETIDAS.

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR DOS JUNTAS DIARIAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE NUMA NUMA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32435296
Télefono: 3006

**Fecha de vencimiento:** 16/04/24

GTH-F-005 V.01

404


No. de Orden
2502

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: ANA CARMELA RODRIGUEZ DE NUMA | Documento: 32435296
No. Carné: 17152895 - C | Fecha autorización: 01/04/24
Dirección: Circular 73 No. 34 - 175 Apto 402 Portal de la 73 - Laureles
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| ETORICOXIB 120MG CJX7TAB | ETORICOXIB 120MG Tableta | TABLETAS | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 14 |

TOMAR UNA CADA DÍA POR 7 DÍAS, DESCANSAR 7 DÍAS Y CONTINUAR TOMANDO SOLO POR N

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| PIROXICAM 0.5% GEL TUBX40G | PIROXICAM 5MGG Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 30 |

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN LAS ARTICULACIONES COMPROMETIDAS.

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR DOS JUNTAS DIARIAS

Nombre Funcionario: JORGE NUMA NUMA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento: 32435296
Télefono: 3006
Fecha de vencimiento: 16/04/24
GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710400
FECHA: 02-04-2024 14:14
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329250
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669277-CARBAMAZEPINA LAPROF INST.(RG) TAB LETAS 200 MG X 300 UNDS
39,900 0 60 0 7,980
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIM IDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
42,084 2 0 0 84,168
116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALURON RES PULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
75,080 2 0 0 150,160
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 7 8 0 141,480
116504-ORLISTAT COLMED INST. (RG) CAPSULA S 120 MG CAJA X 60 UNDS
195,984 3 0 0 587,952
662002-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAP SULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
92,550 2 0 0 185,100
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TAB LETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,320 1 20 0 42,480
100280-ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS
101,700 0 60 0 6,102

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,205,422
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,205,422
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,205,422 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2407-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS RAMIREZ MARIA FLOR
CC 21623700
CL 44 # 86 - 32 AP 303 TORRES DE LA IGL

106

TELEFONO: 3838888

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

www.farmaciaspasteur.com.co

Sistema POS propio

PROVEEDOR TECNOLOGICO:

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA

ESPECIALIDAD

MEDI.GENERAL

---

OBS:

---

E01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO . 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710184
FECHA: 23-03-2024 16:25
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1326599
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669277-CARBAMAZEPINA LAPROF INST.(RG) TAB LETAS 200 MG X 300 UNDS
39,900 0 60 0 7,980
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIM IDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
42,084 2 0 0 84,168
116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALURON RES PULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
75,080 2 0 0 150,160
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 7 8 0 141,480
116504-ORLISTAT COLMED INST. (RG) CAPSULA S 120 MG CAJA X 60 UNDS
195,984 3 0 0 587,952
662002-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAP SULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
92,550 2 0 0 185,100
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TAB LETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,320 1 20 0 42,480

ANULADO

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,199,320
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,199,320
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,199,320 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 2407
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS RAMIREZ MARIA FLOR
CC 21623700
CL 44 # 86 - 32 AP 303 TORRES DE LA IGL ESIA

108

TELEFONO: 5638666
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 21623700

601

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: ES1710322
FECHA: 01-04-2024 09:48
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1328950
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 100280-ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS | | | | |
| 101,700 | 0 | 60 | 0 | 6,102 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 6,102
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 6,102
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

ANULADO

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

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 6,102 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2407-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS RAMIREZ MARIA FLOR
CC 21623700
CL 44 # 86 - 32-AP 303 TORRES DE LA IGLESIA
TELEFONO: 5838886
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

21623700

OB.: C3006364616

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo [illegible] identificado con cédula número 21623700, 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 [illegible]

FECHA 2024 03 23

Pasteur Farmacia desde 1910

**SENA - PRODUCTOS PENDIENTES**

FECHA: 23/03/24 CÉDULA: 21623700

USUARIO: MARIA ELVA # ORDEN: 2907

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Atorvastatina 20mg | 60 | — |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| [illegible] | LA 70 | 4087582 |

No. de Orden 2407

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ | Documento | 21623700 |
| No. Carné | 3435882 - C | Fecha autorización | 22/03/24 |
| Dirección | CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CARBAMAZEPINA 200MG TAB CJX30TAB | CARBAMAZEPINA 200MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG Tableta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| LAGRICEL® OFTENO | HIALURONATO DE SODIO 4mg | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS ( 9AM - 9PM) POR DOLOR

| Nombre Funcionario: | ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 06/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2407

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ | Documento: 21623700
No. Carné: 3435882 - C | Fecha autorización: 22/03/24
Dirección: CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CARBAMAZEPINA 200MG TAB CJX30TAB | CARBAMAZEPINA 200MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG Tableta | TABLETAS | CINCUENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| LAGRICEL® OFTENO | HIALURONATO DE SODIO 4mg | FRASCO | DOS |

Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA 12 HORAS ( 9AM - 9PM) POR DOLOR

Nombre Funcionario: ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 06/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2407

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ | Documento | 21623700 |
| No. Carné | 3435882 - C | Fecha autorización | 22/03/24 |
| Dirección | CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ORLISTAT 120MG CJX60CPS | ORLISTAT 120MG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR UNA, 30 MINUTOS ANTES DE CADA COMIDA (ORDENADO POR ENDOCRINOLOGÍA)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 150 MG CJX30CAPS | PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE. (Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| COLCHICINA 0.5mg TAB CJX300TAB | COLCHICINA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 06/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2407

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ | Documento: 21623700
No. Carné: 3435882 - C | Fecha autorización: 22/03/24
Dirección: CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ORLISTAT 120MG CJX60CPS | ORLISTAT 120MG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | CIENTO OCH |

Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR UNA, 30 MINUTOS ANTES DE CADA COMIDA (ORDENADO POR ENDOCRINOLOGÍA)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 150 MG CJX30CAPS | PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | SESENTA |

Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA NOCHE. (Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| COLCHICINA 0.5mg TAB CJX300TAB | COLCHICINA | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario: ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21623700
Télefono: 3007756476

Fecha de vencimiento: 06/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710406
FECHA: 02-04-2024 18:20
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1329331
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS
14,400 1 25 0 21,600
669510-DOLEX FORTE INST TABLETAS 500MG/65 MG CAJA X 48 UNDS
76,704 2 24 0 191,760
024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION O FERTA 400 + 120ML
53,692 2 0 0 107,384
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS
50,100 2 0 0 100,200
055089-TRIGENTAX CREMA CAJA 20 G
28,000 1 0 0 28,000

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 448,944
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 448,944
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 448,944 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2566-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARULANDA ALVAREZ SONIA
CC 32483282
CR 77B # 53A - 35 AP 202 BL H ESTADIO N ORTE
TELEFONO: 2640734
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARTZA WENDY

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710436
FECHA: 04-04-2024 10:30
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE ARDILA
SECUENCIA: 1329681
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
9,080 6 0 0 54,480

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 54,480
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 54,480
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 54,480 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2566-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARULANDA ALVAREZ SONIA
CC 32483282
CR 77B # 53A - 35 AP 202 BL H ESTADIO N ORTE
TELEFONO: 2640734
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---
CC 32148328
OBS:

1F6

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo [illegible] identificado con cédula número 32483282, 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 [illegible]

FECHA 02/04/24

No. de Orden 2566

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA MARULANDA ALVAREZ | Documento | 32483282 |
| No. Camé | 70030103 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CRA 77B 53A 35 (202) B.Los Colores | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | 75 SETENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | 120 CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR DOLOR ARTICULAR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | 2 DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR UNA A DOS VECES AL DÍA SOBRE LA PIEL AFECTADA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | WILLIAM DARIO LOPEZ TAMAYO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32483282
Télefono: 301-2563608

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01

120


No. de Orden 2566

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA MARULANDA ALVAREZ | Documento | 32483282 |
| No. Camé | 70030103 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CRA 77B 53A 35 (202) B.Los Colores | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | 75 SETENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | 120 CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR DOLOR ARTICULAR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | 2 DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR UNA A DOS VECES AL DÍA SOBRE LA PIEL AFECTADA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | WILLIAM DARIO LOPEZ TAMAYO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32483282
Télefono: 301-2563608

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2566

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA MARULANDA ALVAREZ | Documento | 32483282 |
| No. Carné | 70030103 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CRA 77B 53A 35 (202) B.Los Colores | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| BETAMETASONA CLOTR/NEO CR TBOX20G | CLOTRIMAZOL 1GNEOMICINA S U L F A T O | TUBO | UN |

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

APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN LA AXILA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | WILLIAM DARIO LOPEZ TAMAYO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 32483282
Télefono: 301-2563608

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2566

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA MARULANDA ALVAREZ | Documento | 32483282 |
| No. Carné | 70030103 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CRA 77B 53A 35 (202) B.Los Colores | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| BETAMETASONA CLOTR/NEO CR TBOX20G | CLOTRIMAZOL 1GNEOMICINA S U L F A T O | TUBO | UN |

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

APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN LA AXILA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | WILLIAM DARIO LOPEZ TAMAYO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32483282
Télefono: 301-2563608

Fecha de vencimiento: 17/04/24

GTH-F-005 V.01


121

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710411
FECHA: 03-04-2024 11:47
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE ARDILA
SECUENCIA: 1329451

| CODIGO-NOMBRE | V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 116300-GAAP OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS CAJA 3 ML | 22,952 | 2 | 0 | 0 | 45,904 |
| 683251-LAMICTAL INST. (RG) 100 MG X 30 UNDS | 48,780 | 2 | 0 | 0 | 97,560 |
| 600492-KEPPRA INST. (RG) TABLETAS 1000 MG CAJA X 30 UNDS | 81,480 | 2 | 0 | 0 | 162,960 |
| 662017-ZOLOF INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | 148,200 | 2 | 0 | 0 | 296,400 |
| 683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS | 4,800 | 0 | 60 | 0 | 960 |
| 253016-JARDIANCE TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS | 102,600 | 2 | 0 | 0 | 205,200 |
| 067138-ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS | 150,060 | 2 | 0 | 0 | 300,120 |
| 031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS | 14,713 | 1 | 0 | 0 | 14,713 |
| 100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS | 29,032 | 2 | 0 | 0 | 58,064 |
| 100280-ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS | 101,700 | 0 | 60 | 0 | 6,102 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,187,983
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,187,983
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 1,187,983 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2341-DOMICILIO

NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CIFUENTE PEREZ ALFONSO
CC 656957
CR 94 # 38 - 275 APT 701 SANTA MONICA
TELEFONO: 2526768
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS:

671

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 0bb11a27514ebba5a003611274bf48a657a
[illegible]ffbea09d96c1b17fe26e1ce7d256bf005d85884
[illegible]46986a1a5adb57f7

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710263
FECHA: 26-03-2024 14:34
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1327429
CODIGO-NOMBRE

| UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 100280-ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS | | | | |
| 101,667 | 0 | 60 | 0 | 6,100 |

ANULADO

----------[FACTURA DE VENTA]----------
TOTAL: 6,100
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 6,100
FORMA DE PAGO. CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 6,100 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2341-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE
CIFUENTE PEREZ ALFONSO
CC 656957
CR 94 # 38 - 275 APT 701 SANTA MONICA
TELEFONO: 2526768
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmacia[illegible].eur.com.co
Sist[illegible]S propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Calderon
4278265
6042509320

124

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: a7bfb8d92aef56209cf917fe[illegible]98f4abf6
5b6b18a483939d646566a88fdbc3071bc654cdabf
10d9a2b22a6d8f081ad3

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710158
FECHA: 22-03-2024 21:00
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1326338
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116300-GAAP OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTAL MICAS CAJA 3 ML
22,952 2 0 0 45,904
683251-LAMICTAL INST. (RG) 100 MG X 30 UN DS
48,780 2 0 0 97,560
600492-KEPPRA INST. (RG) TABLETAS 1000 MG CAJA X 30 UNDS
81,480 2 0 0 162,960
662017-ZOLOF INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
148,200 2 0 0 296,400
683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
4,800 0 60 0 960
253016-JARDIANCE TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
102,600 2 0 0 205,200
067138 [illegible]TIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 1 10/50MG CAJA X 30 UNDS
150,060 2 0 0 300,120
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALA DOR 100 MCG 200 DOSIS
14,713 1 0 0 14,71.
116000-FARMA D CBG INST. [illegible]PSULAS 2000 U: CAJA X 60 UNDS
46,200 1 0 0 46,20.

ANULADO

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1.170,01/
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,170,017
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,170,017 0
IMPOCONSUMO 0 0

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710260
FECHA: 26-03-2024 13:28
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1327411
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116300-GAAP OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTAL MICAS CAJA 3 ML
22,952 2 0 0 45,904
683251-LAMICTAL INST. (RG) 100 MG X 30 UN DS
48,780 2 0 0 97,560
600492-KEPPRA INST. (RG) TABLETAS 1000 MG CAJA X 30 UNDS
81,480 2 0 0 162,960
662017-ZOLOF INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
148,200 2 0 0 296,400
683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
4,800 0 60 0 960
253016-JARD[illegible]E TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
102,60[illegible] 0 0 205,200
067[illegible] TIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 1 [illegible]MG CAJA X 30 UNDS
150,060 2 0 0 300,120
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALA DOR 100 MCG 200 DOSIS
14,713 1 0 0 14,713
100278-FARMA D CBG [illegible]ST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS
29,032 2 0 0 58,064

------ -[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,181,881
------ -----[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,181,881
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,181,881 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2341-DOMICILIO
NIT: 800000034-1

126

NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CIFUENTE PEREZ ALFONSO
CC 656957
CR 94 # 38 - 275 APT 701 SANTA MONICA
TELEFONO: 2526768
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Adriana Aremendy
43157440 2509320

DATOS DEL CLIENTE:
CIFUENTE PEREZ ALFONSO
CC 656957
CR 94 # 38 - 275 APT 701 SANTA MONICA
TELEFONO: 2526768
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: **ANULADO**

Pásteur
Farmacia desde 1910

## SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 22-03-24 CÉDULA: 656957

USUARIO: Alonso Cliente # ORDEN: 2341

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Atorvastatina 20mg | 60 | 26-03-24 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| Valentina | La 70 | 4089582 |

SENA

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Adriana Arismendy identificado con cédula número 43157440, 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 Adriana Arismendy.

FECHA 22/03/2024

No. de Orden
2341

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ | Documento | 656957 |
| No. Carné | 51703092 - B | Fecha autorización | 22/03/24 |
| Dirección | CUANDINAMARCA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GAAP 0.005% SO FCOX3ML | LATANOPROST 0.05mgml SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 3 VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LAMICTAL DISP 100MG CJX30TAB | LAMOTRIGINA 100MG TABLETA DISPERSABLE | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| KEPPRA 1000MG CJX30TAB | LEVETIRACETAM 1000MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOLOF 50MG CJX10TAB | SERTRALINA CLORHIDRATO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS. (SI NO HAY

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | OLGA LUCIA CIFUENTES MAYA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Adriana A
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 05/04/24

GTH-F-005 V.01

130


No. de Orden
2341

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ | Documento | 656957 |
| No. Carné | 51703092 - B | Fecha autorización | 22/03/24 |
| Dirección | CUANDINAMARCA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GAAP 0.005% SO FCOX3ML | LATANOPROST 0.05mgml SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 3 VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LAMICTAL DISP 100MG CJX30TAB | LAMOTRIGINA 100MG TABLETA DISPERSABLE | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| KEPPRA 1000MG CJX30TAB | LEVETIRACETAM 1000MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOLOF 50MG CJX10TAB | SERTRALINA CLORHIDRATO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS. (SI NO HAY

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | OLGA LUCIA CIFUENTES MAYA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Adriana A.
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 05/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2341

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ | Documento | 656957 |
| No. Carné | 51703092 - B | Fecha autorización | 22/03/24 |
| Dirección | CUANDINAMARCA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| JARDIANCE 10 mg CJX30TAB | EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG CX30CAP | INDACATEROL MALEATO 110µGDGLICOPIRRONIO | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

USAR UNA CÁPSULA INHALADA CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | OLGA LUCIA CIFUENTES MAYA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 05/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2341

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ | Documento | 656957 |
| No. Carné | 51703092 - B | Fecha autorización | 22/03/24 |
| Dirección | CUANDINAMARCA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| JARDIANCE 10 mg CJX30TAB | EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG CX30CAP | INDACATEROL MALEATO 110µGDGLICOPIRRONIO | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

USAR UNA CÁPSULA INHALADA CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | OLGA LUCIA CIFUENTES MAYA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 05/04/24

GTH-F-005 V.01


1 de 1

No. de Orden
2341

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ | Documento | 656957 |
| No. Camé | 51703092 - B | Fecha autorización | 22/03/24 |
| Dirección | CUANDINAMARCA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS | SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | INHALATORIA | A NECESIDAD | 60 |

HACER DOS PUFF EN CASO E TOS PERSISTENTE O PRESENCIA DE OTROS SÍNTOMAS ENSEÑ

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | OLGA LUCIA CIFUENTES MAYA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Adriana A
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

GTH-F-005 V.01

**Fecha de vencimiento:** 05/04/24

132


No. de Orden
2341

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ | Documento | 656957 |
| No. Camé | 51703092 - B | Fecha autorización | 22/03/24 |
| Dirección | CUANDINAMARCA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS | SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | INHALATORIA | A NECESIDAD | 60 |

HACER DOS PUFF EN CASO E TOS PERSISTENTE O PRESENCIA DE OTROS SÍNTOMAS ENSEÑ

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | OLGA LUCIA CIFUENTES MAYA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Adriana A
Documento: 43157440
Télefono: 2509320

GTH-F-005 V.01

**Fecha de vencimiento:** 05/04/24

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 0f96093699f5b7dc52edd2175061704e315
10d03a0bf7f00dc70280fb1d0df722f4239199f94
cb34c7d71ceea006fbf2

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710413
FECHA: 03-04-2024 13:50
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329475
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

240162-FLUTICASONA 3ML SPRAY NASAL FRASCO X 1 UND
30,387 1 0 0 30,387
169275-TRAZODONA GENFAR TABLETAS 50 MG CA JA X 50 UNDS
4,750 0 30 0 2,850
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
155,100 0 30 0 15,510
132987-ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS
3,110 3 0 0 9,330
132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 4 0 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 30 0 1,020
115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 100 MG CAJA X 105 UNDS
12,705 0 30 0 3,630
600361-OMEPRAZOL FARMACOL INST. CAPSULA 2 0 MG CAJA X 300 UNDS
15,000 0 30 0 1,500

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 64,227
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 64,227
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 64,227 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2593-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS DE PELAEZ MARIA JESUS
CC 21285872
CR 83 # 44C - 24 LA AMERICA
TELEFONO: 5590050

www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Fernando Peláez R.
17183948
OBS: 3117084326

961

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luis Fernando Pelaez R. identificado con cédula número 17183.948, 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 Fernando Peláez R.

FECHA 03-04-2024

136

No. de Orden 2593

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA JESUS ROJAS DE PELAEZ | Documento | 21285872 |
| No. Camé | 17183948 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 83 NRO 44C -24 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS | FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 30 |

GENERICO SI ESTA AGOTADO , 1 PUFF EN CADA FOSA NASAL EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| TRAZODONA CLORHIDR 50mg CJx300TAB | TRAZODONA CLORHIDRATO | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS FERNANDO PELAEZ ROJAS |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Fernando Pelaez R.
Documento: 17183948
Télefono: 3117084326

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2593

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA JESUS ROJAS DE PELAEZ | Documento | 21285872 |
| No. Camé | 17183948 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 83 NRO 44C -24 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS | FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 30 |

GENERICO SI ESTA AGOTADO , 1 PUFF EN CADA FOSA NASAL EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| TRAZODONA CLORHIDR 50mg CJx300TAB | TRAZODONA CLORHIDRATO | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS FERNANDO PELAEZ ROJAS |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Fernando Pelaez R.
Documento: 17183948
Télefono: 3117084326

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2593

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA JESUS ROJAS DE PELAEZ | Documento | 21285872 |
| No. Carné | 17183948 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 83 NRO 44C -24 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| SATOREN 100MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| OMEPRAZOL 20MG CJX15CAPS | OMEPRAZOL 20MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FASTFEN 37.5/325MG FCOX10TAB | ACETAMINOFEN 325MG TRAMADOL | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | LUIS FERNANDO PELAEZ ROJAS |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Fernando Pelaez
Documento: 17183948
Télefono: 3117084326

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2593

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA JESUS ROJAS DE PELAEZ | Documento | 21285872 |
| No. Carné | 17183948 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 83 NRO 44C -24 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| SATOREN 100MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| OMEPRAZOL 20MG CJX15CAPS | OMEPRAZOL 20MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FASTFEN 37.5/325MG FCOX10TAB | ACETAMINOFEN 325MG TRAMADOL | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | LUIS FERNANDO PELAEZ ROJAS |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Fernando Pelaez
Documento: 17183948
Télefono: 3117084326

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4067582

CUFE: 43ff3e8db7a91056776f925022698ebbdaa
5c015bb20bfb511869f07306b05bc684d8950b90a
8925bb86bd11788fd581

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710414
FECHA: 03-04-2024 14:18
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329482
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 132030-AMOXICILINA GENFAR INST. CAPSULAS 500 MG CAJA X 50 UNDS | | | | |
| 13,200 | 0 | 40 | 0 | 10,560 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 10,560
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 10,560
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 10,560 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2591-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONSALVE RESTREPO MARTA FE
CC 43064660
CL 108 # 66 - 44 GRATAMIRA
TELEFONO: 4712055

Martha Monsalve C.43064660

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Martha Monsalve identificado con cédula número 43064.660, 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 Martha Monsalve

FECHA 03-04-2024

No. de Orden
2591

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTA FE MONSALVE RESTREPO | Documento | 43064660 |
| No. Carné | 3513840 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 42 |
|---|---|---|---|
| AMOXICILINA 500MG CJX50CAPS | AMOXICILINA TRIHIDRATO 500MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 14 |

TOMAR 1 CAPSULA DESPUES D EL DESAYUNO , ALMUERZO Y COMIDA , SUSPENDER EL AMO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 43064660
Télefono: 471.2055

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2591

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** **COPIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARTA FE MONSALVE RESTREPO | Documento | 43064660 |
| No. Carné | 3513840 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 42 |
|---|---|---|---|
| AMOXICILINA 500MG CJX50CAPS | AMOXICILINA TRIHIDRATO 500MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 14 |

TOMAR 1 CAPSULA DESPUES D EL DESAYUNO , ALMUERZO Y COMIDA , SUSPENDER EL AMO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 43064660
Télefono: 471205

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 60ca801dad6243793d9023d0d8970677e5e
01015db19ed79d1e5a014f7c0a83156aff026ef3a
dd0ef60cd2559967efd9

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710415
FECHA: 03-04-2024 14:30
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329484
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

364307-FERRIMED PLUS INST. TABLETAS CAJA X 60 UNDS
90,000 0 30 0 45,000

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 45,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 45,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]------ ---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 45,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2636-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY
CC 21362649
CL 50 # 15A - 8 BUENOS AIRES ALEJANDRO ECHAVARRIA
TELEFONO: 2221286
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena, NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

**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 3/04/2024

No. de Orden
2636

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO | Documento | 21362649 |
| No. Carné | 70119494 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CLL 8 NRO 84F-190 TORR 1 APTO 1113 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FERRIMED PLUS CJX30CAP | FERROSO FUMARATO 330MGASCORBICO ACIDO | CÁPSULA | TREINTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS por TRES MESES (Recomendación del especialista) ENTREGA 3/3. FÓRM

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOHN JAIRO CLAVIJO ARCILA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2636

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO | Documento | 21362649 |
| No. Carné | 70119494 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CLL 8 NRO 84F-190 TORR 1 APTO 1113 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FERRIMED PLUS CJX30CAP | FERROSO FUMARATO 330MGASCORBICO ACIDO | CÁPSULA | TREINTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS por TRES MESES (Recomendación del especialista) ENTREGA 3/3. FÓRM

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOHN JAIRO CLAVIJO ARCILA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 2f7f3826c77b27e2da8b4a9c22093eb5ee7
20bc1a8c144f747330cdd4b481d88dd38139b1478
05f14f796c5c9fcc5342

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710416
FECHA: 03-04-2024 14:38
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329485
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

757002-PALEXIS RETARD DCONT (RG) TABLETAS
50 MG CAJA X 60 UNDS
110,340 1 0 0 110,340

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 110,340
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 110,340
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 110,340 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2637-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY
CC 21362649
CL 50 # 15- BUENOS AIRES ALEJANDRO ECHAVARRIA
TELEFONO: 2221266
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmacias pasteur.com.co
Sistema propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LANRA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
1053806906
OBS.

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Berling Clavijo identificado con cédula número 43566902, 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 31/04/2024

| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA | Versión: 01<br>Código: GTH-F-005 |
|---|---|---|

**Beneficiario**
**MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO**
**No. Carné 70119494-A**

**Cédula 21362649**

*Fecha* **03 abril 2024**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TAPENTADOL 50 MG Tableta Liberación prolongada (TAPENTADOL 50 MG TLP)** | **VIA ORAL** | **UNA C/ 12 HORAS** | **60** | **SESENTA** |

SE REALIZA FÓRMULA DE CONTROL PARA UN MES (ENTREGAR GENÉRICOS SI NO HAY COMERCIAL)

Firma y Sello del Médico

**WENDY BUENO ARIZA**
**RM 91-011607**

***CODIGO:2637***

1085869405

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: a245bed7e0bb6099a37de65f3f3776585f7
38b07eafd5afbe6790a910d0c0d3ba9053f00b99d
d72cd34575808a1d3c80

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710418
FECHA: 03-04-2024 15:42
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329499
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 11 4 0 212,220
115143-RINAID(FUR.MOMETASONA) INST. SPRAY NASAL 0.05 % FRASCO 18 G
173,485 1 0 0 173,485
258537-NORAVER GARGANTA TABLETAS CEREZA CAJA X 96 UNDS
131,232 0 12 0 16,404
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC
1,314 3 0 0 3,942
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,320 1 20 0 42,480
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS
29,820 2 0 0 59,640
117200-AMOXIDAL DUO INST. COMPRIMIDOS 875 MG CAJA X 14 UNDS
37,492 1 0 0 37,492

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 545,663
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 545,663
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 545,663 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2540-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TRUJILLO MARTINEZ CLAUDINA
CC 34043122
CL 57 S # 43A - 51 EDIFICIO VALLE SUR-APTO 806 SABANETA

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS:

691

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 443b6905d67660c7db8173d0d53b17c82c1
8ce03b6820e2b72b6ac90213681519e9b9f614ec4
1a7f9f5a83cf39a1371b

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710421
FECHA: 03-04-2024 16:34
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329510
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 213255-TELMISARTAN MK TABLETAS 80 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 28,920 | 2 | 0 | 0 | 57,840 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 57,840
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 57,840
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 57,840 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2540-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TRUJILLO MARTINEZ CLAUDINA
CC 34043122
CL 57 S # 43A - 51 EDIFICIO VALLE SUR-AP
TO 806 SABANETA
TELEFONO: 3122933116
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Cedula 34043122

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 0a824e0ade50c1e6b78e667e00ce21c8b2b
d683303fd6a4d5637b04e056b3c22113bf5bc0e67
88ae18485bec7408c7ac

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710420
FECHA: 03-04-2024 16:19
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329507
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 365135-DIPROFOS AMPOLLA 7 MG CAJA 1 X 1 ML | | | | |
| 22,798 | 1 | 0 | 0 | 22,798 |
| 117200-DORIXINA RELAX INST. COMPRIMIDOS 125 MG/5 MG CAJA X 100 UNDS | | | | |
| 189,900 | 0 | 20 | 0 | 37,980 |
| 115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | | | | |
| 9,080 | 3 | 0 | 0 | 27,240 |
| 213222-EZETIMIBA/ATORVASTATINA MK TABLETAS 10/20 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 143,010 | 2 | 0 | 0 | 286,020 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 374,038
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 374,038
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 374,038 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2540-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TRUJILLO MARTINEZ CLAUDINA
CC 34043122
CL 57 S # 43A - 51 EDIFICIO VALLE SUR-AP
TO 806 SABANETA
TELEFONO: 3122933116
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD

160

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4067582

-CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710403
FECHA: 02-04-2024 17:54
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329320
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100279-MICARDIS (RG) INST. TELMISARTA COM PRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS
26,992 2 0 0 53,984
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 11 4 0 212,220
115143-RINAID(FUR.MOMETASONA) INST. SPRAY NASAL 0.05 % FRASCO 18 G
173,485 1 0 0 173,485
258537-NORAVER GARGANTA TABLETAS CEREZA C AJA X 96 UNDS
131,232 0 12 0 16,404
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG A MPOLLA 1 CC
1,314 3 0 0 3,942
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TAB LETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,320 1 20 0 42,480
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS
29,820 2 0 0 59,640
117200-AMOXIDAL DUO INST. COMPRIMIDOS 875 MG CAJA X 14 UNDS
37,492 1 0 0 37,492

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 599,647
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 599,647
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

ANULADO

----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 599,647 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2540-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TRUJILLO MARTINEZ CLAUDINA
CC 34043122

962

CL 37 S # 43A - 31 EDIFICIO VALLE SUR-AP
TO 806 SABANETA
TELEFONO: 3122933116
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Claudia Tejeda
C.C. 34043122

69-1

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Claudia Tejada M. identificado con cédula número 34043122, 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 02-04/24

No. de Orden
2540

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 34043122 |
| No. Camé | 10079247 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CLL 70 SUR NRO 38-358 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| TELMISARTAN 80MG CJX30TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

HASTA 3 AL DIA EN CASO D E DOLRO INTENSO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| FUROATO D MOMETASONA 0.05% SPRAY FCX140A | MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión | CÁPSULA | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 12 HORAS | 60 |

en la noche en cada fosa nasal

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| DIPROFOS 7MG/ML VIAL FCOX1ML | BETAMETASONA DIPROPIANATO | AMPOLLA | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | DOSIS ÚNICA | 1 |

en cadera intramuscualr dosi unica

| Nombre Funcionario: | HENRY CARDONA GIRALDO |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 34043122
Télefono: 3122933116

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2540

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 34043122 |
| No. Camé | 10079247 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CLL 70 SUR NRO 38-358 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| TELMISARTAN 80MG CJX30TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

HASTA 3 AL DIA EN CASO D E DOLRO INTENSO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| FUROATO D MOMETASONA 0.05% SPRAY FCX140A | MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión | CÁPSULA | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 12 HORAS | 60 |

en la noche en cada fosa nasal

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| DIPROFOS 7MG/ML VIAL FCOX1ML | BETAMETASONA DIPROPIANATO | AMPOLLA | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | DOSIS ÚNICA | 1 |

en cadera intramuscualr dosi unica

| Nombre Funcionario: | HENRY CARDONA GIRALDO |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 34043122
Télefono: 3122933116

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2540

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | CLAUDINA TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 34043122 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 10079247 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CLL 70 SUR NRO 38-358 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 15 |
|---|---|---|---|
| NORAVER CEREZA CJX96PASTILLAS | BENZOCAINA 10MGCETILPIRIDINIO | TABLETAS | QUINCE |

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

3 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | BLÍSTER | TRES |

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

en cadera intramuscualr cada 8 dioas por 3 semanas

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| COLCHICINA 0.5mg TAB CJX300TAB | COLCHICINA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EZETIMIB/ATORVAST 10MG/20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 20MGEZETIMIBE 10MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

mk 1 en la noche

| Nombre Funcionario: | HENRY CARDONA GIRALDO |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 34043927
Télefono: 3122933116

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2540

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: CLAUDINA TRUJILLO MARTINEZ | Documento: 34043122
No. Carné: 10079247 - C | Fecha autorización: 02/04/24
Dirección: CLL 70 SUR NRO 38-358
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

Medicamentos: NORAVER CEREZA CJX96PASTILLAS | Molécula: BENZOCAINA 10MGCETILPIRIDINIO | Tipo: TABLETAS | Total 15: QUINCE
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 5
3 al dia

Medicamentos: VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | Molécula: CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | Tipo: BLÍSTER | Total 3: TRES
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: CADA SEMANA | Tiempo tratamiento: 30
en cadera intramuscualr cada 8 dioas por 3 semanas

Medicamentos: COLCHICINA 0.5mg TAB CJX300TAB | Molécula: COLCHICINA | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 diariamente

Medicamentos: EZETIMIB/ATORVAST 10MG/20MG CJX30TAB | Molécula: ATORVASTATINA 20MGEZETIMIBE 10MG | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
mk 1 en la noche

Nombre Funcionario: HENRY CARDONA GIRALDO
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 34043927
Télefono: 3122933116
**Fecha de vencimiento:** 17/04/24
GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2540

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 34043122 |
| No. Carné | 10079247 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CLL 70 SUR NRO 38-358 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| DORIXINA RELAX 125MG/5MGCJX20COMP | CLONIXINATO LISINA 125MGCICLOBENZAPRINA | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 20 |

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

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

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

1 en la mañana

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| AMOXIDAL DUO 875MG CJX14COMP | AMOXICILINA TRIHIDRATO 875MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 7 |

1 en la mañana y la tarde con estomago lleno

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HENRY CARDONA GIRALDO |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 34043122
Télefono: 3122933116

Fecha de vencimiento: 17/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2540

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 34043122 |
| No. Carné | 10079247 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CLL 70 SUR NRO 38-358 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| DORIXINA RELAX 125MG/5MGCJX20COMP | CLONIXINATO LISINA 125MGCICLOBENZAPRINA | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 20 |

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

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

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

1 en la mañana

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| AMOXIDAL DUO 875MG CJX14COMP | AMOXICILINA TRIHIDRATO 875MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 7 |

1 en la mañana y la tarde con estomago lleno

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HENRY CARDONA GIRALDO |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 34043122
Télefono: 3122933116

Fecha de vencimiento: 17/04/24

GTH-F-005 V.01


89

No. de Orden
2540

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 34043122 |
| No. Camé | 10079247 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CLL 70 SUR NRO 38-358 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HENRY CARDONA GIRALDO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 34043122
Télefono: 3122933116

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2540

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 34043122 |
| No. Camé | 10079247 - C | Fecha autorización | 02/04/24 |
| Dirección | CLL 70 SUR NRO 38-358 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HENRY CARDONA GIRALDO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 34043122
Télefono: 3122933116

**Fecha de vencimiento:** 17/04/24

GTH-F-005 V.01


691

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710461
FECHA: 04-04-2024 16:15
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329741
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 79,900 | 2 | 0 | 0 | 159,800 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 159,800
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 159,800
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXENTAS: | 159,800 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2594-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO LOPEZ MARGARITA
CC 32503803
CR 77B # 47 - 83 APT 402
TELEFONO: 4166667
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

32503803

OBS:

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710422
FECHA: 03-04-2024 17:07
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329520
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|

100278-ROSUVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 250 UNDS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 137,750 | 0 | 60 | 0 | 33,060 |

115700-SATURN II FORTE INST. TABLETAS 100/12.5 MG CAJA X 30 UNDS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11,070 | 2 | 0 | 0 | 22,140 |

115100-ESZOPICLONA (ISOKLON) INST. RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 26,586 | 4 | 0 | 0 | 106,344 |

024004-ASPIRINA TABLETAS 100 MG CAJA X 28 UNDS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 18,620 | 2 | 0 | 0 | 37,240 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 198,784
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 198,784
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 198,784 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2594-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO LOPEZ MARGARITA
CC 32503803
CR 77B # 47 - 83 APT 402
TELEFONO: 4166667
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

170

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Raimel Mejía Tabares identificado con cédula número 5910513, 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 03 04 2024

No. de Orden 2594

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARGARITA RESTREPO LOPEZ | Documento | 32503803 |
| No. Carné | 15910523 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 77B NRO 47-83 APTO 402 VELODROMO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 40mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100/12.5MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la mañana

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ISOKLON 3MG CJX14TAB | ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ASPIRINA 100MG CJX28TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

BAYER, 1 DIARIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | REINEL MEJIA TABARES |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 15910523
Télefono: 416 6667

GTH-F-005 V.01

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24


No. de Orden 2594

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARGARITA RESTREPO LOPEZ | Documento | 32503803 |
| No. Carné | 15910523 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 77B NRO 47-83 APTO 402 VELODROMO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 40mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100/12.5MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la mañana

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ISOKLON 3MG CJX14TAB | ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ASPIRINA 100MG CJX28TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

BAYER, 1 DIARIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | REINEL MEJIA TABARES |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 15910523
Télefono: 4166667

GTH-F-005 V.01

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

No. de Orden
2594

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARGARITA RESTREPO LOPEZ | Documento | 32503803 |
| No. Carné | 15910523 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 77B NRO 47-83 APTO 402 VELODROMO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Nombre Funcionario: | REINEL MEJIA TABARES | |
|---|---|---|
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES<br>RM: 5-1607-96 | | Recibido Por:<br>Firma:<br>Documento: 1591523<br>Télefono: 4166602 |

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2594

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARGARITA RESTREPO LOPEZ | Documento | 32503803 |
| No. Carné | 15910523 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 77B NRO 47-83 APTO 402 VELODROMO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Nombre Funcionario: | REINEL MEJIA TABARES | |
|---|---|---|
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES<br>RM: 5-1607-96 | | Recibido Por:<br>Firma:<br>Documento: 1591523<br>Télefono: 4166602 |

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710424
FECHA: 03-04-2024 17:18
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1329524
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100 /25 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 6,210 | 1 | 0 | 0 | 6,210 |
| 600229-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 500 MG C AJA X 30 UNDS | | | | |
| 63,720 | 2 | 0 | 0 | 127,440 |
| 683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS | | | | |
| 4,800 | 0 | 60 | 0 | 960 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 134,610
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 134,610
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 134,610 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2661-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ BOLIVAR FANNY
CC 43503064
CL 30 # 82A - 32 CS 1 PS
TELEFONO: 6031962
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---------- Fanny Alvarez Bolivar 43503064

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710425
FECHA: 03-04-2024 17:41
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1329529
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 115500-STAFEN INST. (FENOFIBRATO) CAPSULA S 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 129,900 | 2 | 0 | 0 | 259,800 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 259,800
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 259,800
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 259,800 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2661-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ BOLIVAR FANNY
CC 43503064
CL 30 # 82A - 32 CS 1 PS
TELEFONO: 6031962
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---------- Fanny Alvarez Bolivar 43503064
OBS:

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710451
FECHA: 04-04-2024 15:17
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1329727
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100 /25 MG CAJA X 30 UNDS
6,210 1 0 0 6,210
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5/325 MG CA JA X 90 UNDS
96,428 0 60 0 64,285
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/6 5MG CAJA X 50 UNDS
79,900 1 0 0 79,900
669510-DOLEX FORTE INST TABLETAS 500MG/65 MG CAJA X 48 UNDS
76,704 0 12 0 19,176

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 169,571
------------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 169,571
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 89,671 0
EXENTAS: 79,900 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2661-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ BOLIVAR FANNY
CC 43503064
CL 30 # 82A - 32 CS 1 PS
TELEFONO: 6031962
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710506
FECHA: 05-04-2024 13:57
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329927
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/6 5MG CAJA X 50 UNDS
79,900 1 8 0 92,684

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 92,684
------------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 92,684
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXENTAS: 92,684 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2661-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ BOLIVAR FANNY
CC 43503064
CL 30 # 82A - 32 CS 1 PS
TELEFONO: 6031962
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD Fanny Alvarez
MEDI.GENERAL 43503064
---

OBS:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Fanny Alvarez Bolivar identificado con cédula número 43502064, 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 03.04.2024

No. de Orden 2661

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | FANNY ALVAREZ BOLIVAR | Documento | 43503064 |
|---|---|---|---|
| No. Camé | 8247664 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CLL 30 82A-32 B. Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNA S . MK

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SINALGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 500MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 500MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DESPUES DEL ALMUERZO

| Nombre Funcionario: | USUARDO DE J RENDON AGUDELO |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Fany Alv Ddo
Documento: 43503064
Télefono: 3116268819

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01

1921


No. de Orden 2661

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: FANNY ALVAREZ BOLIVAR | Documento: 43503064
No. Camé: 8247664 - C | Fecha autorización: 03/04/24
Dirección: CLL 30 82A-32 B. Belen
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNA S . MK

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SINALGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 500MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 500MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DESPUES DEL ALMUERZO

Nombre Funcionario: USUARDO DE J RENDON AGUDELO

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Fany Alv Ddo
Documento: 43503064
Télefono: 3116268819

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2661

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FANNY ALVAREZ BOLIVAR | Documento | 43503064 |
| No. Carné | 8247664 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CLL 30 82A-32 B. Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FENOVAS 10MG CJA X 30 CAP | ACIDO FENOFIBRICO 135MGROSUVASTATINA 10MG | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

STAFEN O GENERICO SI ESTA AGOTADO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | USUARDO DE J RENDON AGUDELO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1135303064
Télefono: 3116268819

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2661

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FANNY ALVAREZ BOLIVAR | Documento | 43503064 |
| No. Carné | 8247664 - C | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CLL 30 82A-32 B. Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FENOVAS 10MG CJA X 30 CAP | ACIDO FENOFIBRICO 135MGROSUVASTATINA 10MG | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

STAFEN O GENERICO SI ESTA AGOTADO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | USUARDO DE J RENDON AGUDELO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1135303064
Télefono: 3116268819

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e
nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710427
FECHA: 03-04-2024 18:43
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1329545
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 662001-LYRICA INST. (RG) CAPSULAS 75 MG C AJA X 30 UNDS | | | | |
| 46,260 | 4 | 0 | 0 | 185,040 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 185,040
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 185,040
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 185,040 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: GTH-F-005-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OCAMPO DE ARROYAVE EMMA DEL SOCORRO
CC 32539677
CR 65A # 1 S - 16
TELEFONO: 5820926
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---

OBS: 8294372

184

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Juan Amorar identificado con cédula número 8294372, 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 03.04.2024

| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA | Versión: 01<br>Código: GTH-F-005 |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Beneficiario**<br>**EMMA OCAMPO** | **Cédula 32539677** | |
| **No. Carné** | **Fecha 03 04 2024** | |
| R/. | | **Cantidad** |
| **PREGABALINA 75 MGR TABLETA (LYRICA)** | **VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS** | **120 CIENTO VEINTE** |
| | | |
| | **PARA 2 MESES** | |

Firma y Sello del Médico

COD 2662

8294372

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710429
FECHA: 03-04-2024 18:54
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1329550
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 600283-LATANOX (CF) INST.(RG) SOLUCION OFTALMICA CAJA 2.5 ML | | | | |
| 38,255 | 1 | 0 | 0 | 38,255 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 38,255
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 38,255
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 38,255 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2674-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GUERRA DE VASCO ANA RITA
CC 21981511
CL 30 # 79A - 77 EDAD DE ORO BELEN LA PALMA
TELEFONO: 60450554683
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Elsa Ayala
---
CC 43.498.226
OBS:

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710435
FECHA: 04-04-2024 10:13
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE ARDILA
SECUENCIA: 1329678
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS | | | | |
| 37,428 | 5 | 0 | 0 | 187,140 |
| 669317-TRAZODONA HCI MK INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 50 UNDS | | | | |
| 30,800 | 0 | 30 | 0 | 18,480 |
| 100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | | | | |
| 18,864 | 3 | 12 | 0 | 70,740 |
| 132057-CARVEDILOL GENFAR INST. (RG) TABLETAS 6.25 MG CAJA X 300 UNDS | | | | |
| 82,500 | 0 | 30 | 0 | 8,250 |
| 240162-FLUTICASONA 8ML SPRAY NASAL FRASCO X 1 UND | | | | |
| 30,387 | 1 | 0 | 0 | 30,387 |
| 213340-IRBESARTAN/HCT MK (RG) TABLETAS 300/12.5 MG CAJA X 14 UNDS | | | | |
| 26,250 | 2 | 0 | 0 | 52,500 |
| 323151-PA¥ALES TENA SLIP CLASICO TALLA M BOLSA X 21 UNDS | | | | |
| 50,694 | 1 | 0 | 0 | 50,694 |
| 323150-PA¥ALES TENA SLIP CLASICO TALLA M BOLSA X 9 UNDS | | | | |
| 22,868 | 1 | 0 | 0 | 22,868 |
| 662021-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 15,420 | 1 | 0 | 0 | 15,420 |
| 203251-GLUCOPHAGE XR TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 69,000 | 1 | 0 | 0 | 69,000 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 525,479
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 525,479
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO 11,745

190

EXCLUIDAS: 451,917 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2674-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GUERRA DE VASCO ANA RITA
CC 21981511
CL 30 # 79A - 77 EDAD DE ORO BELEN LA PALMA
TELEFONO: 60450554683
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Elsa Villa
---
CC 43.498.226

OBS:

161

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710449
FECHA: 04-04-2024 15:06
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1329722
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 682634-COLESTIRAMINA GENF INST. X 100 SOB RES 4 G | | | | |
| 283,500 | 0 | 30 | 0 | 85,050 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 85,050
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 85,050
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 85,050 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2674-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GUERRA DE VASCO ANA RITA
CC 21981511
CL 30 # 79A - 77 EDAD DE ORO BELEN LA PALMA
TELEFONO: 60450554693
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Elsa Vila

CC 43.498.226

OBS:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Elsa María Villa Gomez identificado con cédula número 43.498.226, 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 Elsa María Villa G

FECHA 03-04-2024

No. de Orden 2674

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA RITA GUERRA DE VASCO | Documento | 21981511 |
| No. Carné | 3566836 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 48 NRO 53-23 INT 301 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| TRAZODONA 50MG CJX50TAB | TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CARVEDILOL 6.25MG | CARVEDILOL | TARRO | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS | FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 30 |

ENTREGAR GENERICO SI ESTA AGOTADO

| Nombre Funcionario: | VASCO GUERRA HERIBERTO DE JESUS |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Elsa Villa G.
Documento: 43.498.226
Télefono: 3-77-723-3233

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2674

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA RITA GUERRA DE VASCO | Documento | 21981511 |
| No. Carné | 3566836 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 48 NRO 53-23 INT 301 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| TRAZODONA 50MG CJX50TAB | TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CARVEDILOL 6.25MG | CARVEDILOL | TARRO | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS | FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 30 |

ENTREGAR GENERICO SI ESTA AGOTADO

| Nombre Funcionario: | VASCO GUERRA HERIBERTO DE JESUS |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Elsa Villa G.
Documento: 43.498.226
Télefono: 3-77-723-3233

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


196

No. de Orden
2674

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA RITA GUERRA DE VASCO | Documento | 21981511 |
| No. Carné | 3566836 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 48 NRO 53-23 INT 301 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| IRBESARTAN HIDR 300/12.5mg TRPCJX30TAB | I R B E S A R T A N HIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| COLESTIRAMINA 4G POV CJX15SOB | COLESTIRAMINA 4G Gránulo | SOBRE | TREINTA |

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

1 diario si hay diarrea

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA M BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA M BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| LATANOX 0.05MG/ML SO FCOX5ML | LATANOPROST 0.05MGML SO | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 30 | |

1 GOTA EN LA NOCHE EN OJO DERECHO

| Nombre Funcionario: | VASCO GUERRA HERIBERTO DE JESUS |
|---|---|

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Elsa Vilma G.
Documento: 43.498.226
Télefono: 3.77.723 3233

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2674

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA RITA GUERRA DE VASCO | Documento | 21981511 |
| No. Carné | 3566836 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 48 NRO 53-23 INT 301 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| IRBESARTAN HIDR 300/12.5mg TRPCJX30TAB | I R B E S A R T A N HIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| COLESTIRAMINA 4G POV CJX15SOB | COLESTIRAMINA 4G Gránulo | SOBRE | TREINTA |

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

1 diario si hay diarrea

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA M BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA M BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES) | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| LATANOX 0.05MG/ML SO FCOX5ML | LATANOPROST 0.05MGML SO | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 30 | |

1 GOTA EN LA NOCHE EN OJO DERECHO

| Nombre Funcionario: | VASCO GUERRA HERIBERTO DE JESUS |
|---|---|

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Elsa Vilma G.
Documento: 43.498.226
Télefono: 3.77.723 3233

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


1691

No. de Orden 2674

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA RITA GUERRA DE VASCO | Documento | 21981511 |
| No. Camé | 3566836 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 48 NRO 53-23 INT 301 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 25MG CJX30CAP | PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE XR 500MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 500MG Tableta de liberación | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 3 |

1 DESPUES EL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

TOMAR EN AYUNA S Y EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | VASCO GUERRA HERIBERTO DE JESUS |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Elsa Villa G
Documento: 43.498.226
Télefono: 3177233233

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2674

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA RITA GUERRA DE VASCO | Documento | 21981511 |
| No. Camé | 3566836 - A | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CRA 48 NRO 53-23 INT 301 RIONEGRO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 25MG CJX30CAP | PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE XR 500MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 500MG Tableta de liberación | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 3 |

1 DESPUES EL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

TOMAR EN AYUNA S Y EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | VASCO GUERRA HERIBERTO DE JESUS |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Elsa Villa G
Documento: 43.498.226
Télefono: 3177233233

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01


198

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: ingresado desde código. Pendiente envío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710450
FECHA: 04-04-2024 15:09
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329725
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 132106-ALLEGRA PEDIATRICO INST. SUSPENSION CAJA 150 ML | | | | |
| 86,181 | 1 | 0 | 0 | 86,181 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 86,181
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 86,181
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 86,181 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2645-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR ARANGO MATIAS
RC 1033264710
CL 9 # 72 - 50 BIZET APT 903
TELEFONO: 103326471[illegible]
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Viviana Escobar

OBS: 43495412

200

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Gloria Escobar identificado con cédula número 43445412, 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 Gloria Escobar

FECHA 04-04-2024

202

No. de Orden
2645

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MATIAS ESCOBAR ARANGO | Documento | 1033264710 |
| No. Carné | 43495412 - D | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CALLE 9 NRO 72-50 BELEN LAS PLAYAS MED | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ALLEGRA PED SUSP ORAL 30MG/5ML FCOX150ML | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 6MGML | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 5 c.c. | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

TOMAR 5 CC CADA NOCHE A LAS 6 PM POR UN MES

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | GLORIA CECILIA ESCOBAR ARANGO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43495412
Télefono: 3168223106

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2645

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MATIAS ESCOBAR ARANGO | Documento | 1033264710 |
| No. Carné | 43495412 - D | Fecha autorización | 03/04/24 |
| Dirección | CALLE 9 NRO 72-50 BELEN LAS PLAYAS MED | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ALLEGRA PED SUSP ORAL 30MG/5ML FCOX150ML | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 6MGML | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 5 c.c. | ORAL | CADA 24 HORAS | 30 |

TOMAR 5 CC CADA NOCHE A LAS 6 PM POR UN MES

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | GLORIA CECILIA ESCOBAR ARANGO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43495412
Télefono: 3168223106

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710453
FECHA: 04-04-2024 15:25
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329729
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASC O X 30 UNDS
71,880 2 0 0 143,760
100280-ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS
101,700 0 60 0 6,102
115123-ESCITALOPRAM MK DEXAPRON INST. TAB LETAS 20 MG CAJA X 300 UNDS
286,800 0 60 0 57,360
138731-SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 150 M G CAJA X 30 UNDS
69,995 2 0 0 139,990

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 347,212
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 347,212
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 347,212 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2682-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSPINA MESA CLAUDIA MARIA
CC 43027684
CR 78A # 48 - 71 3128887339
TELEFONO: 5831992
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Roxainy Vilches identificado con cédula número 52 [illegible] 5, 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 Roxainy Vilches

FECHA 04-04-24

No. de Orden 2682

**SENA** FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDIA MARIA OSPINA MESA | Documento | 43027684 |
| No. Carné | 70122234 - E | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 31 NRO 42A 61 APTO 405 CUID SAN DIEGO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR DOS PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 20MG CJX30COM | ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Comprimido | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS EN LAS MAÑANAS

| Nombre Funcionario: | HECTOR JAVIER OSPINA MESA MESA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 52732505
Télefono: 3006[illegible]

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01

012

No. de Orden 2682

**SENA** FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDIA MARIA OSPINA MESA | Documento | 43027684 |
| No. Carné | 70122234 - E | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 31 NRO 42A 61 APTO 405 CUID SAN DIEGO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR DOS PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 20MG CJX30COM | ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Comprimido | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS EN LAS MAÑANAS

| Nombre Funcionario: | HECTOR JAVIER OSPINA MESA MESA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 52732505
Télefono: 3006[illegible]

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2682

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDIA MARIA OSPINA MESA | Documento | 43027684 |
| No. Camé | 70122234 - E | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 31 NRO 42A 61 APTO 405 CUID SAN DIEGO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 150mg TLP CJX30TLP | QUETIAPINA FUMARATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 5 PM

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HECTOR JAVIER OSPINA MESA MESA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 5272905
Télefono: 3006655830

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2682

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDIA MARIA OSPINA MESA | Documento | 43027684 |
| No. Camé | 70122234 - E | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 31 NRO 42A 61 APTO 405 CUID SAN DIEGO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 150mg TLP CJX30TLP | QUETIAPINA FUMARATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 5 PM

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HECTOR JAVIER OSPINA MESA MESA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01

...PONSABLE DE IVA
GRAN... ...NTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTOR... ...DORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710454
FECHA: 04-04-2024 15:43
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329731
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 115701-PRIMAX INST. CREMA CAJA 20 G | | | | |
| 40,976 | 1 | 0 | 0 | 40,976 |
| 134053-FLUCONAZOL GENFAR CAPSULAS 200 MG CA'A X 4 UNDS | | | | |
| 2,128 | 4 | 0 | 0 | 8,512 |
| 121144-TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS | | | | |
| 4,359 | 1 | 0 | 0 | 4,359 |
| 121007-ALBENDAZOL GENFAR TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS | | | | |
| 896 | 1 | 0 | 0 | 896 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 54,743
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 54,743
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 54,743 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2711-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PULGARIN OSORIO SEBASTIAN
CC 1001995931
CR 86B # 49A ... HB.
TELEFONO: 312... ...
POLITICA DE ... ...CION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

212

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Elizabeth Osorio identificado con cédula número 32737678, 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 04-04-2024

No. de Orden 2711

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | SEBASTIAN PULGARIN OSORIO | Documento | 1001995931 |
|---|---|---|---|
| No. Camé | 71623485 - E | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CRA 86B NRO 49A -80 INT 102 CALAZANS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| PRIMAX 1% CR TBOX20G | CICLOPIROXOLAMINA 10MGG Crema | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 30 |

3 VECES AL DIA EN LESION

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 15 |
|---|---|---|---|
| FLUCONAZOL 200MG CJX5CAPS | FLUCONAZOL 200MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | QUINCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 60 |

TOMAR DESPUES DEL ALMUERZO MARTE Y VIERNES HASTA TERMINARLAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| TINIDAZOL 1G CJX4TAB | TINIDAZOL 1G Tableta | TABLETAS | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 2 |

GEN FAR.

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ALBENDAZOL 200MG CJX2TAB | ALBENDAZOL 200MG Tableta | TABLETAS | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | DOSIS ÚNICA | 1 |

GEN FAR

| Nombre Funcionario: | FABIO LEON PULGARIN CESPEDES | Recibido Por: |
|---|---|---|
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES<br>RM: 5-1607-96 | | Firma:<br>Documento: 32737674<br>Télefono: 5863191 |

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24 GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2711

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| Beneficiario | SEBASTIAN PULGARIN OSORIO | Documento | 1001995931 |
|---|---|---|---|
| No. Camé | 71623485 - E | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CRA 86B NRO 49A -80 INT 102 CALAZANS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| PRIMAX 1% CR TBOX20G | CICLOPIROXOLAMINA 10MGG Crema | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 30 |

3 VECES AL DIA EN LESION

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 15 |
|---|---|---|---|
| FLUCONAZOL 200MG CJX5CAPS | FLUCONAZOL 200MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | QUINCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 60 |

TOMAR DESPUES DEL ALMUERZO MARTE Y VIERNES HASTA TERMINARLAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| TINIDAZOL 1G CJX4TAB | TINIDAZOL 1G Tableta | TABLETAS | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 2 |

GEN FAR.

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ALBENDAZOL 200MG CJX2TAB | ALBENDAZOL 200MG Tableta | TABLETAS | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | DOSIS ÚNICA | 1 |

GEN FAR

| Nombre Funcionario: | FABIO LEON PULGARIN CESPEDES | Recibido Por: |
|---|---|---|
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES<br>RM: 5-1607-96 | | Firma:<br>Documento: 32737674<br>Télefono: 5863191 |

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24 GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: e8586306cb94d742142737bebd26e66cbad
9fef1fe43920801dd1c5fade6b0dfc9f16f688eb5
5972f892a785cf7aa577

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710490
FECHA: 05-04-2024 10:08
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329883
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---

119100-LIDOPROCTO INST. SUPOSITORIOS CAJA
X 10 UNDS
97,500 2 0 0 195,000

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 195,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 195,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 195,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2680-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA DE PAREJA CLAUDINA ROSA
CC 22043001
CL 23 # 70B - 7 INT 301 BR B. SAN BERN
ARDO
TELEFONO: 3206975656
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

Martha Luz pareja M
OBS: 39268748

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 06e2a264f1d8faaf0b04ceb1a365e006a24
245f9c723ee9bba3498eedf23a2dab0651ae6a3ca
82bcafd52fc3afd96c8f

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710455
FECHA: 04-04-2024 15:48
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1329733
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---

682634-COLESTIRAMINA GENF INST. X 100 SOB
RES 4 G
283,500 0 60 0 170,100
203240-GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABL
ETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS
68,610 2 0 0 137,220
200126-DERMACORTINE LOCION 0.1% CAJA 30 M
L
107,747 1 0 0 107,747
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500
MG CAJA X 16 UNDS
18,864 11 4 0 212,220
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG A
MPOLLA 1 CC
1,314 2 0 0 2,628
683019-ALENDRONATO MK INST. TABLETAS 70 M
G CAJA X 4 UNDS
3,336 2 0 0 6,672
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30
UNDS
29,820 2 0 0 59,640
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50
MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0 60 0 4,140
662001-LYRICA INST. (RG) CAPSULAS 75 MG C
AJA X 30 UNDS
46,260 2 0 0 92,520
132502-DOMPERIDONA(RG) INST. TABLETAS 10
MG CAJA X 20 UNDS
3,320 6 0 0 19,920
253743-SPIRIVA RESPIMAT (RG) INHALADOR 4
ML
99,298 2 0 0 198,596
118600-HIALTEARS INST. GOTAS OFTALMICAS 0
.4 % CAJA 10 ML
16,424 2 0 0 32,848
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 M
G CAJA X 30 UNDS
55,260 2 0 0 110,520
138037-BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 25 MG CA

218

612

9,800 2 0 0 19,600
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJ A X 50 UNDS
9,714 2 0 0 19,428
115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS
37,650 0 60 0 15,060

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,208,859
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,208,859
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 1,208,859 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2680-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA DE PAREJA CLAUDINA ROSA
CC 22043001
CL 23 # 70B - 7 INT 301 BR B. SAN BERN ARDO
TELEFONO: 3206975656
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Martha Luz Pareja
39268948

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710576
FECHA: 08-04-2024 16:37
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1330893
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 117202-OLOPAT INST. (OLOPATADINA) GOTAS 0 .2 % CAJA 5 ML | | | | |
| 9,580 | 2 | 0 | 0 | 19,160 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 19,160
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 19,160
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 19,160 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2680- domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA DE PAREJA CLAUDINA ROSA
CC 22043001
CL 23 # 70B - 7 INT 301 BR B. SAN BERN ARDO
TELEFONO: 3206975656
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Martha Luz pareja
3926894 8

220

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Martha Luz Pareja identificado con cédula número 39268948, 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 04-04-2024

No. de Orden 2680

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento | 22043001 |
| No. Camé | 15304097 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| COLESTIRAMINA 4G POV CJX15SOB | COLESTIRAMINA 4G Gránulo | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| LIDOPROCTO 5-0.25-100G SUP CJX10SUPOS | L I D O C A I N A 60MGHIDROCORTISONA | SUPOSITO | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SUPOSITORIO | RECTAL | CADA 24 HORAS | 60 |

CICLOS DE 7 DIAS SI NHAY MOLESTIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DESPUES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| MOMETASONA 0.1% LOC FCOX30ML | MOMETASONA FUROATO 1MGML Loción | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE POR CILOS MENOPRES A 7 DIAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 84268948
Télefono: 3192980647

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01

224


No. de Orden 2680

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento | 22043001 |
| No. Camé | 15304097 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| COLESTIRAMINA 4G POV CJX15SOB | COLESTIRAMINA 4G Gránulo | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| LIDOPROCTO 5-0.25-100G SUP CJX10SUPOS | L I D O C A I N A 60MGHIDROCORTISONA | SUPOSITO | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SUPOSITORIO | RECTAL | CADA 24 HORAS | 60 |

CICLOS DE 7 DIAS SI NHAY MOLESTIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DESPUES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| MOMETASONA 0.1% LOC FCOX30ML | MOMETASONA FUROATO 1MGML Loción | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE POR CILOS MENOPRES A 7 DIAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 84268948
Télefono: 3192980647

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2680

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento | 22043001 |
| No. Carné | 15304097 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 60 |

EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 8 |
|---|---|---|---|
| ALENDRONATO SODICO 70MG CJX4TAB | ALENDRONATO SODIO TRIHIDRATO 70MG Tableta | TABLETAS | OCHO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 60 |

GEN FAR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39268948
Télefono: 3129806 49

Fecha de vencimiento: 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2680

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento: 22043001
No. Carné: 15304097 - A | Fecha autorización: 04/04/24
Dirección: CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

Medicamentos: DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | Molécula: ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | Tipo: TABLETAS | Total 180: CIENTO OCH
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
3 AL DIA

Medicamentos: VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | Molécula: CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | Tipo: AMPOLLA | Total 2: DOS
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: CADA MES | Tiempo tratamiento: 60
EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA MES

Medicamentos: ALENDRONATO SODICO 70MG CJX4TAB | Molécula: ALENDRONATO SODIO TRIHIDRATO 70MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 8: OCHO
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA SEMANA | Tiempo tratamiento: 60
GEN FAR

Medicamentos: CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB | Molécula: CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 39268948
Télefono: 3129806 49
Fecha de vencimiento: 18/04/24
GTH-F-005 V.01


225

No. de Orden
2680

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento | 22043001 |
| No. Carné | 15304097 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 75mg CDR CJX30CAP | PREGABALINA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOMPERIDONA 10MG CJX20TAB | DOMPERIDONA MALEATO 10MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 39268948
Télefono: 3192980647

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01

927


No. de Orden
2680

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento: 22043001
No. Carné: 15304097 - A | Fecha autorización: 04/04/24
Dirección: CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
MK 1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 75mg CDR CJX30CAP | PREGABALINA | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOMPERIDONA 10MG CJX20TAB | DOMPERIDONA MALEATO 10MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
2 AL DIA

Nombre Funcionario: HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 39268948
Télefono: 3192980647
Fecha de vencimiento: 18/04/24
GTH-F-005 V.01.

No. de Orden 2680

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento | 22043001 |
| No. Carné | 15304097 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| SPIRIVA RESPIMAT2.5MCG AES FCOX30DOSIS | TIOTROPIO BROMURO HIDRATO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

1 puff diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| HIALTEARS 0.4% FCOX10ML | SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en ayuna s

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BETALOC ZOK 25MG TLP CJX30TAB | METOPROLOL SUCCINATO 25MG TLP | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 3268948
Télefono: 3129980647

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2680

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento | 22043001 |
| No. Carné | 15304097 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| SPIRIVA RESPIMAT2.5MCG AES FCOX30DOSIS | TIOTROPIO BROMURO HIDRATO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 60 |

1 puff diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| HIALTEARS 0.4% FCOX10ML | SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en ayuna s

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BETALOC ZOK 25MG TLP CJX30TAB | METOPROLOL SUCCINATO 25MG TLP | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |
|---|---|

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 3268948
Télefono: 3129980647

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01


227

No. de Orden 2680

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento | 22043001 |
| No. Camé | 15304097 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| **EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS** | **LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG** | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNA S , ELTROXIN AGOTADO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| **OLOFTAL 0.2% FCOX5ML** | **OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas** | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE , SI ESTA AGOTADO ENTREGAR GENERICO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 1372768948
Télefono: 3192980617

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01

220


No. de Orden 2680

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLAUDINA ROSA MESA DE PAREJA | Documento | 22043001 |
| No. Camé | 15304097 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| **EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS** | **LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG** | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNA S , ELTROXIN AGOTADO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| **OLOFTAL 0.2% FCOX5ML** | **OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas** | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE , SI ESTA AGOTADO ENTREGAR GENERICO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 1372768948
Télefono: 3192980617

**Fecha de vencimiento:** 18/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde cśdigo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710457
FECHA: 04-04-2024 15:54
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1329735
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 385851-VOLTAREN FORTE EMULGEL CAJA 100 G | | | | |
| 96,611 | 1 | 0 | 0 | 96,611 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 96,611
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 96,611
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 96,611 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2710-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO MARTINEZ ELIZABETH
CC 32737674
CR 868 # 49A - 80 ED.VERSALLES APT102 C
ALAZANSA
TELEFONO: 5863191
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Elizabeth Osorio
32737674

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Elizabeth Osorio identificado con cédula número 32732674, 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 04-04-2024

No. de Orden
2710

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ELIZABETH OSORIO MARTINEZ | Documento | 32737674 |
| No. Carné | 71623485 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CRA 86B NRO 49A -80 INT 102 CALAZANS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| VOLTAREN EMULGEL TBOX100G | DICLOFENACO DIETILAMINA 1% Gel | TUBO | UN |

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

2 VECES AL DIA EN AREA DOLOROSA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Funcionario: | FABIO LEON PULGARIN CESPEDES | | |
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES<br>RM: 5-1607-96 | Recibido Por:<br>Firma:<br>Documento: 32737674<br>Télefono: 5863191 | | |

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

234

No. de Orden
2710

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ELIZABETH OSORIO MARTINEZ | Documento | 32737674 |
| No. Carné | 71623485 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CRA 86B NRO 49A -80 INT 102 CALAZANS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| VOLTAREN EMULGEL TBOX100G | DICLOFENACO DIETILAMINA 1% Gel | TUBO | UN |

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

2 VECES AL DIA EN AREA DOLOROSA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Funcionario: | FABIO LEON PULGARIN CESPEDES | | |
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES<br>RM: 5-1607-96 | Recibido Por:<br>Firma:<br>Documento: 32737674<br>Télefono: 5863191 | | |

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvoo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710465
FECHA: 04-04-2024 13:48
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1329747
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249166-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
26,280 2 0 0 52,560
249168-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 150 MG CAJ A X 30 UNDS
52,560 2 0 0 105,120
662002-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAP SULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
92,550 6 0 0 555,300
600148-DIMARD INST. HIDROXICLOROQUINA TAB LETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS
11,500 3 0 0 34,500
600326-NATRILIX SR INST. TABLETAS 1.5 MG CAJA X 30 UNDS
11,185 2 0 0 22,370
115110-PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 M G CAJA X 30 UNDS
17,250 2 0 0 34,500
115300-SINALGEN INST. TABLETA 5/325 MG CA JA X 90 UNDS
96,428 0 60 0 64,285
100218-DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS BLANDA S 500 MG CAJA X 10 UNDS
15,440 18 0 0 277,920
115101-TRIMEBUTINA LP MK INST. TABLETAS 3 00 MG CAJA X 10 UNDS
11,920 12 0 0 143,040
682560-ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG CAJA X 1000 UNIDS
37,000 0 60 0 2,220
100279-AGUJA INSULINA INST. GLUCOQUICK 3 1G / 4 MM CAJA X 100 UNDS
19,500 0 60 0 11,700

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,303,515
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,303,515
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

236

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 1,303,515 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2708-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDONA POSADA BEATRIZ
CC 41689031
CL 48B # 88 - 11 CS 1P FLORESTA LOS AL CAZARES
TELEFONO: 5374632

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Beatriz Cardona P
41689031

OBS:

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: ab3f11707beb214af87d95b8a137642874c
d397cc4b521fc3a1fd228d671471caabe8038f4dc
7d253e72cb7e12d3349d

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710505
FECHA: 05-04-2024 12:13
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329903
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132210-KETOPROFENO INT. GENFAR GEL 2.5%
TUBO 60 G
8,990 3 0 0 26,970

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 26,970
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 26,970
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 26,970 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2708-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDONA POSADA BEATRIZ
CC 41689031
CL 48B # 88 - 11 CS 1P FLORESTA LOS AL
CAZARES
TELEFONO: 5374632
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Graham Castro C
1137474

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e
nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710509
FECHA: 05-04-2024 14:19
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1329933
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100279-SAXENDA (CF) (RG) INST. PLUMA PREL
LENADA 6 MG CAJA X 1 UND
160,643 6 0 0 963,858
117300-APROVASC INST. (RG) COMPRIMIDOS 30
0 MG/5 MG CAJA X 28 UNDS
254,324 2 0 0 508,648

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,472,506
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,472,506
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,472,506 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2708-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDONA POSADA BEATRIZ
CC 41689031
CL 48B # 88 - 11 CS 1P FLORESTA LOS AL
CAZARES
TELEFONO: 5374632
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Graham Castro
1137474

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Beatriz Cardona P. identificado con cédula número 41685031, 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 Beatriz Cardona P.

FECHA 04-04-2024

No. de Orden 2708

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ CARDONA POSADA | Documento | 41689031 |
| No. Carné | 11371474 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 48B NRO 88-11 FLORESTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| TRIMEBUTINA LP 300mg TLP CJX30TLP | TRIMEBUTINA MALEATO | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EFEXOR XR 150MG CJX30CAP | VENLAFAXINA CLORHIDRATO 150MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EFEXOR XR 75MG CJX30CAP | VENLAFAXINA CLORHIDRATO 75MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 150 MG CJX30CAPS | PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 8 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ABRAHAN CASTRO CASTRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Beatriz Cardona
Documento: 41689031
Télefono: 6045843549

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

242


No. de Orden 2708

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** **COPIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ CARDONA POSADA | Documento | 41689031 |
| No. Carné | 11371474 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 48B NRO 88-11 FLORESTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| TRIMEBUTINA LP 300mg TLP CJX30TLP | TRIMEBUTINA MALEATO | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EFEXOR XR 150MG CJX30CAP | VENLAFAXINA CLORHIDRATO 150MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EFEXOR XR 75MG CJX30CAP | VENLAFAXINA CLORHIDRATO 75MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 150 MG CJX30CAPS | PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 8 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ABRAHAN CASTRO CASTRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Beatriz Cardona
Documento: 41689031
Télefono: 6045843549

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2708

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ CARDONA POSADA | Documento | 41689031 |
| No. Carné | 11371474 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 48B NRO 88-11 FLORESTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DIMARD 200MG CJX20TAB | HIDROXICLOROQUINA SULFATO 200MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 1MG FCOX100TAB | FOLICO ACIDO 1MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6 |
|---|---|---|---|
| SAXENDA 6MG/ML SY CJA X 1 JP | LIRAGLUTIDA 6MGML SY | ESFERO | SEIS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 3 U.I. | SUBCUTANEA | CADA 24 HORAS | 60 | |

APLICAR SEGÚN LO INDICADO POR ENDOCRINOLOGÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AGUJAS PEN UF 29GX1/2MM CJX100 REF 328200 | AGUJAS PEN UF 29GX1/2MM CJX100 REF 328200 | AGUJA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | SUBCUTANEA | CADA 24 HORAS | 60 | Aprobado |

USAR UNA DIARIA PARA APLICACIÓN DE SAXENDA

| Nombre Funcionario: | ABRAHAN CASTRO CASTRO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Beatriz Cardona
Documento: 41689031
Télefono: 6045843549

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2708

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ CARDONA POSADA | Documento | 41689031 |
| No. Carné | 11371474 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 48B NRO 88-11 FLORESTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DIMARD 200MG CJX20TAB | HIDROXICLOROQUINA SULFATO 200MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 1MG FCOX100TAB | FOLICO ACIDO 1MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6 |
|---|---|---|---|
| SAXENDA 6MG/ML SY CJA X 1 JP | LIRAGLUTIDA 6MGML SY | ESFERO | SEIS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 3 U.I. | SUBCUTANEA | CADA 24 HORAS | 60 | |

APLICAR SEGÚN LO INDICADO POR ENDOCRINOLOGÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AGUJAS PEN UF 29GX1/2MM CJX100 REF 328200 | AGUJAS PEN UF 29GX1/2MM CJX100 REF 328200 | AGUJA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | SUBCUTANEA | CADA 24 HORAS | 60 | Aprobado |

USAR UNA DIARIA PARA APLICACIÓN DE SAXENDA

| Nombre Funcionario: | ABRAHAN CASTRO CASTRO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Beatriz Cardona
Documento: 41689031
Télefono: 6045843549

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


243

No. de Orden 2708

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ CARDONA POSADA | Documento | 41689031 |
| No. Carné | 11371474 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 48B NRO 88-11 FLORESTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PANTOPRAZOL 20MG CJX30TAB | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 30MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| APROVASC 300/5MG CJX28TAB | IRBESARTAN 300MGAMLODIPINO | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

ENTREGAR ACTIV GEL. TOMAR CADA 8 HORAS

| Nombre Funcionario: | ABRAHAN CASTRO CASTRO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Beatriz Cardona
Documento: 41689031
Télefono: 6046843549

Fecha de vencimiento: 19/04/24

GTH-F-005 V.01

---

No. de Orden 2708

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ CARDONA POSADA | Documento | 41689031 |
| No. Carné | 11371474 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 48B NRO 88-11 FLORESTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PANTOPRAZOL 20MG CJX30TAB | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 30MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| APROVASC 300/5MG CJX28TAB | IRBESARTAN 300MGAMLODIPINO | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

ENTREGAR ACTIV GEL. TOMAR CADA 8 HORAS

| Nombre Funcionario: | ABRAHAN CASTRO CASTRO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Beatriz Cardona
Documento: 41689031
Télefono: 6045843549

Fecha de vencimiento: 19/04/24

GTH-F-005 V.01

2494

No. de Orden
2708

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ CARDONA POSADA | Documento | 41689031 |
| No. Carné | 11371474 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 48B NRO 88-11 FLORESTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| KETOPROFENO GEL 2,5% TUBX60G | KETOPROFENO 25MGG Gel | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN TODAS LAS ARTICULACIONES DOLOROSAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SINALGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ABRAHAN CASTRO CASTRO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Beatriz Cardona
Documento: 41689031
Télefono: 6045843549

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2708

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ CARDONA POSADA | Documento | 41689031 |
| No. Carné | 11371474 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 48B NRO 88-11 FLORESTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| KETOPROFENO GEL 2.5% TUBX60G | KETOPROFENO 25MGG Gel | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN TODAS LAS ARTICULACIONES DOLOROSAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SINALGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ABRAHAN CASTRO CASTRO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Beatriz Cardona
Documento: 41689031
Télefono: 6045843549

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


2 de 3

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FAC. ELECTRONICA DE VENTA: EG1710511
FECHA: 05-04-2024 17:15
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329980
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600586-EUTIROX INST. 88 MCG. 50 TBS.
45,500 1 10 0 54,600
115101-ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
35,160 2 0 0 70,320
117600-EXFORGE INST.(RG) COMPRIMIDOS 10/160 MG CAJA X 28 UNDS
48,132 2 0 0 96,264
213135-DULOXETINA MK (RG) CAPSULAS 30 MG CAJA X 7 UNDS
8,666 8 0 0 69,328
115100-ESZOPICLONA (ISOKLON) INST. RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS
26,586 4 0 0 106,344
662002-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
92 550 4 0 0 370,200
600519-WINADEINE F INST. TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 100 UNDS
34,600 1 20 0 41,520

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 808,576
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 808,576
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN D: .. 'S]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 808,576 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2754-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARZON DE ZULETA LAURA DE JESUS
CC 21443859
CR 43B # 87 - 10
TELEFONO: 2333290
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

246

Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MED. GENERAL

OBS: Ruth María Suleta G.
cc 43008104

4h2

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Ruth María Toledo C. identificado con cédula número 43008 104, 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 Ruth María Toledo C.

FECHA 05-04-2024

No. de Orden 2754

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA DE JESUS GARZON DE ZULETA | Documento | 21443859 |
| No. Carné | 70045511 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 75B NRO 84-47 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **EUTIROX® 88 MCG CAJA POR 30 TABLETAS** | **LEVOTIROXINA SODIO 88MCG TN** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis. | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB** | **ATORVASTATINA 40MG** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| **EXFORGE 10MG/160MG CJX28COMP** | **VALSARTAN 160MG AMLODIPINO BESILATO 10MG** | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| **DULOXETINA 30MG CJX7CAP .** | **DULOXETINA 30MG Cápsula de cubierta dura** | CÁPSULA | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | JUAN MARTIN ZULETA GARZON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Ruth Zuleta
Documento: C.C 43008104
Télefono: 3127815420

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2754

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA DE JESUS GARZON DE ZULETA | Documento | 21443859 |
| No. Carné | 70045511 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 75B NRO 84-47 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **EUTIROX® 88 MCG CAJA POR 30 TABLETAS** | **LEVOTIROXINA SODIO 88MCG TN** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB** | **ATORVASTATINA 40MG** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| **EXFORGE 10MG/160MG CJX28COMP** | **VALSARTAN 160MG AMLODIPINO BESILATO 10MG** | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| **DULOXETINA 30MG CJX7CAP .** | **DULOXETINA 30MG Cápsula de cubierta dura** | CÁPSULA | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | JUAN MARTIN ZULETA GARZON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Ruth Maria Zuleta
Documento: 43008104
Télefono: 3127815420

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

78

No. de Orden 2754

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA DE JESUS GARZON DE ZULETA | Documento | 21443859 |
| No. Carné | 70045511 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 75B NRO 84-47 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ISOKLON 3MG CJX14TAB | ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| PREGABALINA 150MG CJX14CAP | PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| WINADEINE F 325mg/30mg CJX30TAB | ACETAMINOFEN 325MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS POR NECESIDAD

| Nombre Funcionario: | JUAN MARTIN ZULETA GARZON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Ruth Zuleta
Documento: 43008104
Télefono: 3127815420

Fecha de vencimiento: 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2754

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA DE JESUS GARZON DE ZULETA | Documento | 21443859 |
| No. Carné | 70045511 - A | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CALLE 75B NRO 84-47 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ISOKLON 3MG CJX14TAB | ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| PREGABALINA 150MG CJX14CAP | PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| WINADEINE F 325mg/30mg CJX30TAB | ACETAMINOFEN 325MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS POR NECESIDAD

| Nombre Funcionario: | JUAN MARTIN ZULETA GARZON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Ruth Maria Zuleta
Documento: 43008104
Télefono: 3127815420

Fecha de vencimiento: 19/04/24

GTH-F-005 V.01


251

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde cśdigo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710512
FECHA: 05-04-2024 17:41
VENDEDOR: SARa ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329983
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600184-GASTROFAST ADVANCE INST. SACHET CA JA X 10 UNDS
31,390 18 0 0 565,020
115147-WASSERTROL(DEXA-NEOM-POLI)INS. GOT AS OFTALMICAS CAJA 5 ML
3,105 1 0 0 3,105
100217-STAMYL FORTE INST. (PANCREATI) GRA GEAS CAJA X 20 UNDS
23,900 6 0 0 143,400
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIM IDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
64,112 2 0 0 168,224
340020-ARCALION TABLETAS 200 MG FRASCO 3 X 20UND
62,760 1 0 0 62,760

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 942,509
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 942,509
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 942,509 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2739-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TANGARIFE FORERO ZULMA CLEMENCIA
CC 43555210
CL 45A # 79 - 61 AP 402 ED LOS MONJES
TELEFONO: 2501020
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

252

BUENOS AIRES REINA [illegible]

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

ZULMA TANGARIFE F

OBS: 43555210

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo ZULMA TANGARIFE identificado con cédula número 43556210, 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 ZULMA TANGARIFE F

FECHA 05/04/2024

No. de Orden
2739

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ZULMA CLEMENCIA TANGARIFE FORERO | Documento | 43555210 |
| No. Carné | 98582716 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CLL 45A 79-61 Apto402 B. La America | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | SOBRE | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR MEDIA HORA DESPUÉS DE FINALIZAR LA SEGUNDA MITAD DE CADA COMIDA, Y ANTES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| WASSERTROL3.5/1MG/6000UIXMLSSG FCOX5ML | NEOMICINA SULFATO DEXAMETASONA POLIMIXINA | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 10 |

DOS GOTAS EN CADA OJO TRES VECS AL DÍA POR 10 DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| STAMYL 175-25-50-40MG CJX20GRG | PANCREATINA 175MGHIDROLASA D | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR DE LA FORMA INDICADA, EN MEDIO DE LOS ALIMENTOS (10 MIN DESPUÉS DE LA PRIM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 40MG CJX28TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta de | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Nombre Funcionario: | EDWIN MARLON VERA PABON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: ZULMA TANGARI
Documento: 43555260
Télefono: 2501020

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

256


No. de Orden
2739

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ZULMA CLEMENCIA TANGARIFE FORERO | Documento | 43555210 |
| No. Carné | 98582716 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CLL 45A 79-61 Apto402 B. La America | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | SOBRE | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR MEDIA HORA DESPUÉS DE FINALIZAR LA SEGUNDA MITAD DE CADA COMIDA, Y ANTES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| WASSERTROL3.5/1MG/6000UIXMLSSG FCOX5ML | NEOMICINA SULFATO DEXAMETASONA POLIMIXINA | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 10 |

DOS GOTAS EN CADA OJO TRES VECS AL DÍA POR 10 DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| STAMYL 175-25-50-40MG CJX20GRG | PANCREATINA 175MGHIDROLASA D | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR DE LA FORMA INDICADA, EN MEDIO DE LOS ALIMENTOS (10 MIN DESPUÉS DE LA PRIM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 40MG CJX28TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta de | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Nombre Funcionario: | EDWIN MARLON VERA PABON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
ZULMA TANGARIFE
Firma:
Documento: 43555210
Télefono: 2501020

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2739

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ZULMA CLEMENCIA TANGARIFE FORERO | Documento | 43555210 |
| No. Carné | 98582716 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CLL 45A 79-61 Apto402 B. La America | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ARCALION 200MG CJX60COMP | SULBUTIAMINA 200MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL DESAYUNO, ACOMPAÑADO DE UN JUGO DE NARANJA

| Nombre Funcionario: | EDWIN MARLON VERA PABON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
ZULMA TANGARIFE
Firma:
Documento: 43555210
Télefono: 2501020

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2739

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ZULMA CLEMENCIA TANGARIFE FORERO | Documento | 43555210 |
| No. Carné | 98582716 - C | Fecha autorización | 04/04/24 |
| Dirección | CLL 45A 79-61 Apto402 B. La America | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ARCALION 200MG CJX60COMP | SULBUTIAMINA 200MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL DESAYUNO, ACOMPAÑADO DE UN JUGO DE NARANJA

| Nombre Funcionario: | EDWIN MARLON VERA PABON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
ZULMA TANGARIFE
Firma:
Documento: 43555210
Télefono: 2501020

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


257

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e
nv♦o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710513
FECHA: 05-04-2024 17:47
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1329986
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---

132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 4
0 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 120 0 4,080
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 M
G CAJA X 30 UNDS
55,260 2 0 0 110,520
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30
UNDS
29,820 2 0 0 59,640
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500
MG CAJA X 16 UNDS
18,864 7 8 0 141,480
240050-DISPAX CAPSULAS 100/300 MG CAJA X
32 UNDS
210,824 2 0 0 421,648
323153-PA╤ALES TENA SLIP CLASICO TALLA L
BOLSA X 21 UNDS
72,365 8 0 0 578,921
323152-PA╤ALES TENA SLIP CLASICO TALLA L
BOLSA X 9 UNDS
29,069 1 0 0 29,069
639531-NISTATINA+OXIDO ZINC PCAPS. CREMA
CAJA 60 G
23,884 2 0 0 47,768
132987-ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG
CAJA X 10 UNDS
3,110 6 0 0 18,660
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLU
CION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518
115108-ENALAPRIL MK INST. TABLETAS 20 MG
CAJA X 150 UNDS
32,100 0 40 0 8,560
132055-PREDNISOLONA GENFAR INST. TABLETAS
5 MG CAJA X 300 UNDS
11,100 0 60 0 2,220

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,440,084
----------[FORMAS DE PAGO]----------

MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,440,084
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

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

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| IVA DE: 19 | 510,916 | 97,074 |
| EXCLUIDAS: | 832,094 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2774-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TAMAYO DE CORREAL MARIA ADELFA
CC 21825724
CL 108 # 66 - 44 GRATAMIRA
TELEFONO: 4712055
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Catalina Correal
CC 1152708533

697

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv$o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710570
FECHA: 08-04-2024 12:03
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1330837
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 100279-RIFAXIMINA (RIFAMED) INST. TABLETAS 550 MG CAJA X 28 UNDS | | | | |
| 151,976 | 4 | 0 | 0 | 607,904 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 607,904
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 607,904
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 607,904 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2774-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TAMAYO DE CORREAL MARIA ADELFA
CC 21825724
CL 108 # 66 - 44 GRATAMIRA
TELEFONO: 4712055
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Catalina Correal
CC 1152708533

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Catalina Correal identificado con cédula número 1152708593, 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 Catalina Correal

FECHA 05/04/2024

No. de Orden 2774

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ADELFA TAMAYO DE CORREAL | Documento | 21825724 |
| No. Camé | 3513840 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX50TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Catalina Correal
Documento: 1152708583
Télefono: 471205 5

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

264


No. de Orden 2774

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ADELFA TAMAYO DE CORREAL | Documento | 21825724 |
| No. Camé | 3513840 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX50TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Catalina Correal
Documento: 1152708583
Télefono: 471205 5

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2774

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ADELFA TAMAYO DE CORREAL | Documento | 21825724 |
| No. Carné | 3513840 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 64 |
|---|---|---|---|
| DISPAX 300MG/100MG CJA X 16 CAP | DIMETICONA 300MGBROMURO DE | CÁPSULA | SESENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA BASIC TELA TALLA:L BOLX30UN | PAÑAL TENA BASIC TELA TALLA:L BOLX30UN | PAÑAL(ES | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 N/A | N/A | CADA 8 HORAS | 60 | Aprobado |

HACER TRES CAMBIOS DIARIOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| NISTATINA+OXIDO DE ZINC UNG TUBX60G | NISTATINA 100000UIGZINC OXIDO 200MGG Ungüento | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 | |

APLICAREN CADA CAMBIO DE PAÑAL

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| Rifamed 550 mg Caja x 100 Tabletas | Rifaximina 550 mg Tabletas Recubiertas | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Catalina Correal
Documento: 1152208533
Télefono: 4212055

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2774

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ADELFA TAMAYO DE CORREAL | Documento | 21825724 |
| No. Carné | 3513840 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 64 |
|---|---|---|---|
| DISPAX 300MG/100MG CJA X 16 CAP | DIMETICONA 300MGBROMURO DE | CÁPSULA | SESENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA BASIC TELA TALLA:L BOLX30UN | PAÑAL TENA BASIC TELA TALLA:L BOLX30UN | PAÑAL(ES) | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 N/A | N/A | CADA 8 HORAS | 60 | Aprobado |

HACER TRES CAMBIOS DIARIOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| NISTATINA+OXIDO DE ZINC UNG TUBX60G | NISTATINA 100000UIGZINC OXIDO 200MGG Ungüento | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 | |

APLICAREN CADA CAMBIO DE PAÑAL

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| Rifamed 550 mg Caja x 100 Tabletas | Rifaximina 550 mg Tabletas Recubiertas | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 | |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Catalina Correal
Documento: 1152208533
Télefono: 4212055

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2774

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ADELFA TAMAYO DE CORREAL | Documento | 21825724 |
| No. Carné | 3513840 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB | PREDNISOLONA 5MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 40 |
|---|---|---|---|
| ENALAPRIL 20MG CJX20TAB | ENALAPRIL MALEATO 20MG Tableta | TABLETAS | CUARENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR MEDIA TABLETA DIA POR MEDIO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Catalina Correal
Documento: 1152708533
Télefono: 4212055

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2774

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ADELFA TAMAYO DE CORREAL | Documento | 21825724 |
| No. Carné | 3513840 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB | PREDNISOLONA 5MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 40 |
|---|---|---|---|
| ENALAPRIL 20MG CJX20TAB | ENALAPRIL MALEATO 20MG Tableta | TABLETAS | CUARENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR MEDIA TABLETA DIA POR MEDIO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Catalina Correal
Documento: 1152708533
Télefono: 4212055

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


266

No. de Orden
2774

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ADELFA TAMAYO DE CORREAL | Documento | 21825724 |
| No. Carné | 3513840 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Catalina Correal
Documento: 1152708533
Télefono: 4212055

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2774

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ADELFA TAMAYO DE CORREAL | Documento | 21825724 |
| No. Carné | 3513840 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 108 NRO 66-44 GRATAMIRA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS HERNANDO CORREAL TAMAYO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Catalina correal
Documento: 1152708533
Télefono: 4212055.

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


267

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2--11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 6d65be4c2887d16cf4c4fe23881ddae71ec
837e54332cb1b1fa1e235e337ac7f07810d20161e
78a3cd39585011250bae

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: ES1710514
FECHA: 05-04-2024 17:53
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329990
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

200048-KETOMED INST. SHAMPOO 2 % FRASCO 1
00 ML
27,276 2 0 0 54,552
200352-DEXLANZOPRAL CAPSULAS 60 MG CAJA X
30 UNDS
262,194 2 0 0 524,388
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLU
CION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518
115135-MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG) TABLE
TAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
15,060 2 0 0 30,120
116900-CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG C
AJA X 30 UNDS
42,960 2 0 0 85,920
323153-PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA L
BOLSA X 21 UNDS
72,365 8 0 0 578,921
323152-PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA L
BOLSA X 9 UNDS
29,069 1 0 0 29,069

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,320,488
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,320,488
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 510,916 97,074
EXCLUIDAS: 712,498 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2784-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZULETA URIBE CRISTINA
CC 43973139
CL 75 # 72B - 110 DTI ARICA APTO 1805

268

TELEFONO: 5071105

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

www.farmaciaspasteur.com.co

Sistema POS propio

PROVEEDOR TECNOLOGICO:

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA

ESPECIALIDAD

MEDI.GENERAL

cc 43.045.194

3113779625

OBS:

592

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz Dary Uribe E. identificado con cédula número 43.045.194, 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 Luz Dary U.

FECHA Abril 5 / 2024

270

No. de Orden 2784

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CRISTINA ZULETA URIBE | Documento | 43973139 |
| No. Camé | 43045194 - E | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 75 NRO 72B 110 APTO 1805 PILARICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| KETOMED 2% SHAMPO FCOX100ML | KETOCONAZOL 20MGML Champú | FRASCO | 2 DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

LAVAR EL CABELLO 3 VECES POR SEMANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DEXLANZOPRAL 60MG CJ X30 CAP | DEXLANSOPRAZOL 60MG | CÁPSULA | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | 2 DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR | MIRTAZAPINA 30MG Comprimido | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUZ DARY URIBE ECHAVARRIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43045194
Télefono: 3113779625

Fecha de vencimiento: 19/04/24

GTH-F-005 V.01

2772


No. de Orden 2784

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CRISTINA ZULETA URIBE | Documento | 43973139 |
| No. Camé | 43045194 - E | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 75 NRO 72B 110 APTO 1805 PILARICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| KETOMED 2% SHAMPO FCOX100ML | KETOCONAZOL 20MGML Champú | FRASCO | 2 DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

LAVAR EL CABELLO 3 VECES POR SEMANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DEXLANZOPRAL 60MG CJ X30 CAP | DEXLANSOPRAZOL 60MG | CÁPSULA | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | 2 DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR | MIRTAZAPINA 30MG Comprimido | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUZ DARY URIBE ECHAVARRIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43045194
Télefono: 3113779625

Fecha de vencimiento: 19/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2784

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CRISTINA ZULETA URIBE | Documento | 43973139 |
| No. Carné | 43045194 - E | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 75 NRO 72B 110 APTO 1805 PILARICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| RISPERDAL 1MG CJX20TAB | RISPERIDONA 1MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX60TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 N/A | N/A | CADA 8 HORAS | 60 | Aprobado |

HACER CAMBIO DE PAÑAL TRES VECES AL DÍA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUZ DARY URIBE ECHAVARRIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM:91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43045194
Télefono: 3113779625

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2784

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CRISTINA ZULETA URIBE | Documento | 43973139 |
| No. Carné | 43045194 - E | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 75 NRO 72B 110 APTO 1805 PILARICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| RISPERDAL 1MG CJX20TAB | RISPERIDONA 1MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX60TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES) | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 N/A | N/A | CADA 8 HORAS | 60 | Aprobado |

HACER CAMBIO DE PAÑAL TRES VECES AL DÍA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUZ DARY URIBE ECHAVARRIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43045194
Télefono: 3113779625

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 1cb67073c99dd3f556db8483dacc1eacf79
ecee6edd3bbc1673bfe21220b5d4f094582cf6853
a05e6a5f57e61731e750

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710515
FECHA: 05-04-2024 18:03
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329994
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS
50 MG CAJA X 30 UNDS
210,480 4 0 0 841,920
115114-AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 10 MG
CAJA X 150 UNDS
42,750 0 60 0 17,100
132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 4
0 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 60 0 2,040
115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA) CAPSUL
AS 20 MG CAJA X 20 UNDS
158,100 3 0 0 474,300
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/6
5MG CAJA X 50 UNDS
79,900 2 20 0 191,760

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,527,120
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,527,120
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,335,360 0
EXENTAS: 191,760 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2745-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ GOMEZ SONIA AMPARO
CC 32324441
CL 103D # 63E - 40
TELEFONO: 3176158011
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena NIT: 890 930 534-0

274

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIST
MEDI.GENERAL

OBS: Yilma Lopez
93 713 214

542

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Yilmar Lopez identificado con cédula número 98710865, 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 Yilmar Lopez

FECHA 05-04-2024

276

No. de Orden 2745

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA AMPARO LOPEZ GOMEZ | Documento | 32324441 |
| No. Camé | 8407469 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Cll 47A No. 81 -34 B.Floresta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| SATOREN 50MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MOLTOBEN 20MG CJX20CAP | FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PUERTA VALENCIA JAURE DE JESUS |

Recibido Por:

Firma: Yilmar Lopez
Documento: 98713214
Télefono: 3004122610

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2745

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA AMPARO LOPEZ GOMEZ | Documento | 32324441 |
| No. Camé | 8407469 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Cll 47A No. 81 -34 B.Floresta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| SATOREN 50MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MOLTOBEN 20MG CJX20CAP | FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PUERTA VALENCIA JAURE DE JESUS |

Recibido Por:

Firma: Yilmar Lopez
Documento: 98713214
Télefono: 3004122610

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


8472

No. de Orden
2745

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA AMPARO LOPEZ GOMEZ | Documento | 32324441 |
| No. Camé | 8407469 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Cll 47A No. 81 -34 B.Floresta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 A L DIA

| Nombre Funcionario: | PUERTA VALENCIA JAURE DE JESUS |
|---|---|
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES<br>RM: 5-1607-96 | Recibido Por:<br>Firma: Yilmar Lopez<br>Documento: 98713214<br>Télefono: 3004172610 |

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2745

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA AMPARO LOPEZ GOMEZ | Documento | 32324441 |
| No. Camé | 8407469 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Cll 47A No. 81 -34 B.Floresta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 A L DIA

| Nombre Funcionario: | PUERTA VALENCIA JAURE DE JESUS |
|---|---|
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES<br>RM: 5-1607-96 | Recibido Por:<br>Firma: Yilmar Lopez<br>Documento: 98713214<br>Télefono: 3004172610 |

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710516
FECHA: 05-04-2024 18:07
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1329995
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0 120 0 8,280
100217-STAMYL FORTE INST. (PANCREATI) GRA GEAS CAJA X 20 UNDS
23,900 6 0 0 143,400
100218-DUSPATALIN RETARD INST. CAPSULAS 2 00 MG CAJA X 30 UNDS
144,000 4 0 0 576,000
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS
147,600 0 60 0 44,280
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACH ET CAJA X 12 UNDS
37,428 5 0 0 187,140

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 959,100
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 959,100
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 959,100 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2791-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALARCON BUSTAMANTE ROSALBA
CC 32476738
CL 48BB # 84A - 39 CS P2 CALAZANS
TELEFONO: 3506943937
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

280

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Rosalba Garcia B

OBS: 3446738

182

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Rosalba Alarcón B identificado con cédula número 32476738, 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 Rosalba Alarcón B

FECHA 05 04 2024

No. de Orden
2791

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA ALARCON BUSTAMANTE | Documento | 32476738 |
| No. Camé | 70054468 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 83A NRO 48BB - 81 APTO 319 CALAZANZ | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML | ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio + | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| STAMYL 175/50/25/40mg GRA CJX20GRA GF2 | PANCREATINA HEMICELULASA SIMETICONA | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CINCO MINUTOS DESPUÉS DEL ALMUERZO Y DESPUÉS DE LA CENA POR DOS MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DUSPATALIN RETARD 200MG CJX30CAP | MEBEVERINA CLORHIDRATO 200MG Cápsula de liberación | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM )

| Nombre Funcionario: | IVAN ALBERTO OSPINA ORTIZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rosalba Alarcon
Documento: 32476738
Télefono: 3015705941

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2791

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA ALARCON BUSTAMANTE | Documento | 32476738 |
| No. Camé | 70054468 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 83A NRO 48BB - 81 APTO 319 CALAZANZ | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML | ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio + | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| STAMYL 175/50/25/40mg GRA CJX20GRA GF2 | PANCREATINA HEMICELULASA SIMETICONA | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CINCO MINUTOS DESPUÉS DEL ALMUERZO Y DESPUÉS DE LA CENA POR DOS MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DUSPATALIN RETARD 200MG CJX30CAP | MEBEVERINA CLORHIDRATO 200MG Cápsula de liberación | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM )

| Nombre Funcionario: | IVAN ALBERTO OSPINA ORTIZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rosalba Alarcon
Documento: 32476738
Télefono: 3015705941

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2791

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA ALARCON BUSTAMANTE | Documento | 32476738 |
| No. Camé | 70054468 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 83A NRO 48BB - 81 APTO 319 CALAZANZ | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **DOLEX 500MG FCOX24 TR** | **ACETAMINOFEN 500MG TR** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS SOLO SI PRESENTA DOLOR MUY FUERTE

| Nombre Funcionario: | IVAN ALBERTO OSPINA ORTIZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Rosalba Alarcon
Documento: 32476738
Télefono: 3015745941

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2791

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA ALARCON BUSTAMANTE | Documento | 32476738 |
| No. Camé | 70054468 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 83A NRO 48BB - 81 APTO 319 CALAZANZ | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **DOLEX 500MG FCOX24 TR** | **ACETAMINOFEN 500MG TR** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS SOLO SI PRESENTA DOLOR MUY FUERTE

| Nombre Funcionario: | IVAN ALBERTO OSPINA ORTIZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Rosalba Alarcon
Documento: 32476738
Télefono: 3015745941

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


285

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 78242386a863bd09a5d4f6489ac84d433ee
1eb62e62aa3251fdf343657f97d9b499788bfc4c6
30467d0f0e832cffc8f6

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710517
FECHA: 05-04-2024 18:15
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1329996
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
100279-EXFORGE HCT INST. (RG) COMPRIMIDOS
10/160/12.5 MG CAJA X 28 UNDS
52,729 2 0 0
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) [illegible]
IDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
84,112 2 0 0 16[illegible]
115300-XIGDUO XR INST. (RG) TABLETAS 5/10
00 MG CAJA X 56 UNDS
145,992 1 0 0 145,992
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100
MG X 30 UNDS
42,210 2 0 0 84,420

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 504,094
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 504,094
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 504,094 0
[illegible]POCONSUMO 0 0
FORMULA: 2780-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GIRALDO AGUIRRE LUZ MARLENY
CC 39298747
CR 69C # 30C - 15 [illegible]
TELEFONO: 2356840
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

286

OBS: Hughes Aircraft Co.
39298747

L87

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES [illegible]3 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710675
FECHA: 09-04-2024 14:02
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ FRESIGA
SECUENCIA: 1331105
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116503-LIPOMEGA INST. CAPSULA 20 MG CAJA X 30 UNDS
160,380 1 0 0 160,380

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 160,380
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 160,380
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 160,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2780 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GIRALDO AGUIRRE LUZ MARLENY
CC 39298747
CR 69C # [illegible] - 15 CS
TELEFONO: [illegible]40
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Becerril 9.60
84/2503

288

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz Marleny Giraldo A. identificado con cédula número 39298747, 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 Luz Marleny Giraldo A.

FECHA 5 04 2024

Pasteur
Farmacia desde 1910

## SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: _____ CÉDULA: _____

USUARIO: _____ # ORDEN: _____

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Lipomega 20 mg | 60 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| | | |

No. de Orden 2780

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARLENY GIRALDO AGUIRRE | Documento | 39298747 |
| No. Camé | 5598435 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 69C 30C-15 BELEN ROSALES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| EXFORGE HCT 160/12.5/10MG TRP CJX28TAB | VALSARTAN 160MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 40MG CJX28TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta de | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LIPOMEGA 20MG CJX30CAP | ATORVASTATINA 20MGOMEGA 3 840MG | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| XIGDUO XR 5MG/1000MG CJX56TLS | CLORHIDRATO DE METFORMINA | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR TODOS LOS DÍAS A LA 1 PM, CON EL ALMUERZO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOSE ROMALDO MOSQUERA VARGAS |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39298747
Télefono: 2356840

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2780

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARLENY GIRALDO AGUIRRE | Documento | 39298747 |
| No. Camé | 5598435 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 69C 30C-15 BELEN ROSALES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| EXFORGE HCT 160/12.5/10MG TRP CJX28TAB | VALSARTAN 160MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 40MG CJX28TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta de | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LIPOMEGA 20MG CJX30CAP | ATORVASTATINA 20MGOMEGA 3 840MG | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| XIGDUO XR 5MG/1000MG CJX56TLS | CLORHIDRATO DE METFORMINA | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR TODOS LOS DÍAS A LA 1 PM, CON EL ALMUERZO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOSE ROMALDO MOSQUERA VARGAS |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39298747
Télefono: 2356840

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2780

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARLENY GIRALDO AGUIRRE | Documento | 39298747 |
| No. Camé | 5598435 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 69C 30C-15 BELEN ROSALES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOSE ROMALDO MOSQUERA VARGAS |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39298747
Télefono: 2356840

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2780

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARLENY GIRALDO AGUIRRE | Documento | 39298747 |
| No. Camé | 5598435 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 69C 30C-15 BELEN ROSALES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOSE ROMALDO MOSQUERA VARGAS |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39298747
Télefono: 2356840

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


265

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710518
FECHA: 05-04-2024 18:18
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1329998
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 119700-MONURIL INST.(RG) 3 G CAJA X 1 UND | | | | |
| 17,342 | 1 | 0 | 0 | 17,342 |
| 221586-OVESTIN OVULOS 0.5 MG CAJA X 15 UNDS | | | | |
| 44,235 | 0 | 12 | 0 | 35,388 |
| 364083-MYRBETRIC INST. (RG) 50 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 132,732 | 2 | 0 | 0 | 265,464 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 318,194
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 318,194
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 318,194 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2758-DOMICLIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAMARAZA MARIA TERESA
CC 32412270
CR 74D # 75 - 19 AP 604 UR DINAMARCA
TELEFONO: 6042647278
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

296

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Brudly Sandra identificado con cédula número 43070681, 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 Abril 5 2021

No. de Orden 2758

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA TERESA CAMARAZA | Documento | 32412270 |
| No. Carné | 6081836 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 74D 75-19 B.Robledo Pilarica | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| MONURIL 3G GDO SOBX8G | FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo | SOBRE | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | DOSIS ÚNICA | 1 |

TOMAR DILUIDO EN AGUA , DOSIS UNICA , 30 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 12 |
|---|---|---|---|
| OVESTIN® OVULOS VAGINALES | ESTRIOL 0,5MG | ÓVULOS | DOCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 ÓVULOS | INTRAVAGINAL | CADA SEMANA | 90 |

1 SEMANAL POR 3 MESES ORDNEADO POR UROLOGIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE ORDENADO POR UROLOGIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | NESTOR SANCHEZ GARCIA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43070682
Télefono: 3174002838

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2758

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA TERESA CAMARAZA | Documento | 32412270 |
| No. Carné | 6081836 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 74D 75-19 B.Robledo Pilarica | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| MONURIL 3G GDO SOBX8G | FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo | SOBRE | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | DOSIS ÚNICA | 1 |

TOMAR DILUIDO EN AGUA , DOSIS UNICA , 30 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 12 |
|---|---|---|---|
| OVESTIN® OVULOS VAGINALES | ESTRIOL 0,5MG | ÓVULOS | DOCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 ÓVULOS | INTRAVAGINAL | CADA SEMANA | 90 |

1 SEMANAL POR 3 MESES ORDNEADO POR UROLOGIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE ORDENADO POR UROLOGIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | NESTOR SANCHEZ GARCIA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43070682
Télefono: 3174002838

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087532

CUFE: 78eaacd64b94dc38e40218eaef3fe77738c
deb016540878b602ed3c937d17f8e7d23dfd0a85d
d2b55d9ce04e3c2ce13c

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: ES1710519
FECHA: 05-04-2024 18:19
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1330000
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

662014-LYRICA INST. SOLUCION 20 MG CAJA 1
05 ML
111,868 2 0 0 223,736
347144-DOLEX TABLETAS 500 MG CAJA X 200 U
NDS
147,600 0 180 0 132,840
132780-TRIMEBUTINA GENFAR INST. TABLETAS
200 MG CAJA X 30 UNDS
6,360 6 0 0 38,160
004070-ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON)INST TAB
LETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
17,936 2 0 0 35,872
600486-VALCOTE ER (ACIDO VALPR) INST TABL
ETAS 250 MG CAJA X 30 UNDS
33,810 4 0 0 135,240
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA
X 50 UNDS
14,400 1 10 0 17,280
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJ
A X 50 UNDS
9,714 1 10 0 11,657
100278-QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS
200 MG CAJA X 300 UNDS
1,242,800 0 120 0 497,040
203240-GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABL
ETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS
68,610 2 0 0 137,220
115900-ESOMEPRAZOL (ESOMED) INST. CAPSULA
S 40 MG CAJA X 560 UNDS
196,560 0 56 0 19,656
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20
MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,559,973
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,559,973
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

[RESUMEN DE IMPUESTOS]

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 1,559,973 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2782-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ACEVEDO PARRA LUZ MIRIAM
CC 32526194
CL 80 # 72A - 411 BLE 53 APT 209
TELEFONO: 4428365

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

8201534

OBS:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo JULIO RAMÍREZ OCHOA identificado con cédula número 82 [illegible], 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 Julio Ramírez O

FECHA 05/04/2024

304

No. de Orden
2782

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA | Documento | 32526194 |
| No. Camé | 8291534 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 80 NRO 72A -411 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 20MG/ML SHN FCOX105ML | PREGABALINA 20MGML Solución | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 c.c. | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR 2.5 CC CADA DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN 500MG CJX100TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 8 HORAS POR DOLOR MUY FUERTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| TRIMEBUTINA 200MG TNR CJX30TAB | TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG Tableta No Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA 8 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA 12 HORAS. ENTREGAR DE MK

| Nombre Funcionario: | JULIO EUSEBIO RAMIREZ OCHOA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: B 20153 94
Télefono: 3172113131

Fecha de vencimiento: 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2782

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA | Documento: 32526194
No. Camé: 8291534 - C | Fecha autorización: 05/04/24
Dirección: CALLE 80 NRO 72A -411 ROBLEDO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 20MG/ML SHN FCOX105ML | PREGABALINA 20MGML Solución | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 c.c. | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR 2.5 CC CADA DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN 500MG CJX100TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 8 HORAS POR DOLOR MUY FUERTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| TRIMEBUTINA 200MG TNR CJX30TAB | TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG Tableta No Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA 8 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA 12 HORAS. ENTREGAR DE MK

Nombre Funcionario: JULIO EUSEBIO RAMIREZ OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: B 20153 94
Télefono: 3172113131

Fecha de vencimiento: 19/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2782

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA | Documento | 32526194 |
| No. Carné | 8291534 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 80 NRO 72A -411 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| VALCOTE ER 250MG CJX30TAB | VALPROICO ACIDO 250MG Tableta de liberación | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 50 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, CUATRO VECES POR SEMANA.

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, TRES VECES POR SEMANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 200MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 200MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR 2 JUNTAS C/ NOCHE

| Nombre Funcionario: | JULIO EUSEBIO RAMIREZ OCHOA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Julio Ramirez O
Documento: 8291534
Télefono: 3127113131

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2782

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA | Documento | 32526194 |
| No. Carné | 8291534 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 80 NRO 72A -411 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| VALCOTE ER 250MG CJX30TAB | VALPROICO ACIDO 250MG Tableta de liberación | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 50 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, CUATRO VECES POR SEMANA.

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, TRES VECES POR SEMANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 200MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 200MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR 2 JUNTAS C/ NOCHE

| Nombre Funcionario: | JULIO EUSEBIO RAMIREZ OCHOA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Julio Ramirez O
Documento: 8291534
Télefono: 3127113131

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


306

No. de Orden
2782

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA | Documento | 32526194 |
| No. Camé | 8291534 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 80 NRO 72A -411 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| METFORMINA 850MG CJX30TAB | METFORMINA 850MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CON EL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

UNA DIARIA 15 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | JULIO EUSEBIO RAMIREZ OCHOA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8201530
Télefono: 3122119131

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2782

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA | Documento | 32526194 |
| No. Camé | 8291534 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CALLE 80 NRO 72A -411 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| METFORMINA 850MG CJX30TAB | METFORMINA 850MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CON EL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

UNA DIARIA 15 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | JULIO EUSEBIO RAMIREZ OCHOA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8201530
Télefono: 3122119131

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710520
FECHA: 05-04-2024 18:25
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1330005
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 117300-THERALITE INST. TABLETAS 300 MG CAJA X 50 UNDS | | | | |
| 41,700 | 6 | 0 | 0 | 250,200 |
| 138731-SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 150 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 69,995 | 2 | 0 | 0 | 139,990 |
| 132405-WELLBUTRIN XL (RG) INST. TABLETAS 300 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 108,271 | 2 | 0 | 0 | 216,542 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 606,732
------------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 606,732
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 606,732 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2807-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONROY MARIN TOMAS
CC 1000099863
CL 41 # 88 - 81 ED TORRE DE AMERICA AP 803 LA AMERICA
TELEFONO: 4893849
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---------- Alexandra Monroy
OBS: 43808397

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Ma Nava identificado con cédula número 43803397, 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 Abril 5/2022

No. de Orden 2807

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | TOMAS MONROY MARIN | Documento | 1000099863 |
| No. Carné | 70515168 - E | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 300 |
|---|---|---|---|
| CARBONATO DE LITIO 300mg TAB CJX100TAB | LITIO CARBONATO | TABLETAS | TRESCIENTO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 5 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR EN ESQUEMA RECOMENDADO POR ESPECIALISTA: 2-1-2

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 150mg TLP CJX30TLP | QUETIAPINA FUMARATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| WELLBUTRIN XL 300MG FCOX30TAB | BUPROPION CLORHIDRATO 300MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MONROY URREGO OSWALDO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: María
Documento: 43508 [illegible]
Télefono: 3162980124

Fecha de vencimiento: 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2807

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | TOMAS MONROY MARIN | Documento | 1000099863 |
| No. Carné | 70515168 - E | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 300 |
|---|---|---|---|
| CARBONATO DE LITIO 300mg TAB CJX100TAB | LITIO CARBONATO | TABLETAS | TRESCIENTO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 5 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR EN ESQUEMA RECOMENDADO POR ESPECIALISTA: 2-1-2

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 150mg TLP CJX30TLP | QUETIAPINA FUMARATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| WELLBUTRIN XL 300MG FCOX30TAB | BUPROPION CLORHIDRATO 300MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MONROY URREGO OSWALDO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: María
Documento: 43508390
Télefono: 3162980124

Fecha de vencimiento: 20/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710521
FECHA: 05-04-2024 18:33
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1330009
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117601-EXELON INST. (RG) PARCHES 9MG/5CM CAJA X 30 UNDS
166,920 2 0 0 333,840
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0 60 0 4,140
115143-SERTRALINA MK INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
8,010 2 0 0 16,020
115110-MEMANTINA MK (MODUALZ) INST.RG TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
595,800 0 60 0 119,160

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 473,160
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 473,160
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 473,160 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2600-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
URREGO DE MONROY FABIOLA
CC 32337947
CR 85 # 53B - 80 BLOQUE 15 APT 549
TELEFONO: 3154745410
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Alejandra Yonny C identificado con cédula número 1 42[illegible]3, 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 Abril 5/2024

No. de Orden
2800

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FABIOLA URREGO DE MONROY | Documento | 32337947 |
| No. Carné | 70515168 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **EXELON 9MG PT CJX30PARCH** | **RIVASTIGMINA 9MG Parche** | PARCHE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PARCHE | TRANSDÉRMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR CADA DÍA DESPUÉS DEL BAÑO POR 6 MESES. PENDIENTES DOS ENTREGAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| **MEMANTINA 10MG CJX28TAB** | **MEMANTINA CLORHIDRATO 10MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR 6 MESES. PENDIENTES DOS ENTREGAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **LOSARTAN 50MG X 30TAB** | **LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **SERTRALINA 50MG CJX10TAB** | **SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS, SIGUIENDO ESTRICTAS RECOMENDACIONES DE GERIATRÍA. PENDIE

| Nombre Funcionario: | MONROY URREGO OSWALDO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 1127909173
Télefono: 3154745410

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2800

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FABIOLA URREGO DE MONROY | Documento | 32337947 |
| No. Carné | 70515168 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **EXELON 9MG PT CJX30PARCH** | **RIVASTIGMINA 9MG Parche** | PARCHE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PARCHE | TRANSDÉRMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR CADA DÍA DESPUÉS DEL BAÑO POR 6 MESES. PENDIENTES DOS ENTREGAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| **MEMANTINA 10MG CJX28TAB** | **MEMANTINA CLORHIDRATO 10MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR 6 MESES. PENDIENTES DOS ENTREGAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **LOSARTAN 50MG X 30TAB** | **LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **SERTRALINA 50MG CJX10TAB** | **SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS, SIGUIENDO ESTRICTAS RECOMENDACIONES DE GERIATRÍA. PENDIE

| Nombre Funcionario: | MONROY URREGO OSWALDO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 1127909173
Télefono: 3154745410

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 83d099529fc0bd5d8fed6502ce099dda734
3228fa76cda44c7ccfeba3adc6166fbd4e13cbf44
50f23e6d5db313caf3ab

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710522
FECHA: 05-04-2024 18:34
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1330012
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100
/25 MG CAJA X 30 UNDS
6,210 2 0 0 12,420
138067-SYMBICORT RAPIHALER (RG) INHALADOR
80/4.5 MCG CAJA 120 DOSIS
50,900 2 0 0 101,800
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20
MG CAJA X 30 UNDS
14,730 2 0 0 29,460
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACH
ET CAJA X 12 UNDS
37,428 10 0 0 374,280
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500
MG CAJA X 16 UNDS
18,864 11 4 0 212,220
100279-DIMOFLAX INST. PANCREA+SIMETI TABL
ETAS CAJA X 60 UNDS
75,960 1 0 0 75,960
600229-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 500 MG C
AJA X 30 UNDS
63,720 2 0 0 127,440
663071-CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I
CAJA X 30 UNDS
50,100 2 0 0 100,200

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,033,780
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,033,780
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,033,780 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2777-DOMICILIO

332

DATOS DEL CLIENTE:
LOAIZA CARDONA GLORIA LUCIA
CC 43093442
CR 76 # 19 - 26 AL FRENTE DE LA BIBLIOT
ECA BELEN TERCER PISO
TELEFONO: 3136015564
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL LUIS FRONTANCIA.

OBS: C.C N°. 70066126

679

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luis Fernando H. identificado con cédula número 70066126, 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 05/04/24

No. de Orden
2777

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA LUCIA LOAIZA CARDONA | Documento | 43093442 |
| No. Carné | 70066126 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Cra 76 No.19- 26 Apto.301 B.Belen S.Bernardo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | 180 CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DIMOFLAX 150/80/25MG CJA X 60 TAB | PANQUEATRINA 150MGSIMETICONA | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 500MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 500MG Tableta | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX60 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS FERNANDO GARCIA HOLGUIN |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70066126
Télefono: 5847131

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

326


No. de Orden
2777

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA LUCIA LOAIZA CARDONA | Documento | 43093442 |
| No. Carné | 70066126 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Cra 76 No.19- 26 Apto.301 B.Belen S.Bernardo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | 180 CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DIMOFLAX 150/80/25MG CJA X 60 TAB | PANQUEATRINA 150MGSIMETICONA | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 500MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 500MG Tableta | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX60 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | 60 SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS FERNANDO GARCIA HOLGUIN |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70066126
Télefono: 5847131

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2777

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA LUCIA LOAIZA CARDONA | Documento | 43093442 |
| No. Camé | 70066126 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Cra 76 No.19- 26 Apto.301 B.Belen S.Bernardo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| SYMBICORT RAPIHALER 80/4.5mcg SSN X120DO | BUDESONIDA MICRONIZADA 80MCGFORMOTEROL | CAJA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 3 HORAS | 60 |

HASTA 8 PUFF AL DIA SI HAY SINTOMAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS FERNANDO GARCIA HOLGUIN |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Pedro Garnica
Documento: 70066126
Télefono: 5847134

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2777

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA LUCIA LOAIZA CARDONA | Documento | 43093442 |
| No. Camé | 70066126 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Cra 76 No.19- 26 Apto.301 B.Belen S.Bernardo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| SYMBICORT RAPIHALER 80/4.5mcg SSN X120DO | BUDESONIDA MICRONIZADA 80MCGFORMOTEROL | CAJA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PUFF | INHALATORIA | CADA 3 HORAS | 60 |

HASTA 8 PUFF AL DIA SI HAY SINTOMAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS FERNANDO GARCIA HOLGUIN |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Pedro Garnica
Documento: 70066126
Télefono: 5847134

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


37

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710523
FECHA: 05-04-2024 18:40
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1330015
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG A MPOLLA 1 CC
1,314 2 0 0 2,628
132062-ROSUVASTATINA GENFAR INST. TABLETA S 10 MG CAJA X 14 UNDS
2,534 4 0 0 10,136
683117-ALLEGRA INST. (FEXOFENADINA) TABLE TAS 180 MG CAJA X 10 UNDS
124,570 6 0 0 747,420
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS
147,600 0 60 0 44,280

--- [TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 804,464
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 804,464
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 804,464 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2766-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SERNA MARTINEZ CECILIA
CC 43025021
CL 49E # 83A - 196 AP 1818 BL 5 SOL NAC IENTE
TELEFONO: 3004576131
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD Juan Gmo Hdez B.
MEDI.GENERAL CC 70094.20
---

328

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e
nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710547
FECHA: 06-04-2024 10:36
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1330231
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 115110-PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 M G CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 17,250 | 2 | 0 | 0 | 34,500 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 34,500
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 34,500
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 34,500 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2766-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SERNA MARTINEZ CECILIA
CC 43025021
_ 49E # 83A - 196 AP 1818 BL 5 SOL NAC IENTE
TELEFONO: 3004576131
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. N ›90.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Juan Gmo Hdez B.
---

CC 70'094.201

OBS:

336

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Juan Guillermo Hernández B. identificado con cédula número 70'094.201, 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 06 de 05 de 2024.

332

Pasteur
Farmacia desde 1910

## SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 05-04-24 CÉDULA: 43025021

USUARIO: Cecilia Serna # ORDEN: 2766

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Gamo 20mg | 56 | — |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| Alejandra Sanchez | Ca 70 | 4057582 |

No. de Orden
2766

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ | Documento | 43025021 |
| No. Carné | 70094201 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 60 |

APLICAR INTRAMUSCULAR CADA MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| GAMO 20MG TR CJX28TAB | S-PANTOPRAZOL SÓDICO TRIHIDRAT 20MG Tableta de | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO ((Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10MG CJX28TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 180MG TNR CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 180MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido por:
Firma:
Documento: 70094201
Télefono: 3008001212

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

336


No. de Orden
2766

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ | Documento | 43025021 |
| No. Carné | 70094201 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 60 |

APLICAR INTRAMUSCULAR CADA MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| GAMO 20MG TR CJX28TAB | S-PANTOPRAZOL SÓDICO TRIHIDRAT 20MG Tableta de | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO ((Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10MG CJX28TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 180MG TNR CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 180MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido por:
Firma:
Documento: 70094201
Télefono: 3008001212

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2766

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ | Documento | 43025021 |
| No. Carné | 70094201 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG FCOX24 TR | ACETAMINOFEN 500MG TR | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70094-20
Télefono: 300 600 12

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2766

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ | Documento | 43025021 |
| No. Carné | 70094201 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG FCOX24 TR | ACETAMINOFEN 500MG TR | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70094-20
Télefono: 300 600 12

**Fecha de vencimiento:** 19/04/24

GTH-F-005 V.01


LCG

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 561ded0efd65cddde3f3491974b61f37a1a
c3125dc9eb8ab1dfb0a6cb90d3639e04de9cc9d82
b27131d91e2f6948d9b0

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710524
FECHA: 05-04-2024 18:48
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1330019
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

107302-FARMA D C8G CAPSULAS 5000 UI FRASC
O X 30 UNDS
71,880 2 0 0 143,760
116504-ORLISTAT COLMED INST. (RG) CAPSULA
S 120 MG CAJA X 60 UNDS
195,984 3 0 0 587,952
138733-SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 300 M
G CAJA X 30 UNDS
139,980 2 0 0 279,960
138229-SEROQUEL (RG) COMPRIMIDOS 25 MG CA
JA X 30 UNDS
15,510 2 0 0 31,020
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACH
ET CAJA X 12 UNDS
37,428 10 0 0 374,280

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,416,972
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,416,972
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,416,972 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2815-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BENDECK OROZCO ZABY ESTHER
CC 32767483
CR 30E # 40 - 92 APTO 301 PALERMO
TELEFONO: 3004727913
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

644

OBS: Luis Fernando Leon
1067933035

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvþo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710676
FECHA: 09-04-2024 14:04
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1331107
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 116503-LIPOMEGA INST. CAPSULA 20 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 160,380 | 1 | 0 | 0 | 160,380 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 160,380
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 160,380
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 160,380 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2815 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BENDECK OROZCO ZABY ESTHER
CC 32767483
CR 80E # 40 - 92 APTO 301 PALERMO
TELEFONO: 3004727913
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Zaby Bendeck
32'467.483

340

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luis Lora identificado con cédula número 1067933035, 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 Luis Lora

FECHA 05/04/2024

No. de Orden
2815

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ZABY ESTHER BENDECK OROZCO | Documento | 32767483 |
| No. Carné | 85456099 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 78 NRO 32A -67 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LIPOMEGA 20MG CJX30CAP | ATORVASTATINA 20MGOMEGA 3 840MG | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ORLISTAT 120MG CJX60CPS | ORLISTAT 120MG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CON CADA COMIDA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 300mg TLP CJX30TLP | QUETIAPINA FUMARATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE (SI NO HAY

| Nombre Funcionario: | BLADIMIR COBA RODRIGUEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Luis Lora
Documento: 1067933035
Télefono: 3014052781

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2815

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ZABY ESTHER BENDECK OROZCO | Documento | 32767483 |
| No. Carné | 85456099 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 78 NRO 32A -67 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LIPOMEGA 20MG CJX30CAP | ATORVASTATINA 20MGOMEGA 3 840MG | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ORLISTAT 120MG CJX60CPS | ORLISTAT 120MG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CON CADA COMIDA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 300mg TLP CJX30TLP | QUETIAPINA FUMARATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE (SI NO HAY

| Nombre Funcionario: | BLADIMIR COBA RODRIGUEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Luis Lora
Documento: 1067933035
Télefono: 3014052781

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


394

No. de Orden 2815

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ZABY ESTHER BENDECK OROZCO | Documento | 32767483 |
| No. Camé | 85456099 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 78 NRO 32A -67 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML | ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio + | SOBRE | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAMINA/CONDROITINA CJX15SOB | GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG CONDROITINA | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | BLADIMIR COBA RODRIGUEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Luis Lom
Documento: 1067933035
Télefono: 3014052281

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2815

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ZABY ESTHER BENDECK OROZCO | Documento | 32767483 |
| No. Camé | 85456099 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 78 NRO 32A -67 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML | ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio + | SOBRE | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAMINA/CONDROITINA CJX15SOB | GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG CONDROITINA | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | BLADIMIR COBA RODRIGUEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Luis Lom
Documento: 1067933035
Télefono: 3014052281

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


345

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710525
FECHA: 05-04-2024 18:54
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1330023
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 29,820 | 2 | 0 | 0 | 59,640 |
| 115800-VERUM INST. TABLETAS 16 MG CAJA X 20 UNDS | | | | |
| 9,320 | 4 | 0 | 0 | 37,280 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 96,920
------------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 96,920
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 96,920 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2819-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IDARRAGA DE BOLIVAR ANA BEATRIZ
CC 32525418
CR 79 # 45 - 48 APT 601
TELEFONO: 4141686
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---

Juan Sanchez

OBS:

1128449482

346

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Juan Camilo Sanchez J. identificado con cédula número 1128449021, 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 Juan Sanchez

FECHA 05/04/2024

No. de Orden
2819

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA BEATRIZ IDARRAGA DE BOLIVAR | Documento | 32525418 |
| No. Carné | 70055796 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 79 45-48 APT.601 LOS OLIVOS-MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB** | **CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 80 |
|---|---|---|---|
| **VERUM 16MG CJX20TAB** | **BETAHISTINA DICLORHIDRATO 16MG** | TABLETAS | OCHENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR A LAS 7 AM Y 7 PM POR LOS PRIMEROS 8 DÍAS, CONTINUAR UNA CADA NOCHE A LAS 7

| Nombre Funcionario: | RENE ALEJANDRO BOLIVAR LOAIZA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Juan Sanchez
Documento: 1118-449-092
Télefono: 3147336446

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

350


No. de Orden
2819

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA BEATRIZ IDARRAGA DE BOLIVAR | Documento | 32525418 |
| No. Carné | 70055796 - C | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 79 45-48 APT.601 LOS OLIVOS-MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB** | **CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI** | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 80 |
|---|---|---|---|
| **VERUM 16MG CJX20TAB** | **BETAHISTINA DICLORHIDRATO 16MG** | TABLETAS | OCHENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR A LAS 7 AM Y 7 PM POR LOS PRIMEROS 8 DÍAS, CONTINUAR UNA CADA NOCHE A LAS 7

| Nombre Funcionario: | RENE ALEJANDRO BOLIVAR LOAIZA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Juan Sanchez
Documento: 1118449092
Télefono: 3147336446

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710527
FECHA: 05-04-2024 19:00
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1330026
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 134019-COMPLEJO B GENFAR TABLETAS CAJA X 250 UNDS | | | | |
| 45,695 | 0 | 130 | 0 | 23,761 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 23,761
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 23,761
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 23,761 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2816-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO DE ARANGO ESTHER JULIA
CC 21416343
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR AYER Y HOY
TELEFONO: 3128510174
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Nanaisabel Bernal 1033343220

352

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Maria Isabel Bernal identificado con cédula número 1033343770, 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 Maria Isabel Bernal

FECHA 05-04-2024

No. de Orden 2816

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Carné | 70514651 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| COMPLEJO B CJX250TAB | NICOTINAMIDA 50MG PIRIDOXINA | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

COMO NEUROBION SI NO ESTA AGOTADO.

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 1033343220
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2816

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO | Documento | 21416343 |
| No. Carné | 70514651 - A | Fecha autorización | 05/04/24 |
| Dirección | CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| COMPLEJO B CJX250TAB | NICOTINAMIDA 50MG PIRIDOXINA | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

COMO NEUROBION SI NO ESTA AGOTADO.

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JESUS BERNARDO ARANGO HENAO |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 1033343220
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 20/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710574
FECHA: 08-04-2024 15:41
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1330871
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 117700-ALDOMET INST. TABLETAS 250 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 44,670 | 1 | 0 | 0 | 44,670 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 44,670
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 44,670
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 44,670 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2925 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PIEDRAHITA MARTA LIA
CC 21343785
CL 35B # 86 - 46 AP 301 EDIFICIO LA PAL MA
TELEFONO: 5384602
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---

32534097

OBS:
3012721910

358

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Victoria Ramirez identificado con cédula número 32534097, 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 04-08-24

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA

Versión: 01

Código: GTH-F-005

**Beneficiario**
**MARTA LIA PIEDRAHITA**

**Cédula 21343785**

**No. Carné**

**Fecha 08 04 2024**

R/.

**Cantidad**

| | | |
|---|---|---|
| **ALDOMET 250 MGR TABLETA** | **VIA ORAL , TOMAR 2 TABLETAS DIARIAMENTE** | **30 treinta** |
| | **Para 1 mes** | |

Firma y Sello del Médico

Gloria JJ

Gloria JJ

COD : 2925

32534097

3012721918.

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710592
FECHA: 08-04-2024 17:47
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1330923

| CODIGO-NOMBRE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
| 115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS | | | | |
| 14,400 | 2 | 0 | 0 | 28,800 |
| 662022-LYRICA INST.(RG) CAPSULAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 30,840 | 2 | 0 | 0 | 61,680 |
| 115107-ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 14,160 | 2 | 0 | 0 | 28,320 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 118,800
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 118,800
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 118,800 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2893-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GAVIRIA DE ZULETA ALBA LUCIA
CC 32508103
CL 75B # 84 - 47 CS 50 NEBRASCA
TELEFONO: 2341681
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

EDWARD SANTELIZ

364

**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 08 - 04 - 2021

No. de Orden 2893

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ALBA LUCIA GAVIRIA DE ZULETA | Documento | 32508103 |
| No. Carné | 70045511 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CALLE 75B NRO 84-47 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNA S

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 50MG CJX30CAP | PREGABALINA 50MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 10MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN MARTIN ZULETA GARZON | Recibido Por: | |
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES | RM: 5-1607-96 | Firma: / Documento: / Télefono: 23ABAZO | |

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2893

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ALBA LUCIA GAVIRIA DE ZULETA | Documento | 32508103 |
| No. Carné | 70045511 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CALLE 75B NRO 84-47 ROBLEDO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNA S

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 50MG CJX30CAP | PREGABALINA 50MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 10MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN MARTIN ZULETA GARZON | Recibido Por: | |
| GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES | RM: 5-1607-96 | Firma: / Documento: / Télefono: 23ABAZO | |

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01


868

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710601
FECHA: 08-04-2024 18:08
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1330932
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682560-ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG CAJA X 1000 UNIDS
37,000 0 30 0 1,110
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS
147,600 0 60 0 44,280
600136-DETRUSITOL INST.(RG) TABLETAS 2 MG CAJA X 28 UNDS
45,332 1 0 0 45,332

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 90,722
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 90,722
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 90,722 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2926-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS DE PELAEZ MARIA JESUS
CC 21285872
CR 83 # 44C - 24 LA AMERICA
TELEFONO: 5590050
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Hernando Peláez R.
---
17183948.

370

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710673
FECHA: 9-04-2024 11:49
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1331088
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 669817-FASTFEN (ACETAM+TRAMAD) INST. 325MG/5MG CAJA X 10 UNDS | | | | |
| 3,110 | 3 | 0 | 0 | 9,330 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 9,330
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 9,330
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 9,330 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2593-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS DE PELAEZ MARIA JESUS
CC 21285872
CR 83 # 44C - 24 LA AMERICA
TELEFONO: 5590050
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Fernando Pelaez D
OBS: cc 17.183.948.

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luis Fernando Peláez Rojas identificado con cédula número 17183948, 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 Fernando Peláez D.

FECHA 08-04-2024

| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA | Versión: 01<br>Código: GTH-F-005 |
|---|---|---|

**Nombre**
**MARIA DE JESUS ROJAS D E PELAEZ**

***Cedula :21285872***

***Fecha*** **08 04 2024**

| R/ | | **Cantidad** |
|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 1 MGR TABLETA | VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE | 30 TREINTA |
| ACETAMINOFEN 500 MGR TABLETA (DOLEX ) | VIA ORAL , TOMAR 2 TABLETAS AL DIA | 60 SESENTA |
| TOLTERIDONA 2 MGR TABLETA(DETRUSITOL) | VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DIOARIAMENTE | 30 TREINTA |
| | PARA 1 MES | |

Firma y Sello del Médico

COD: 2926

Hernando Peláez R.
17.183.948.

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710609
FECHA: 08-04-2024 18:34
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1330940
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---

116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG C AJA X 30 UNDS
42,960 2 0 0 85,920
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS
147,600 0 180 0 132,840
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472
529765-SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS.
14,360 3 0 0 43,080
203240-GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABL ETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS
68,610 2 0 0 137,220
132064-AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 1 0 MG CAJA X 300 UNDS
12,000 0 60 0 2,400
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100 /12.5 MG CAJA X 30 UNDS
11,070 2 0 0 22,140

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 735,072
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 735,072
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 735,072 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2850 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTRO MONTOYA LUZ MARY
CC 32516214
CR 82 # 45C - 41 APT 501 CORCEGA
TELEFONO: 3216641108
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio

PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---

OBS: TATIANA CATAÑO
CC. 43117700.

625

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4067582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvgo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710706
FECHA: 10-04-2024 11:48
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ FRESIGA
SECUENCIA: 1331344

| CODIGO-NOMBRE | V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 116800-SYSTANE ULTRA INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 10 ML | 37,194 | 2 | 0 | 0 | 74,388 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 74,388
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 74,388
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 74,388 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2850 domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTRO MONTOYA LUZ MARY
CC 32516214
CR 82 # 45C - 41 APT 501 CORCEGA
TELEFONO: 3216641108
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD Paula Betancur
MEDI.GENERAL 4371326
300732 7766
OBS:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Tatiana Cataño identificado con cédula número 43197700, 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 08/04/2024.

No. de Orden 2850

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARY CASTRO MONTOYA | Documento | 32516214 |
| No. Carné | 70059129 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX60TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE ULTRA 4/3mgXml SGS CJXFCO10ml | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL | FRASCO | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 4 HORAS | 60 |

1 GOTAS , 3 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100/12.5MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Nombre Funcionario: | ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43117700
Télefono: 3022483192

**Fecha de vencimiento:** 21/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2850

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARY CASTRO MONTOYA | Documento | 32516214 |
| No. Carné | 70059129 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX60TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE ULTRA 4/3mgXml SGS CJXFCO10ml | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL | FRASCO | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 4 HORAS | 60 |

1 GOTAS , 3 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100/12.5MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Nombre Funcionario: | ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43117700
Télefono: 3022483192

**Fecha de vencimiento:** 21/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 2850

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARY CASTRO MONTOYA | Documento | 32516214 |
| No. Carné | 70059129 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DESPUES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1431179100
Télefono: 3022483192

**Fecha de vencimiento:** 21/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2850

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: LUZ MARY CASTRO MONTOYA | Documento: 32516214
No. Carné: 70059129 - C | Fecha autorización: 08/04/24
Dirección: Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

Medicamentos: ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | Molécula: ROSUVASTATINA CALCICA | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
MK 1 EN LA NOCHE

Medicamentos: SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB | Molécula: ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 EN LA NOCHE

Medicamentos: GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | Molécula: METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 DESPUES DEL ALMUERZO

Medicamentos: AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | Molécula: AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 1431179100
Télefono: 3022483192
Fecha de vencimiento: 21/04/24
GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710631
FECHA: 08-04-2024 19:38
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1330962
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 303347-RIVOTRIL ROCHE GOTAS 2.5 MG CAJA 2 0 ML | | | | |
| 65,578 | 1 | 0 | 0 | 65,578 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL. 65,578
--------- ---[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 65,578
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 65,578 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2833 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSPINA ZAPATA JOSE MIGUEL
CC 1036960816
CR 53A # 59C - 30 HORIZONTES
TELEFONO: 5778596
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Jose Miguel O
1036960816

386

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Jose Miguel Ospino identificado con cédula número 1036960846, 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 Jose Miguel O.

FECHA 08-04-24

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA

Versión: 01

Código: GTH-F-005

**Beneficiario**
**JOSE MIGUEL OSPINA ZAPATA**
**No. Carné 8245164-G**

**D.I. 1036960816**

***Fecha*** **08 ABRIL 2024**

| | | | |
|---|---|---|---|
| CLONAZEPAM (RIVOTRIL 2.5MG/ML SGS FCOX20ML) – VER FÓRMULA DE CONTROL | VIA ORAL: TOMAR 5 GOTAS CADA 8 HORAS | 01 FCO | UNO |
| FORMULA DE CONTROL PARA UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamentos comerciales, por favor entregar genéricos) | | | |

Firma y Sello del Médico

**WENDY BUENO ARIZA**
**RM 91-011607**

***CODIGO: 2833***

Jose Miguel O
1036960816

390

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710648
FECHA: 08-04-2024 20:21
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1330979
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

117000-ALGIMIDE INST. TABLETAS 325/15MG C AJA X 100 UNDS
12,000 1 20 0 14,400
100279-MICARDIS (RG) INST. TELMISARTA COM PRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS
26,992 2 0 0 53,984
140244-GAVISCON DOBLE ACCION SUSPENSION M ENTA CAJA 300 ML
70,600 2 0 0 141,200

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 209,584
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 209,584
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 209,584 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2914 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS RAMIREZ MARIA FLOR
CC 21623700
CL 44 # 86 - 32 AP 303 TORRES DE LA IGL ESIA
TELEFONO: 5838886
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Yonatan Vasquez identificado con cédula número 1023400, 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 08042024

No. de Orden 2914

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ | Documento | 21623700 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 3435882 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ALGIMIDE 325MG/15MG CJX10TAB | ACETAMINOFEN 325MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS ( 9AM - 9PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| TELMISARTAN 80MG CJX30TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA DOBLE ACCION SS FCOX300ML | ALGINATO sodio CARBONATO calcio BICARBONATO sodio | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 10 c.c. | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR 10 CC CADA 8 HORAS POR NECESIDAD

| Nombre Funcionario: | ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21623700
Télefono: 3006136410

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01

---

No. de Orden 2914

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| Beneficiario | MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ | Documento | 21623700 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 3435882 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ALGIMIDE 325MG/15MG CJX10TAB | ACETAMINOFEN 325MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS ( 9AM - 9PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| TELMISARTAN 80MG CJX30TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA DOBLE ACCION SS FCOX300ML | ALGINATO sodio CARBONATO calcio BICARBONATO sodio | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 10 c.c. | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR 10 CC CADA 8 HORAS POR NECESIDAD

| Nombre Funcionario: | ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21623700
Télefono: 3006136410

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01

9636

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde cśdigo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710691
FECHA: 09-04-2024 17:49
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1331172
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS | | | | |
| 29,032 | 2 | 0 | 0 | 58,064 |
| 683377-TIMOLOL MK (RG) INST. SOLUCION OFT ALMICA 0.5 % CAJA 5 ML | | | | |
| 10,799 | 2 | 0 | 0 | 21,598 |
| 132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS | | | | |
| 10,200 | 0 | 60 | 0 | 2,040 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 81,702
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 81,702
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 81,702 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2990 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ABADIA URRUTIA RENE
CC 119003
CL 29 # 83A - 13 INT 302 BELEN ALPES CE L 3002140
TELEFONO: 5822660
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Martin Abadia
71'648-291

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde cśdigo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710690
FECHA: 09-04-2024 17:41
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1331166
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 100279-MICARDIS (RG) INST. TELMISARTA COM PRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS | | | | |
| 26,992 | 2 | 0 | 0 | 53,984 |
| 115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS | | | | |
| 48,944 | 2 | 0 | 0 | 97,888 |
| 115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS | | | | |
| 155,100 | 0 | 60 | 0 | 31,020 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 182,892
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 182,892
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 182,892 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2990 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ABADIA URRUTIA RENE
CC 119003
CL 29 # 83A - 13 INT 302 BELEN ALPES CE L 3002140
TELEFONO: 5822660
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Martin Abadia
71'648-291

398

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde cśdigo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710699
FECHA: 10-04-2024 03:47
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE ARDILA
SECUENCIA: 1331314
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 116300-GAAP OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS CAJA 3 ML | | | | |
| 22,952 | 1 | 0 | 0 | 22,952 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 22,952
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 22,952
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 22,952 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2990-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ABADIA URRUTIA RENE
CC 119003
CL 29 # 83A - 13 INT 302 BELEN ALPES CEL 3002140
TELEFONO: 5822660
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD MED.GENERAL Ludis Doctora G
cc 1 42983608
OBS: 3002140700

400

Pasteur
Farmacia desde 1910

## SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 9/04/24 CÉDULA: 1129003

USUARIO: Rene ABADIA # ORDEN: 2990

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| GAAP 60/05 | 2 | — |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| Angie Ruiz | LA 7C | 4087582 |

SENA

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo MARTIN Abadia CH identificado con cédula número 71'648-291, 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 9 - 5 - 2024

No. de Orden 2990

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | RENE ABADIA URRUTIA | Documento | 119003 |
| No. Camé | 11798111 - B | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | Calle 29 83A-9 Barrio Belen - Los Alpesl | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS (Si no hay disponibilidad de medicamento

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| TIMOLOL Maleato 0.5% SO Fcox5ML | TIMOLOL Maleato 5MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 2 VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| GAAP 0.005% SO FCOX3ML | LATANOPROST 0.05mgml SO | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | DANIEL ADRIANO ABADIA HERRERA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Martin Abadia
Documento: 71.648.291
Télefono: 5822660

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 2990

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | RENE ABADIA URRUTIA | Documento | 119003 |
| No. Camé | 11798111 - B | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | Calle 29 83A-9 Barrio Belen - Los Alpesl | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS (Si no hay disponibilidad de medicamento

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| TIMOLOL Maleato 0.5% SO Fcox5ML | TIMOLOL Maleato 5MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 2 VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| GAAP 0.005% SO FCOX3ML | LATANOPROST 0.05mgml SO | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | DANIEL ADRIANO ABADIA HERRERA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Martin Abadia
Documento: 71.648.291
Télefono: 5822660

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01

Martin A

No. de Orden
2990

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | RENE ABADIA URRUTIA | Documento | 119003 |
| No. Carné | 11798111 - B | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | Calle 29 83A-9 Barrio Belen - Los Alpesl | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS 80MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10mg TNR CJX10TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | DANIEL ADRIANO ABADIA HERRERA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Martin Abadia
Documento: 71'648-291
Télefono: 5822660

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2990

SENA FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | RENE ABADIA URRUTIA | Documento | 119003 |
| No. Carné | 11798111 - B | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | Calle 29 83A-9 Barrio Belen - Los Alpesl | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS 80MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10mg TNR CJX10TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | DANIEL ADRIANO ABADIA HERRERA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Martin Abadia
Documento: 71'648-291
Télefono: 5822560

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


605

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 72f66618b13745a6ac8be4183dea9a7da4f0e2a887c84e7c67ce09dca7ca56bc01a4cacecf9fc6826f01e901fc2f8f35

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710692
FECHA: 09-04-2024 18:23
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1331192
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518
332039-OLVISION S VITALIS SOLUCION OFTALMICA 0.2 % CAJA 2.5 ML
35,785 2 0 0 71,570
132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 60 0 2,040
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS
14,400 1 20 0 20,160
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 2 20 0 191,760
404287-GASTROFAST ADVANCE SUSPENSION FRASCO 240 ML
59,034 3 0 0 177,102
240119-VICITRA Z CAPSULAS 500/5 MG CAJA X 30 UNDS
38,527 4 0 0 154,110
213138-DIOSMINA MK TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
29,758 2 0 0 59,516
385351-VOLTAREN FORTE EMULGEL CAJA 100 G
96,611 2 0 0 193,222
177164-DOLOFEN TABLETAS 5-325MG CAJA X 30 UNDS
106,027 4 0 0 424,108

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,311,106
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,311,106
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 129,504 24,606
EXCLUIDAS: 965,236 0
EXENTAS: 181,366 0

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710702
FECHA: 10-04-2024 11:36
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1331338
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600577-DIOVAN INST. (RG) COMPRIMIDOS 160 MG CAJA X 28 UNDS
41,328 5 0 0 206,640

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 206,640
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 206,640
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 206,640 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3045 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA ZULUAGA ROCIO
CC 32441087
CL 48 # 88 - 51 CS FLORESTA STA LUCIA
TELEFONO: 3158462326
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD 1264563
MEDI.GENERAL
OBS: Rocio Montoya C.
C.C. 32.441.087

406

IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3045 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA ZULUAGA ROCIO
CC 32441087
CL 48 # 88 - 51 CS FLORESTA STA LUCIA
TELEFONO: 3158462326
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Rocio Montoya de R
OBS:
32441087

L07

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 1014e0d9cdbcfabf54b645895d16b097f62
710301e45aeed40619d5bd607486baa7cd72bf9de
efbea75473a691e68308

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710715
FECHA: 10-04-2024 16:40
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1331405
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 249393-ZOLOF TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 148,200 | 2 | 0 | 0 | 296,400 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 296,400
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 296,400
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 296,400 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3045-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA ZULUAGA ROCIO
CC 32441087
CL 48 # 88 - 51 C3 FLORESTA STA LUCIA
TELEFONO: 3158462326
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Rocio Montoya de R.
OBS: C C 32.441.087.
Tel 2644562.

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Rocío Jaramillo de R identificado con cédula número 32.441-084, 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 Rocío Jaramillo de R.

FECHA 10 Abril 2024

No. de Orden 3045

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA | Documento | 32441087 |
| No. Carné | 43516968 - A | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLOFF 325mg/5mg TNR CJX30TAB | ACETAMINOFEN 325MGHIDROCODONA | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECS AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OLVISION OLOPATADINA 0.2% FCOX2.5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 0.2% SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO CADA DÍA. (Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

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

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rocio Montoya
Documento: 32441087
Télefono: 2644562

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01

412


No. de Orden 3045

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA | Documento | 32441087 |
| No. Carné | 43516968 - A | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLOFF 325mg/5mg TNR CJX30TAB | ACETAMINOFEN 325MGHIDROCODONA | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECS AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OLVISION OLOPATADINA 0.2% FCOX2.5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 0.2% SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO CADA DÍA. (Si no hay

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

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

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rocio Montoya
Documento: 32441.087
Télefono: 2644562

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
3045

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA | Documento | 32441087 |
| No. Camé | 43516968 - A | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamies | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOLOF 50MG CJX20TAB | SERTRALINA CLORHIDRATO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 75 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | SETENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 140 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 160mg TNR CJx28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | CIENTO CUA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) SOLO POR DOLOR MUY FUERTE

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

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3045

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA | Documento | 32441087 |
| No. Camé | 43516968 - A | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamies | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOLOF 50MG CJX20TAB | SERTRALINA CLORHIDRATO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 75 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | SETENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 140 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 160mg TNR CJx28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | CIENTO CUA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) SOLO POR DOLOR MUY FUERTE

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

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


413

No. de Orden 3045

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA | Documento | 32441087 |
| No. Carné | 43516968 - A | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 10 c.c. | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR 10 CC CADA 8 HORAS POR NECESIDAD

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| VICITRA 500MG CJX30CDR | VITAMINA C 500MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DIOSMINA 500MG CJX30TAB | D I O S M I N A 450MGHESPERIDINA 50MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G | DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN LAS ARTICULACIONES AFECTADAS

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

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rocio Montoya
Documento: 32441087
Télefono: 2644562

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3045

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA | Documento: 32441087
No. Carné: 43516968 - A | Fecha autorización: 09/04/24
Dirección: calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | FRASCO | TRES |

Dosis: 10 c.c. | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR 10 CC CADA 8 HORAS POR NECESIDAD

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| VICITRA 500MG CJX30CDR | VITAMINA C 500MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | CIENTO VEIN |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DIOSMINA 500MG CJX30TAB | D I O S M I N A 450MGHESPERIDINA 50MG | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G | DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel | TUBO | DOS |

Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN LAS ARTICULACIONES AFECTADAS

Nombre Funcionario: TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rocio Montoya
Documento: 32441087
Télefono: 2644562

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3045

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA | Documento | 32441087 |
| No. Camé | 43516968 - A | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Funcionario: | TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA | | |
| WENDY LAURA BUENO ARIZA<br>RM: 91-0116-07 | Recibido Por:<br>Firma: Rocio Montoya<br>Documento: 32.441.087<br>Télefono: 3244562. | | |

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3045

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA | Documento | 32441087 |
| No. Camé | 43516968 - A | Fecha autorización | 09/04/24 |
| Dirección | calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Funcionario: | TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA | | |
| WENDY LAURA BUENO ARIZA<br>RM: 91-0116-07 | Recibido Por:<br>Firma: Rocio Montoya<br>Documento: 32445691<br>~~Teléfono:~~ C. 3244/087 | | |

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710697
FECHA: 10-04-2024 08:40
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1331300

| CODIGO-NOMBRE | V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS | 71,880 | 2 | 0 | 0 | 143,760 |
| 364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC | 1,314 | 12 | 0 | 0 | 15,768 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 159,528
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 159,528
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 159,528 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3063-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PULGARIN OSORIO SEBASTIAN
CC 1001995931
CR 86B # 49A - 80 HB.
TELEFONO: 3122718340
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---------

OBS: elizabeth osorio 3227674 5863191

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Elizabeth Osorio identificado con cédula número 32737674, 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 10-04-2024

420

No. de Orden
3063

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SEBASTIAN PULGARIN OSORIO | Documento | 1001995931 |
| No. Carné | 71623485 - E | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CRA 86B NRO 49A -80 INT 102 CALAZANS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | N/A | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE DE LUNES A VIERNES

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR INTRAMUSCULAR DIARIAMENTE 1 SEMANA , LUIEGO CADA 8 DIAS 1 MES Y CONTI

| Nombre Funcionario: | FABIO LEON PULGARIN CESPEDES |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32737670
Télefono: 5863191

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

22h


No. de Orden
3063

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SEBASTIAN PULGARIN OSORIO | Documento | 1001995931 |
| No. Carné | 71623485 - E | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CRA 86B NRO 49A -80 INT 102 CALAZANS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | N/A | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE DE LUNES A VIERNES

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR INTRAMUSCULAR DIARIAMENTE 1 SEMANA , LUIEGO CADA 8 DIAS 1 MES Y CONTI

| Nombre Funcionario: | FABIO LEON PULGARIN CESPEDES |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32737671
Télefono: 5863191

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710698
FECHA: 10-04-2024 09:12
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1331307
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 303347-RIVOTRIL ROCHE GOTAS 2.5 MG CAJA 2 0 ML | | | | |
| 65,578 | 1 | 0 | 0 | 65,578 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 65,578
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 65,578
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 65,578 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3047-DOIMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA ZULUAGA ROCIO
CC 32441087
CL 48 # 88 - 51 CS FLORESTA STA LUCIA
TELEFONO: 3158462326
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Tel 264 4562

OBS: Rocio Montoya R
C-C 32.441.087 M.

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Rocio Montoya de R. identificado con cédula número 32.441.084, 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 Rocio Montoya de R.

FECHA 2 Abril/10. 2024.-

| | | |
|---|---|---|
| SENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA | Versión: 01<br>Código: GTH-F-005 |

| | |
|---|---|
| **Beneficiario**<br>**ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA** | **Cédula 32441087** |
| **No. Carné 43516968-A** | ***Fecha*** **09 ABRIL 2024** |

| | | |
|---|---|---|
| **RIVOTRIL 2.5MG/ML SGS FCOX20ML (CLONAZEPAM)** | **VIA ORAL: TOMAR 5 GOTAS CADA NOCHE** | **01 FCO UNO** |
| SE REALIZA FÓRMULA DE CONTROL PARA UN MES (ENTREGAR GENÉRICOS SI NO HAY COMERCIAL) | | |

Firma y Sello del Médico

**WENDY BUENO ARIZA**
**RM 91-011607**

***CODIGO: 3047***

Rocio Montoya
C.C. C32.441.087

RESPONSABLE DE IVA
GR CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 7c46d0ecf52a1f11d17235fbf5f945fcb4d
d759fc368f48f78123eca06cdba6e8eff23c83113
b491ecd554b99643ceb5

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710704
FECHA: 10-04-2024 11:47
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1331342

| CODIGO-NOMBRE | V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 140210-FYBOGEL SOBRES CAJA X 10 UNDS | 41,170 | 3 | 0 | 0 | 123,510 |
| 121144-TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS | 4,359 | 1 | 0 | 0 | 4,359 |
| 121007-ALBENDAZOL GENFAR TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS | 896 | 1 | 0 | 0 | 896 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 128,765
------------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 128,765
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 128,765 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3090-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HOYOS SANCHEZ LUCY DE LA TRINIDAD
CC 22051115
CL 42C # 63C - 145 APT 611
TELEFONO: 2355716
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---------- 22051115

OBS:

430

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Rocy Hoyos S identificado con cédula número 1220[illegible], 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 Rocy Hoyos

FECHA 10-04-2024

No. de Orden 3090

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUCY DE LA TRINIDAD HOYOS SANCHEZ | Documento | 22051115 |
| No. Carné | 15420795 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CLL 42C 63C-145 MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FYBOGEL NARANJA CJX10SOB | ISPAGHULA HUSK 79,61G | SOBRE | TREINTA |

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

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| TINIDAZOL 1G CJX4TAB | TINIDAZOL 1G Tableta | TABLETAS | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 2 |

1 despues del desayuno y del almuerzo

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ALBENDAZOL 200MG CJX2TAB | ALBENDAZOL 200MG Tableta | TABLETAS | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | DOSIS ÚNICA | 1 |

juntas despues del almuerzo

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CRISTOBAL GIRALDO VERGARA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Lucy Hoyos
Documento: 22051.115
Télefono: 3117239316

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3090

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUCY DE LA TRINIDAD HOYOS SANCHEZ | Documento | 22051115 |
| No. Carné | 15420795 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CLL 42C 63C-145 MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FYBOGEL NARANJA CJX10SOB | ISPAGHULA HUSK 79,61G | SOBRE | TREINTA |

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

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| TINIDAZOL 1G CJX4TAB | TINIDAZOL 1G Tableta | TABLETAS | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 2 |

1 despues del desayuno y del almuerzo

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ALBENDAZOL 200MG CJX2TAB | ALBENDAZOL 200MG Tableta | TABLETAS | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | DOSIS ÚNICA | 1 |

juntas despues del almuerzo

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CRISTOBAL GIRALDO VERGARA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Lucy Hoyos
Documento: 22051.115
Télefono: 3117239316

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


434

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710705
FECHA: 10-04-2024 11:48
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1331343

| CODIGO-NOMBRE | V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 662021-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS | 15,420 | 1 | 0 | 0 | 15,420 |
| 203521-NEUROBION DC J.PRELLENADA 10000 CAJA X 3 UND | 115,134 | 2 | 0 | 0 | 230,268 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 245,688
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 245,688
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 245,688 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3062-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO MARTINEZ ELIZABETH
CC 32737674
CR 86B # 49A - 80 ED.VERSALLES APT102 C ALAZANSA
TELEFONO: 5863191
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Sebastian Polgarin
CC 1001995931

436

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Sebastian Pulgarin identificado con cédula número 1001995931, 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 Sebastian Pulgarin

FECHA 10/04/2024

No. de Orden 3062

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ELIZABETH OSORIO MARTINEZ | Documento | 32737674 |
| No. Carné | 71623485 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CRA 86B NRO 49A -80 INT 102 CALAZANS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 25MG CJX30CAP | PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MGMLTIAMINA | AMPOLLA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | N/A | 12 |

EN CADERA INTRAMUSCULAR DIA POR MEDIO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | FABIO LEON PULGARIN CESPEDES |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Sebastian Pulgarin
Documento: 1001995931
Télefono: 3106327355

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3062

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: ELIZABETH OSORIO MARTINEZ | Documento: 32737674
No. Carné: 71623485 - C | Fecha autorización: 10/04/24
Dirección: CRA 86B NRO 49A -80 INT 102 CALAZANS
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

Medicamentos: LYRICA 25MG CJX30CAP | Molécula: PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura | Tipo: CÁPSULA | Total 30: TREINTA
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
1 EN LA NOCHE

Medicamentos: NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | Molécula: PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MGMLTIAMINA | Tipo: AMPOLLA | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: N/A | Tiempo tratamiento: 12
EN CADERA INTRAMUSCULAR DIA POR MEDIO

Nombre Funcionario: FABIO LEON PULGARIN CESPEDES
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma: Sebastian Pulgarin
Documento: 1001995931
Télefono: 3106327355
Fecha de vencimiento: 25/04/24
GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøø a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710709
FECHA: 10-04-2024 13:43
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ FRESIGA
SECUENCIA: 1331364
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132076-ROSUVASTATINA GENFAR INST. TABLETA S 20 MG CAJA X 14 UNDS
3,388 4 0 0 13,552

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 13,552
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 13,552
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 13,552 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3143 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CERVERA CERVERA JENKINS
CC 71605960
CR 91 # 37 - 58 APT 301
TELEFONO: 5910508
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: CC 71605960

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo JENKINS CEPUDA identificado con cédula número 71605936, 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 10 ABRIL 2024

No. de Orden
3143

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JENKINS CERVERA CERVERA | Documento | 71605960 |
| No. Camé | 43084380 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | Medellín, carrera 91 No 37-8 piso 3 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20MG CJX28TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 20MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LILIANA MARIA GOMEZ SANCHEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3143

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JENKINS CERVERA CERVERA | Documento | 71605960 |
| No. Camé | 43084380 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | Medellín, carrera 91 No 37-8 piso 3 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20MG CJX28TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 20MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LILIANA MARIA GOMEZ SANCHEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710710
FECHA: 10-04-2024 13:48
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1331365
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 118700-KETUM INST. GEL 2.5% CAJA 30 G | | | | |
| 19,437 | 1 | 0 | 0 | 19,437 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 19,437
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 19,437
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 19,437 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3128 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESPINOSA DE MESA BERTHA LILIA
CC 42994685
CL 55 # 77C - 100 APT 806 EDIFICIO BALI
TEL6045009591
TELEFONO: 3207489256
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena: NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---

OBS: 71.687592

448

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Gildardo Echeverri identificado con cédula número 71687572 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 10/04/2024

No. de Orden 3128

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BERTHA LILIA ESPINOSA DE MESA | Documento | 42994685 |
| No. Carné | 8310780 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CLL 55 NRO 77C -100 APTO 806 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| KETUM GEL 2.5% TBOX30G | KETOPROFENO 25MGG Gel | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR CADA NOCHE EN ÁREAS DOLOROSAS DE LAS PIERNAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOSE ANTONIO MESA OROZCO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71667572
Télefono: 3143616285

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

452


No. de Orden 3128

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BERTHA LILIA ESPINOSA DE MESA | Documento | 42994685 |
| No. Carné | 8310780 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CLL 55 NRO 77C -100 APTO 806 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| KETUM GEL 2.5% TBOX30G | KETOPROFENO 25MGG Gel | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR CADA NOCHE EN ÁREAS DOLOROSAS DE LAS PIERNAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOSE ANTONIO MESA OROZCO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71667572
Télefono: 3143616285

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710717
FECHA: 10-04-2024 18:37
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331439
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 2 0 0 110,520
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. INST. POLVO CAJA X 30 UNDS
22,650 2 0 0 45,300
086921-X RAY DOL ANALGESICO 12 TABS CAJA
23,289 2 0 0 46,578
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518
600184-GASTROFAST ADVANCE INST. SACHET CAJA X 10 UNDS
31,390 6 0 0 188,340
041069-BUSCAPINA FEM COMPRIMIDOS CAJA X 6 UNDS
8,388 2 0 0 16,776

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 736,504
-----------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 736,504
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 736,504 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3102-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
URREGO LOAIZA MIRIAM DEL SOCORRO
CC 43781794
CL 26 # 84BC - 19 BELEN
TELEFONO: 3003579676
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Miriam Urrego
43781794

55h

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Hirian Urrego identificado con cédula número 43781794, 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 Hirian Urrego

FECHA 11/04/2024

No. de Orden 3102

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MIRIAM DEL SOCORRO URREGO LOAIZA | Documento | 43781794 |
| No. Carné | 71761148 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

mk 1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en ayuna s

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 24 |
|---|---|---|---|
| X RAY DOL TAB CJX12TAB | ACETAMINOFEN 250MGNAPROXENO SODICO | TABLETAS | VEINTICUATR |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

hasta 2 al dia en caso d e dolro

| Nombre Funcionario: | IVAN DARIO ROJAS CARMONA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Mirian U.
Documento: 43781794
Télefono: 3053001398

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3102

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MIRIAM DEL SOCORRO URREGO LOAIZA | Documento | 43781794 |
| No. Carné | 71761148 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

mk 1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en ayuna s

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 24 |
|---|---|---|---|
| X RAY DOL TAB CJX12TAB | ACETAMINOFEN 250MGNAPROXENO SODICO | TABLETAS | VEINTICUATR |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

hasta 2 al dia en caso d e dolro

| Nombre Funcionario: | IVAN DARIO ROJAS CARMONA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Mirian U.
Documento: 43781794
Télefono: 3053001398

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

158

No. de Orden 3102

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MIRIAM DEL SOCORRO URREGO LOAIZA | Documento | 43781794 |
| No. Carné | 71761148 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 vece sla dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 12 |
|---|---|---|---|
| BUSCAPINA FEM 20/400 MG CJX6 TAB | HIOSCINA n-butil bromuro/IBUPROFENO 20/400 | TABLETAS | DOCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 al dia

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | IVAN DARIO ROJAS CARMONA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3102

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: MIRIAM DEL SOCORRO URREGO LOAIZA | Documento: 43781794
No. Carné: 71761148 - C | Fecha autorización: 10/04/24
Dirección: CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

Medicamentos: FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | Molécula: CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | Tipo: FRASCO | Total 2: DOS
Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
3 vece sla dia

Medicamentos: GASTROFAST ADVANCE | Molécula: ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | Tipo: SOBRE | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 SOBRE | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 diariamente

Medicamentos: BUSCAPINA FEM 20/400 MG CJX6 TAB | Molécula: HIOSCINA n-butil bromuro/IBUPROFENO 20/400 | Tipo: TABLETAS | Total 12: DOCE
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
2 al dia

Nombre Funcionario: IVAN DARIO ROJAS CARMONA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____
Fecha de vencimiento: 25/04/24
GTH-F-005 V.01


459

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710719
FECHA: 10-04-2024 19:02
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331447
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 967022-SLINDA TABLETAS 4 MG CAJA X 28 UNDS | | | | |
| 48,400 | 2 | 0 | 0 | 96,800 |
| 012781-ORACEA CAPSULAS 40 MG CAJA X 28 UNDS | | | | |
| 144,620 | 2 | 0 | 0 | 289,240 |
| 132244-ESPIRONOLACTONA HUMAX INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS | | | | |
| 50,100 | 0 | 60 | 0 | 30,060 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 416,100
------------[FORMAS DE PAGO]-------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 416,100
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 416,100 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3152-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MOSQUERA CEREN MARIA ALEJANDRA
CC 1045498528
CR 70 # 30A - 26 APT 102
TELEFONO: 3104777789
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

DAMASA CEREN
OBS: CEL: 3105487854

460

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo DÁMASA CERÉN identificado con cédula número 39308649, 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 DÁMASA CERÉN C.

FECHA 11-Abril-2024

No. de Orden 3152

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ALEJANDRA MOSQUERA CEREN | Documento | 1045498528 |
| No. Carné | 71983748 - E | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CRA 69C NRO 30C -15 MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| SLINDA® | DROSPIRENONA 4mg | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR 28 DÍAS Y APENAS TERMINE UN CARTÓN DEBE REINICIAR EL OT

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ORACEA LIBERACION MODI 40MG CJX28CMP | DOXICICLINA 40MG Cápsula de liberación prolongada | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. (Recomendación del especialista) PENDIENTE UNA E

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESPIRONOLACTONA 100MG CJX20TAB | ESPIRONOLACTONA 100MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR SEIS MESES. (Recomendación del especialista) PENDIENTE CUATR

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JOSE ROMALDO MOSQUERA GIRALDO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: DÁMASA C.
Documento: 39308649
Télefono: 3105487854

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3152

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: MARIA ALEJANDRA MOSQUERA CEREN | Documento: 1045498528
No. Carné: 71983748 - E | Fecha autorización: 10/04/24
Dirección: CRA 69C NRO 30C -15 MEDELLIN
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| SLINDA® | DROSPIRENONA 4mg | TABLETAS | CINCUENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA 24 HORAS POR 28 DÍAS Y APENAS TERMINE UN CARTÓN DEBE REINICIAR EL OT

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| ORACEA LIBERACION MODI 40MG CJX28CMP | DOXICICLINA 40MG Cápsula de liberación prolongada | TABLETAS | CINCUENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. (Recomendación del especialista) PENDIENTE UNA E

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESPIRONOLACTONA 100MG CJX20TAB | ESPIRONOLACTONA 100MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

TOMAR CADA 24 HORAS POR SEIS MESES. (Recomendación del especialista) PENDIENTE CUATR

Nombre Funcionario: JOSE ROMALDO MOSQUERA GIRALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: DÁNA CEREN
Documento: 39308649
Télefono: 3105487854

Fecha de vencimiento: 25/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710721
FECHA: 10-04-2024 19:30
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331457
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115107-CEFALEXINA MK INST. TABLETAS 500 M G CAJA X 10 UNDS
6,670 2 0 0 13,340
210006-ESOZ (ESOMEPRAZOL)BUSSIE INST. CAP SULAS 40 MG CAJA X 60 UNDS
123,900 1 0 0 123,900
682917-MOMETASYN INST. (RG) SPRAY NASAL C AJA 20 G
173,485 1 0 0 173,485
115101-HIDROCLOROTIAZIDA MK INST. TABLETA S 25 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 60 0 2,040
115114-AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 150 UNDS
42,750 0 60 0 17,100
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS
29,032 2 0 0 58,064
340020-ARCALION TABLETAS 200 MG FRASCO 3 X 20UND
62,760 2 0 0 125,520

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 513,449
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 513,449
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 513,449 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3082-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HERRERA DE AGUDELO LUZ OFELIA
CC 32419635
TV 45 # 79CC - 10 AP 102 BL 18 PORT# 5
LOS PINOS
TELEFONO: 3154598592

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710734
FECHA: 11-04-2024 17:55
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331717
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116501-TEARSOFT INST. GOTAS OFTALMICAS CA JA 15 ML
4,067 2 0 0 8,134
100218-FLEXTRIL C INST GLUCOSAM+CONDR SOB RES NARANJA CAJA X 15 UNDS
87,510 4 0 0 350,040
100218-DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS BLANDA S 500 MG CAJA X 10 UNDS
15,440 12 0 0 185,280
327497-MOMETASYN 200 DOSIS SPRAY NASAL 0. 05 % CAJA 20 G
173,485 1 0 0 173,485
115147-WASSERTROL(DEXA-NEOM-POLI)INS. UNG ENTO OFTALMICO TUBO 5 G
26,683 1 0 0 26,683

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 743,622
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 743,622
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 743,622 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3082-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HERRERA DE AGUDELO LUZ OFELIA
CC 32419635
TV 45 # 79CC - 10 AP 102 BL 18 PORT# 5
LOS PINOS
TELEFONO: 3154598592
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

Luz Ofelia Herrera de A
OBS: CC. 32'419.635-

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

Luz Ofelia Herrera de A
OBS: CC: 32419635

19h

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz Ofelia Herrera de A identificado con cédula número 32419635, 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 Luz Ofelia Herrera de Agudelo

FECHA 11- abril- 2.024

468

No. de Orden 3082

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ OFELIA HERRERA DE AGUDELO | Documento | 32419635 |
| No. Camé | 2896081 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | TRANSV 45 # 79CC-10 UNID LOS PINOS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| TEARSOFT SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO DOS VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAMINA/COND 1500/1200MG CJX30SOB | GLUCOSAMINA CLORHIDRATO 1500MG CONDROITINA | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| CEFALEXINA 500MG CJX20CAPS | CEFALEXINA HIDRATO 500MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 6 HORAS | 5 |

TOMAR CADA 6 HORAS (6AM - 12PM - 6PM - 10 PM) POR CINCO DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG FCOX24 TR | ACETAMINOFEN 500MG TR | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR 1 C/8 HORAS SOLO POR NECESIDAD (ENTREGAR ACTIV GEL)

| Nombre Funcionario: | ALBERTO AGUDELO GOMEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Luz Ofelia H
Documento: 32419635
Télefono: 4178909

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3082

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ OFELIA HERRERA DE AGUDELO | Documento | 32419635 |
| No. Camé | 2896081 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | TRANSV 45 # 79CC-10 UNID LOS PINOS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| TEARSOFT SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO DOS VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAMINA/COND 1500/1200MG CJX30SOB | GLUCOSAMINA CLORHIDRATO 1500MG CONDROITINA | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| CEFALEXINA 500MG CJX20CAPS | CEFALEXINA HIDRATO 500MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 6 HORAS | 5 |

TOMAR CADA 6 HORAS (6AM - 12PM - 6PM - 10 PM) POR CINCO DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG FCOX24 TR | ACETAMINOFEN 500MG TR | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR 1 C/8 HORAS SOLO POR NECESIDAD (ENTREGAR ACTIV GEL)

| Nombre Funcionario: | ALBERTO AGUDELO GOMEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Luz Ofelia Herrera
Documento: 32419635
Télefono: 6044178909

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
3082

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ OFELIA HERRERA DE AGUDELO | Documento | 32419635 |
| No. Carné | 2896081 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | TRANSV 45 # 79CC-10 UNID LOS PINOS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOZ 40 MG CJX30CAP | ESOMEPRAZOL 40MG Cápsula | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| MOMETASYN 20MGX200APLICACIONES | MOMETASONA FUROATO HIDRATO 0.5MGML | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 60 |

HACER UN PUFF EN CADA FOSA NASAL DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALBERTO AGUDELO GOMEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3082

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: LUZ OFELIA HERRERA DE AGUDELO | Documento: 32419635
No. Carné: 2896081 - C | Fecha autorización: 10/04/24
Dirección: TRANSV 45 # 79CC-10 UNID LOS PINOS
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOZ 40 MG CJX30CAP | ESOMEPRAZOL 40MG Cápsula | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| MOMETASYN 20MGX200APLICACIONES | MOMETASONA FUROATO HIDRATO 0.5MGML | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | NASAL | CADA 24 HORAS | 60 |

HACER UN PUFF EN CADA FOSA NASAL DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario: ALBERTO AGUDELO GOMEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 24/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
3082

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ OFELIA HERRERA DE AGUDELO | Documento | 32419635 |
| No. Carné | 2896081 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | TRANSV 45 # 79CC-10 UNID LOS PINOS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 2000UI CBL FCOX60CAP GF2 | VITAMINA D3 | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS. (Si no hay disponibilidad de medicamento

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| WASSERTROL UNG OFT TBOX5G | NEOMICINA SULFATO 3.5MGGDEXAMETASONA | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 10 |

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN EL OJO AFECTADO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ARCALION 200MG CJX60COMP | SULBUTIAMINA 200MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL DESAYUNO, INCIANDO CON DOS JUNTAS POR UN MES, Y PAS

| Nombre Funcionario: | ALBERTO AGUDELO GOMEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Luz Ofelia H
Documento: 32419635
Télefono: 417 8909

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3082

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ OFELIA HERRERA DE AGUDELO | Documento | 32419635 |
| No. Carné | 2896081 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | TRANSV 45 # 79CC-10 UNID LOS PINOS | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 2000UI CBL FCOX60CAP GF2 | VITAMINA D3 | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS. (Si no hay disponibilidad de medicamento

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| WASSERTROL UNG OFT TBOX5G | NEOMICINA SULFATO 3.5MGGDEXAMETASONA | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 10 |

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN EL OJO AFECTADO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ARCALION 200MG CJX60COMP | SULBUTIAMINA 200MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL DESAYUNO, INCIANDO CON DOS JUNTAS POR UN MES, Y PAS

| Nombre Funcionario: | ALBERTO AGUDELO GOMEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Luz Ofelia Herrera
Documento: 32419635
Télefono: 417 8909

**Fecha de vencimiento:** 24/04/24

GTH-F-005 V.01


412

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710722
FECHA: 10-04-2024 19:52
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331468
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0 120 0 8,280
115400-GLUCOPHAGE XR INST. TABLETAS 750 M G CAJA X 30 UNDS
103,980 2 0 0 207,960
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS
147,600 0 60 0 44,280
116400-JARDIANCE INST. (RG) TABLETAS 25 M G CAJA X 30 UNDS
256,500 2 0 0 513,000

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 773,520
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 773,520
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 773,520 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3149-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA LOPERA DORALBA
CC 42887230
CR 95 # 48A - 86 CS BRR FLORESTA LA PRA DERA
TELEFONO: 4217785
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4067582

CUFE: Insertado desde cśdigo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710726
FECHA: 11-04-2024 14:46
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1331642
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 115500-STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG C AJA X 30 UNDS | | | | |
| 227,400 | 2 | 0 | 0 | 454,800 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 454,800
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 454,800
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 454,800 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3149-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA LOPERA DORALBA
CC 42887230
CR 95 # 48A - 86 CS BRR FLORESTA LA PRADERA
TELEFONO: 4217785
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

42887230
OBS: Doralba Lopera
3113041147

476

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Doralba Mesa P. identificado con cédula número 42887230, 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 Doralba M.P

FECHA 11-4-2024

No. de Orden 3149

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DORALBA MESA LOPERA | Documento | 42887230 |
| No. Carné | 15334975 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CARRERA 95 # 48A - 86 La Floresta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/20MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG FCOX24 TR | ACETAMINOFEN 500MG TR | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA SOLO POR DOLOR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE XR 750MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 750MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ORLANDO ANTONIO AYALA MESA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Doralba M.
Documento: 42887230
Télefono: 3113041141

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

480


No. de Orden 3149

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DORALBA MESA LOPERA | Documento | 42887230 |
| No. Carné | 15334975 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CARRERA 95 # 48A - 86 La Floresta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/20MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG FCOX24 TR | ACETAMINOFEN 500MG TR | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA SOLO POR DOLOR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE XR 750MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 750MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ORLANDO ANTONIO AYALA MESA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Doralba M.
Documento: 42887230
Télefono: 3113041141

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
3149

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DORALBA MESA LOPERA | Documento | 42887230 |
| No. Carné | 15334975 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CARRERA 95 # 48A - 86 La Floresta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| JARDIANCE 25 mg CJX30TAB | EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ORLANDO ANTONIO AYALA MESA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3149

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DORALBA MESA LOPERA | Documento | 42887230 |
| No. Carné | 15334975 - C | Fecha autorización | 10/04/24 |
| Dirección | CARRERA 95 # 48A - 86 La Floresta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| JARDIANCE 25 mg CJX30TAB | EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ORLANDO ANTONIO AYALA MESA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


184

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: e0b4324b0f02a5fda255ce5c437a9de4e90
09df73ae197550893bb921d8032c9b61e52b4f300
531c17d690751e0a3163

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710723
FECHA: 11-04-2024 12:38
VENDEDOR: SORAYA PALACIO FLOREZ
SECUENCIA: 1331616
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS | | | | |
| 18,864 | 7 | 8 | 0 | 141,480 |

----------[TOTAL DE FACTURA ----------
TOTAL: 141,480
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 141,480
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 141,480 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: DOMICILIO-3191
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HINCAPIE PEREZ SILVIA ESTER
CC 21637658
CL 31C # 89E - 77
TELEFONO: 2382668
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDICINA GENERAL
---

OBS: Ana 4-paxqath

482

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Finca 01= pareja identificado con cédula número 43740036 L. 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 Finca 1= pareja

FECHA 11-04-24

No. de Orden
3191

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ | Documento | 21637658 |
| No. Camé | 8221178 - C | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CLL 31 C 89E-77 B.Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN/CODEINA 500/30MG CJX30TAB | ACETAMINOFEN 500MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 despues del desayuno

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 A MEIODIA Y EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PABLO EMILIO PAREJA |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43948036
Télefono: 2382668

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3191

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ | Documento | 21637658 |
| No. Camé | 8221178 - C | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CLL 31 C 89E-77 B.Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN/CODEINA 500/30MG CJX30TAB | ACETAMINOFEN 500MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 despues del desayuno

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 A MEIODIA Y EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PABLO EMILIO PAREJA |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43948036
Télefono: 2382668

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 136 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: 6ab550c83e0d89b4e9a3af4b17087c01b77
ba7ce0b437a0c5caea5daf1636ffdc10d1f49a709
75b20e56d795eae3f4ce

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: ES1710724
FECHA: 11-04-2024 12:45
VENDEDOR: SORAYA PALACIO FLOREZ
SECUENCIA: 1331619
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 117307-WINADEINE F ACETA+CODE. INST. TAB LETAS 325MG/30MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 8,070 | 2 | 0 | 0 | 16,140 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 16,140
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 16,140
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 16,140 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: DOMICILIO-3217
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HINCAPIE PEREZ SILVIA ESTER
CC 21637658
CL 31C # 89E - 77
TELEFONO: 2382668
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
43748056

OBS:

488

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Lina M Pareja identificado con cédula número 43740836, 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 Lina M Pareja

FECHA 11-04-24

| | | |
|---|---|---|
| SENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA | Versión: 01<br>Código: GTH-F-005 |

**Beneficiario**
**SILVIA HINCAPIE PEREZ**

**C.C 21637658**

**Fecha** 11 04 2024

| | **Cantidad** |
|---|---|
| **ACETAMINOFEN 325/MGR /CODEINA 30 MGR MK VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA AL DIA** | **60 SESENTA** |

Firma y Sello del Médico

COD:3217

Firma del pareja H
43748036

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: fdec8995e8aba577bb7ba984a1dc320c62
c5051edd0e2ddc6c7adfb1abf9087f5a29ec0f37d
2ac57262c936d94830af

FAC". ELECTRONICA DE VENTA: ES1710725
FECHA: 11-04-2024 12:52
VENDEDOR: SORAYA PALACIO FLOREZ
SECUENCIA: 1331621
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121144-TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS
4,359 1 0 0 4,359
121007-ALBENDAZOL GENFAR TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS
896 1 0 0 896

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 5,255
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 5,255
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 5,255 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-3156
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VERGARA MUÑOZ SOL MARIA
CC 25822237
CR 68A # 42 - 29 TEL 2307934
TELEFONO: 3105943340
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Samuel 8047738

494

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Samuel Ch identificado con cédula número 8047738, 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 Samuel Ch.

FECHA 11-04-2024

| | | |
|---|---|---|
| SENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE<br>SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA | Versión: 01<br>Código: GTH-F-005 |

Beneficiario
SOL MARIA VERGARA

Cédula 25822237

No. Carné

Fecha 11 04 2024

| R/. | | Cantidad |
|---|---|---|
| TINIDAZOL 1 GR TABLETA GENFAR | VIA ORAL TOMAR 1 DESPUES DEL DESAYUO Y 1 DESPUES DEL ALMUERZO POR 2 DIAS | 4 CUATRO |
| ALBENDAZOL 200 MG TABLETA | VIA ORAL TOMAR LAS 2 TABLETAS JUNTAS DESPUES DEL ALMUERZO | 2 DOS |

Firma y Sello del Médico

3156

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710727
FECHA: 11-04-2024 14:48
VENDEDOR: SORAYA PALACIO FLOREZ
SECUENCIA: 1331644
CODIGO-NOMBRE
V.UNI. ENT FRA DTO PARCIAL

115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472
600580-DIOVAN HCT INST. 80/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS
25,144 2 0 0 50,288
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
155,100 0 60 0 31,020
600189-EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS.
39,300 1 0 0 39,300
055182-ESTERMAX (RG) CREMA VAGINAL CAJA 40 G X 4 APLICADORES
28,993 2 0 0 57,986
364083-MYRBETRIC INST. (RG) 50 MG CAJA X 30 UNDS
132,732 2 0 0 265,464

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 755,530
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 755,530
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 755,530 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3190-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HINCAPIE PEREZ SILVIA ESTER
CC 21637658
CL 31C # 89E - 77
TELEFONO: 2382668
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
----------
OBS:

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710728
FECHA: 11-04-2024 14:53
VENDEDOR: SORAYA PALACIO FLOREZ
SECUENCIA: 1331646
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600189-EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS.
39,300 0 10 0 7,860

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 7,860
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 7,860
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 7,860 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-3190
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HINCAPIE PEREZ SILVIA ESTER
CC 21637658
CL 31C # 89E - 77
TELEFONO: 2382668
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
----------
OBS: 43748036

500

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Lina Mª Parra
437483

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Ana M. Pareja H. identificado con cédula número 43748036, 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 M. Pareja H.

FECHA 11-04-24

No. de Orden 3190

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ | Documento | 21637658 |
| No. Camé | 8221178 - C | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CLL 31 C 89E-77 B.Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TOMAR | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

mk 1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN HCT (80+12.5)mg CJX28TR | VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (80+12.5)mg Tableta | SUSPENSI | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la mañana

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en ayuna s

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PABLO EMILIO PAREJA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Ana M Parra
Documento: 43148038
Télefono: 2382668

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3190

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ | Documento | 21637658 |
| No. Camé | 8221178 - C | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CLL 31 C 89E-77 B.Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TOMAR | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

mk 1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN HCT (80+12.5)mg CJX28TR | VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (80+12.5)mg Tableta | SUSPENSI | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la mañana

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 en ayuna s

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PABLO EMILIO PAREJA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Ana M Parra
Documento: 43148038
Télefono: 2382668

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01


108

No. de Orden 3190

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ | Documento | 21637658 |
| No. Camé | 8221178 - C | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CLL 31 C 89E-77 B.Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ESTERMAX CRE/VAG/0.625MG TBX40G | ESTROGENOS 0.625MGG Crema | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 APLICAR | INTRAVAGINAL | CADA MES | 60 |

APLICAR INTRAVAGINAL CADA 3 DIAS POR 3 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PABLO EMILIO PAREJA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3190

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ | Documento | 21637658 |
| No. Camé | 8221178 - C | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CLL 31 C 89E-77 B.Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ESTERMAX CRE/VAG/0.625MG TBX40G | ESTROGENOS 0.625MGG Crema | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 APLICAR | INTRAVAGINAL | CADA MES | 60 |

APLICAR INTRAVAGINAL CADA 3 DIAS POR 3 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PABLO EMILIO PAREJA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4067582

CUFE Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710731
FECHA: 11-04-2024 15:02
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1331673
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116901-DITOPAX-F E.X T. INST. T. MASTICAB LES NARANJA CAJA X 25 UNDS
9,725 7 5 0 70,020
117307-WINADEINE F ACETA+CODE. INST. TAB LETAS 325MG/30MG CAJA X 30 UNDS
8,070 4 0 0 32,280
662021-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAP SULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
15,420 2 0 0 30,840
600189-EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS.
39,300 2 0 0 78,600
132057-CARVEDILOL GENFAR INST. (RG) TABLE TAS 6.25 MG CAJA X 300 UNDS
82,500 0 120 0 33,000
100218-BIPRETERAX INST. (RG) COMPRIMIDOS 5 MG CAJA X 30 UNDS
21,757 4 0 0 87,028
203240-GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABL ETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS
68,610 6 0 0 411,660
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472
100278-FARMA D C8G INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS
29,032 2 0 0 58,064
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG A MPOLLA 1 CC
1,314 2 0 0 2,628
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLU CION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518
253039-CATAPRESAN TABLETAS 150 MG CAJA X 20 UNDS
34,210 6 0 0 205,260

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,338,370
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,338,370

506

FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

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

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 1,338,370 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3155 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VERGARA MU¬OZ SOL M4RIA
CC 25822237
CR 68A # 42 - 29 TEL 2307934
TELEFONO: 3105943340
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Samuel C 8047738

LOG

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Samuel Gh identificado con cédula número 1.037.738, 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 Samuel Gh

FECHA 11-04-2024

No. de Orden
3155

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SOL MARIA VERGARA MUÑOZ | Documento | 25822237 |
| No. Carné | 77011617 - D | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Direcclón | CALLE 25A 6B-40 CINCO DE NOVIEMBRE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DITOPAX TAB MASTICABLES CJX10TAB | ALUMINIO HIDROXMAGN CARBON 282MGMAGNESIO | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| WINADEINE F 325mg/30mg CJX10TAB | ACETAMINOFEN 325MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 25MG CJX30CAP | PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| CATAPRESAN 150MCG CJX20COMP | CLONIDINA CLORHIDRATO 150MCG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | GABRIEL EDUAR ESPINOSA VERGARA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 80477358
Télefono: 3176152256

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3155

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SOL MARIA VERGARA MUÑOZ | Documento | 25822237 |
| No. Carné | 77011617 - D | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Direcclón | CALLE 25A 6B-40 CINCO DE NOVIEMBRE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DITOPAX TAB MASTICABLES CJX10TAB | ALUMINIO HIDROXMAGN CARBON 282MGMAGNESIO | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| WINADEINE F 325mg/30mg CJX10TAB | ACETAMINOFEN 325MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 25MG CJX30CAP | PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| CATAPRESAN 150MCG CJX20COMP | CLONIDINA CLORHIDRATO 150MCG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | GABRIEL EDUAR ESPINOSA VERGARA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 80477358
Télefono: 3176152256

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3155

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SOL MARIA VERGARA MUÑOZ | Documento | 25822237 |
| No. Camé | 77011617 - D | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CALLE 25A 6B-40 CINCO DE NOVIEMBRE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| CARVEDILOL 6.25MG | CARVEDILOL | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| BI PRETERAX 5MG FCOX30CAP | PERINDOPRIL ARGININA 5MGINDAPAMIDA 1.25MG | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Nombre Funcionario: | GABRIEL EDUAR ESPINOSA VERGARA |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3155

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SOL MARIA VERGARA MUÑOZ | Documento | 25822237 |
| No. Camé | 77011617 - D | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CALLE 25A 6B-40 CINCO DE NOVIEMBRE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| CARVEDILOL 6.25MG | CARVEDILOL | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| BI PRETERAX 5MG FCOX30CAP | PERINDOPRIL ARGININA 5MGINDAPAMIDA 1.25MG | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

3 AL DIA

| Nombre Funcionario: | GABRIEL EDUAR ESPINOSA VERGARA |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3155

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SOL MARIA VERGARA MUÑOZ | Documento | 25822237 |
| No. Carné | 77011617 - D | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CALLE 25A 6B-40 CINCO DE NOVIEMBRE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 60 |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 veces al dia

| Nombre Funcionario: | GABRIEL EDUAR ESPINOSA VERGARA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 80477238
Télefono: 3126515226

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

312


No. de Orden 3155

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: SOL MARIA VERGARA MUÑOZ | Documento: 25822237
No. Carné: 77011617 - D | Fecha autorización: 11/04/24
Dirección: CALLE 25A 6B-40 CINCO DE NOVIEMBRE
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | DOS |

Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: CADA MES | Tiempo tratamiento: 60
1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | VEINTE |

Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
3 veces al dia

Nombre Funcionario: GABRIEL EDUAR ESPINOSA VERGARA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 80477238
Télefono: 3126515226

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01

Fecha: 11/04/2024
Hora: 8:00 a. m.
Pagina 2 de 5

No. de Orden
3155

SENA

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SOL MARIA VERGARA MUÑOZ | Documento | 25822237 |
| No. Carné | 77011617 - D | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CALLE 25A 6B-40 CINCO DE NOVIEMBRE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

**COMPROBANTE DE INFORME DIARIO**

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | GABRIEL EDUAR ESPINOSA VERGARA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3155

SENA

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SOL MARIA VERGARA MUÑOZ | Documento | 25822237 |
| No. Carné | 77011617 - D | Fecha autorización | 11/04/24 |
| Dirección | CALLE 25A 6B-40 CINCO DE NOVIEMBRE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | GABRIEL EDUAR ESPINOSA VERGARA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 25/04/24

GTH-F-005 V.01


615

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4067582

[illegible]: Insertado desde código. Pendiente e
nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: ES1710737
FECHA: 12-04-2024 11:23
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1331885
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 M
G CAJA X 30 UNDS
55,260 2 0 0 110,520
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLU
CION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 128,038
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 128,038
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 128,038 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3252-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ LONDOÑO GLORIA AMPARO
CC 43066280
CR 70 # 96 - 35 CASTILLA 3117435233
TELEFONO: 2375230
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

gloria. Amparo Lopez
OBS: 43066280

514.

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Gloria Amparo Lopez identificado con cédula número 43066280, 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 Gloria Amparo Lopez

FECHA 12 04 24

516

No. de Orden
3252

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO | Documento | 43066280 |
| No. Carné | 1017153075 - B | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 6 HORAS | 60 |

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Nombre Funcionario: | JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ |
|---|---|

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Gloria
Documento: 43066280
Télefono: 2375730

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3252

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO | Documento | 43066280 |
| No. Carné | 1017153075 - B | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 6 HORAS | 60 |

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Nombre Funcionario: | JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ |
|---|---|

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Gloria Amparo
Documento: 43066280
Télefono: 2375230

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Ingresado desde código. Pendiente envío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710738
FECHA: 12-04-2024 11:33
VENDEDOR: FERNELIS SERNA MURILLO
SECUENCIA: 1331886
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115900-METASPRAY INST. (RG) MOMETASON SPRAY NASAL CAJA 18 ML
173,485 2 0 0 346,970

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 346,970
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 346,970
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 346,970 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA:-3255-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAMARAZA MARIA TERESA
CC 32412270
CR 74D # 75 - 19 AP 604 UR DINAMARCA
TELEFONO: 6042647278
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD Alfredo
MEDI.GENERAL 77670624
OBS:

520

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Alfredo Sanchez 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 12-04-24

522

No. de Orden
3255

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA TERESA CAMARAZA | Documento | 32412270 |
| No. Camé | 6081836 - C | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CRA 74D 75-19 B.Robledo Pilarica | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| **FUROATO D MOMETASONA 0.05% SPRAY FCX140A** | **MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión** | INHALADO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | NASAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 PUFF EN CAA OFSA NASAL EN LA MAÑANA Y LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | NESTOR SANCHEZ GARCIA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1767067
Télefono: 2647278

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01

---

No. de Orden
3255

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA TERESA CAMARAZA | Documento | 32412270 |
| No. Camé | 6081836 - C | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CRA 74D 75-19 B.Robledo Pilarica | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| **FUROATO D MOMETASONA 0.05% SPRAY FCX140A** | **MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión** | INHALADO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | NASAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 PUFF EN CAA OFSA NASAL EN LA MAÑANA Y LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | NESTOR SANCHEZ GARCIA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1767067
Télefono: 2647278

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710741
FECHA: 12-04-2024 14:55
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331927
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115135-MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
15,060 2 0 0 30,120
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS
147,600 0 120 0 88,560
132055-PREDNISOLONA GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
11,100 0 30 0 1,110
600189-EUTIROX INST. 25 MCG. 50 TBS.
39,300 1 25 0 58,950

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 178,740
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 178,740
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 178,740 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3305-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA BOLIVAR JOSE PABLO
CC 632341
CL 2A S # 55 - 36 BARRIO GUAYABAL
TELEFONO: 3617374
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710778
FECHA: 13-04-2024 10:32
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
SECUENCIA: 1332212
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

225105-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 1 0 0 55,260

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 55,260
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 55,260
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 55,260 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3305-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA BOLIVAR JOSE PABLO
CC 632341
CL 67 S # 46 - 16 EDIF. VEGAS DE SABANETA APT.504
TELEFONO: 3053610214 -
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Maria Ma Rosa Toro identificado con cédula número 43028779, 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 abril 13 /24

No. de Orden 3305

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JOSE PABLO MESA BOLIVAR | Documento | 632341 |
| No. Camé | 42992549 - A | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 49 No.16A-30 APTO301 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MIRTAZAPINA X 30 MG CJ X 10 TAB | MIRTAZAPINA 30MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UN CUARTO DE PASTILLA CADA NOCHE POR TRES MESES ((Recomendación del especia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX10TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG FCOX24 TR | ACETAMINOFEN 500MG TR | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

TOMAR DOS JUNTAS CADA 12 HORAS (9AM - 9PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB | PREDNISOLONA 5MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | OLGA CECILIA MESA TORO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43028779
Télefono: 3053610714

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3305

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JOSE PABLO MESA BOLIVAR | Documento | 632341 |
| No. Camé | 42992549 - A | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 49 No.16A-30 APTO301 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MIRTAZAPINA X 30 MG CJ X 10 TAB | MIRTAZAPINA 30MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UN CUARTO DE PASTILLA CADA NOCHE POR TRES MESES ((Recomendación del especia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX10TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG FCOX24 TR | ACETAMINOFEN 500MG TR | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 30 |

TOMAR DOS JUNTAS CADA 12 HORAS (9AM - 9PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB | PREDNISOLONA 5MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | OLGA CECILIA MESA TORO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43028779
Télefono: 3053610714

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
3305

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JOSE PABLO MESA BOLIVAR | Documento | 632341 |
| No. Carné | 42992549 - A | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 49 No.16A-30 APTO301 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ZENTEL 400MG SUSP FCOX10ML | ALBENDAZOL 40MGML Suspensión | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 FRASCO | ORAL | DOSIS ÚNICA | 1 |

TOMAR TODO EL FRASCO EN DOSIS ÚNICA, SIGUIENDO LA RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALIS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 75 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | SETENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Nombre Funcionario: | OLGA CECILIA MESA TORO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3305

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | JOSE PABLO MESA BOLIVAR | Documento | 632341 |
| No. Carné | 42992549 - A | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 49 No.16A-30 APTO301 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ZENTEL 400MG SUSP FCOX10ML | ALBENDAZOL 40MGML Suspensión | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 FRASCO | ORAL | DOSIS ÚNICA | 1 |

TOMAR TODO EL FRASCO EN DOSIS ÚNICA, SIGUIENDO LA RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALIS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 75 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | SETENTA Y C |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Nombre Funcionario: | OLGA CECILIA MESA TORO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710748
FECHA: 12-04-2024 16:40
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331953
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 115500-STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG C AJA X 30 UNDS | | | | |
| 227,400 | 2 | 0 | 0 | 454,800 |
| 107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASC O X 30 UNDS | | | | |
| 71,880 | 2 | 0 | 0 | 143,760 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 598,560
------------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 598,560
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 598,560 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: J245-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARULANDA ALVAREZ SONIA
CC 32483282
CR 77B # 53A - 35 AP 202 BL H ESTADIO N ORTE
TELEFONO: 2640734
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---------- 3828438C

OBS:

382

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Elsy Cortes identificado con cédula número 39284372, 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 17-04/24

No. de Orden 3245

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA MARULANDA ALVAREZ | Documento | 32483282 |
| No. Carné | 70030103 - C | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CRA 77B 53A 35 (202) B.Los Colores | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/20MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | WILLIAM DARIO LOPEZ TAMAYO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32483282
Télefono: 3006589502

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3245

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | SONIA MARULANDA ALVAREZ | Documento | 32483282 |
| No. Carné | 70030103 - C | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CRA 77B 53A 35 (202) B.Los Colores | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/20MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | WILLIAM DARIO LOPEZ TAMAYO |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32483282
Télefono: 3006589502

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710749
FECHA: 12-04-2024 16:44
VENDEDOR: SORAYA PALACIO FLOREZ
SECUENCIA: 1331956
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 116300-KRYTANTEK OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS CAJA 5 ML | | | | |
| 61,454 | 2 | 0 | 0 | 122,908 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 122,908
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 122,908
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 122,908 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: DOMICILIO-3262
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ORTEGA TORRES DORA
CC 39267251
CL 42B # 84 - 22 CS
TELEFONO: 3103784304
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
Dora Ortega T.
39267251
OBS:

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Dora L Ortega Tam identificado con cédula numero 39267251, 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 Dora L Ortega Tam

FECHA 12-04-2024

No. de Orden 3262

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DORA LUZ ORTEGA TORRES | Documento | 39267251 |
| No. Carné | 15304097 - C | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| KRYTANTEK OFTENO 20mg/5mg/2mg SGS SOP | D O R Z O L A M I D A CLORHIDRATO TIMOLOL | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

Aplicar una gota en cada ojo 2 veces al día, de acuerdo con recomendaciones de oftalmología. (Si no ha

Dora L Ortega Tam.
39267271

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3262

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DORA LUZ ORTEGA TORRES | Documento | 39267251 |
| No. Carné | 15304097 - C | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| KRYTANTEK OFTENO 20mg/5mg/2mg SGS SOP | D O R Z O L A M I D A CLORHIDRATO TIMOLOL | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 60 |

Aplicar una gota en cada ojo 2 veces al día, de acuerdo con recomendaciones de oftalmología. (Si no ha

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv$o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710750
FECHA: 12-04-2024 16:46
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331957
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 130026-ARAMAX CAPSULAS 2.5MG/50MG CAJA X 30 UNDS | | | | |
| 119,108 | 2 | 0 | 0 | 238,216 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 238,216
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 238,216
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 238,216 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: GTH-F-005-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VILLA ROJAS LUZ MARINA
CC 22171647
CL 33AA # 81 - 66 APTO 303 ED TORRES DE SANTA GEMA
TELEFONO: 3104138777
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena, NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Luz Villa
22171647
9101484047

544

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz Marina Villa identificado con cédula número 22178647, 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 abril 12/24

| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO<br>FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA | Versión: 01<br>Código: GTH-F-005 |
|---|---|---|

**Beneficiario** LUZ MARINA VILLA **Cédula** 22171647

**No. Carné** 3329674 **Fecha** 12 04 2024

| R/. | | Cantidad |
|---|---|---|
| LOSARTAN 50 /AMLODIPINO 2.5 (ARMAX ) | VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA CADA DIA | 60 SESENTA |
| | PARA 2 MESES | |

Firma y Sello del Médico

22171647

548

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710751
FECHA: 12-04-2024 16:52
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331961
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 123000-EPIDUO INST. GEL 0.1% / 2.5% CAJA 30 G | | | | |
| 102,551 | 1 | 0 | 0 | 102,551 |

-------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 102,551
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 102,551
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

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

FORMULA: 3308-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SERNA MARTINEZ CECILIA
CC 43025021
CL 49E # 83A - 196 AP 1818 BL 5 SOL NACIENTE
TELEFONO: 3004576131
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Juan David T
---
OBS: CC: 1152213582.

550

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Juan David Hernandez identificado con cédula número 1152213582., 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 Juan David Hdez

FECHA 12/04/2024.

No. de Orden
3308

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ | Documento | 43025021 |
| No. Carné | 70094201 - C | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| EPIDUO GEL 0.1/25% TBOX30G | BENZOILO PEROXIDO HIDRATO 2.5GADAPALENO | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR CADA NOCHE DE ACUERDO A RECOMENDACIÓN DE DERMATOLOGÍA. PENDIENTE UN

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Juan David Hdz
Documento: M52213582.
Télefono: 3015059807

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3308

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ | Documento | 43025021 |
| No. Carné | 70094201 - C | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| EPIDUO GEL 0.1/25% TBOX30G | BENZOILO PEROXIDO HIDRATO 2.5GADAPALENO | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR CADA NOCHE DE ACUERDO A RECOMENDACIÓN DE DERMATOLOGÍA. PENDIENTE UN

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Juan David Hdz
Documento: M52213582
Télefono: 3015059807

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e
nv¢o a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710758
FECHA: 12-04-2024 18:01
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331989
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
669823-WELLBUTRIN XL INST.(RG) TABLETAS 1
50 MG X 30 UNDS
54,120 2 0 0 108,240
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/6
5MG CAJA X 50 UNDS
79,900 1 10 0 95,880
100218-FLEXTRIL C INST GLUCOSAM+CONDR SOB
RES NARANJA CAJA X 15 UNDS
87,510 4 0 0 350,040
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG C
AJA X 30 UNDS
42,960 2 0 0 85,920
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20
MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 951,552
-----------[FORMAS DE PAGO]------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 951,552
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 855,672 0
EXENTAS: 95,880 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3251-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ LONDO¥O GLORIA AMPARO
CC 43066280
CR 70 # 96 - 35 CASTILLA 3117435233
TELEFONO: 2375230
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ VERES GLORIA PATRICIA

556

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Gloria Amparo
413066280

Lss

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Gloria Amparo identificado con cédula número 43066788, 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 Gloria Amparo Lopez

FECHA 12 04 24

No. de Orden 3251

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO | Documento | 43066280 |
| No. Carné | 1017153075 - B | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| WELLBUTRIN XL 150MG FCOX30TAB | BUPROPION CLORHIDRATO 150MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAMINA/COND 1500/1200MG CJX30SOB | GLUCOSAMINA CLORHIDRATO 1500MG CONDROITINA | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX60TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: gloria
Documento: 43066280
Télefono: 2375230

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3251

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO | Documento | 43066280 |
| No. Carné | 1017153075 - B | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| WELLBUTRIN XL 150MG FCOX30TAB | BUPROPION CLORHIDRATO 150MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAMINA/COND 1500/1200MG CJX30SOB | GLUCOSAMINA CLORHIDRATO 1500MG CONDROITINA | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX60TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: gloria
Documento: 43 066 280
Télefono: 2375230

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3251

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO | Documento | 43066280 |
| No. Camé | 1017153075 - B | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3251

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO | Documento | 43066280 |
| No. Camé | 1017153075 - B | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 26/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710759
FECHA: 12-04-2024 18:14
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1331994
CODIGO-NOMBRE

| V.UNI | ENT | FRA | DTO | PARCIAL |
|---|---|---|---|---|
| 137003-ALLEGRA TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS | | | | |
| 75,490 | 6 | 0 | 0 | 452,940 |
| 998014-NIMESULIDA TABLETAS 100 MG CAJA X 10 UNDS | | | | |
| 15,049 | 1 | 0 | 0 | 15,049 |
| 024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION O FERTA 400 + 120ML | | | | |
| 53,692 | 2 | 0 | 0 | 107,384 |
| 990020-GLICERINA CARBONATADA LIQUIDO FRASCO 20 ML | | | | |
| 1,052 | 1 | 0 | 0 | 1,052 |
| 669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML | | | | |
| 8,759 | 2 | 0 | 0 | 17,518 |

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 593,943
------------[FORMAS DE PAGO]-------------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 593,943
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 593,943 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3258-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HURTADO VANEGAS LAURA CAROLINA
CC 1034994304
CR 67 # 15 - 34 CEL 3114382825
TELEFONO: 3162208
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD

562

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo _____ identificado con cédula número 1000848582, 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 12-04-2024

No. de Orden 3258

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LAURA CAROLINA HURTADO VANEGAS | Documento | 1034994304 |
| No. Carné | 11794961 - E | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CRA 67 NRO 15-34 CASA 058 URB. PARQUES DE STA FE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ALLEGRA 120MG CJX10COMP | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| NIMESULIDA 100MG CJX10TAB | NIMESULIDA 100MG Tableta | TABLETAS | DIEZ |

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

TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR CINCO DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 60 |

APLOICAR DOS VECES AL DÍA MEZCLADA CON LA CREMA HUMECTANTE HABITUAL

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| GLICERINA CARBONAT ROPIM SOL GOT FCOX10ML | SODIO CARBONATO ANHIDRO 66.4MGML SoluciónGotas | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 GOTA(S) | ÓTICA | CADA 8 HORAS | 10 |

APLICAR 3 GOTAS EN OIDO IZQUIERDO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS

| Nombre Funcionario: | MARTIN ALBERT HURTADO JAUREGUI | Recibido Por: |
|---|---|---|
| WENDY LAURA BUENO ARIZA<br>RM: 91-0116-07 | | Firma:<br>Documento: 1001848587<br>Télefono: 6049609266 |

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24 GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3258

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LAURA CAROLINA HURTADO VANEGAS | Documento | 1034994304 |
| No. Carné | 11794961 - E | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CRA 67 NRO 15-34 CASA 058 URB. PARQUES DE STA FE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ALLEGRA 120MG CJX10COMP | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| NIMESULIDA 100MG CJX10TAB | NIMESULIDA 100MG Tableta | TABLETAS | DIEZ |

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

TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR CINCO DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 60 |

APLOICAR DOS VECES AL DÍA MEZCLADA CON LA CREMA HUMECTANTE HABITUAL

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| GLICERINA CARBONAT ROPIM SOL GOT FCOX10ML | SODIO CARBONATO ANHIDRO 66.4MGML SoluciónGotas | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 GOTA(S) | ÓTICA | CADA 8 HORAS | 10 |

APLICAR 3 GOTAS EN OIDO IZQUIERDO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS

| Nombre Funcionario: | MARTIN ALBERT HURTADO JAUREGUI | Recibido Por: |
|---|---|---|
| WENDY LAURA BUENO ARIZA<br>RM: 91-0116-07 | | Firma:<br>Documento: 1001848587<br>Télefono: 6049609266 |

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24 GTH-F-005 V.01

No. de Orden
3258

SENA

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LAURA CAROLINA HURTADO VANEGAS | Documento | 1034994304 |
| No. Carné | 11794961 - E | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CRA 67 NRO 15-34 CASA 058 URB. PARQUES DE STA FE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| **FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML** | **CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO** | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

| Nombre Funcionario: | MARTIN ALBERT HURTADO JAUREGUI |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3258

SENA

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LAURA CAROLINA HURTADO VANEGAS | Documento | 1034994304 |
| No. Carné | 11794961 - E | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CRA 67 NRO 15-34 CASA 058 URB. PARQUES DE STA FE | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| **FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML** | **CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO** | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

| Nombre Funcionario: | MARTIN ALBERT HURTADO JAUREGUI |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: ES1710773
FECHA: 13-04-2024 09:16
VENDEDOR: CARLOS MARIO LOPEZ VALENCIA
SECUENCIA: 1332196
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117200-ZUDENINA INST. GEL 0.1% CAJA 30 G
31,332 1 0 0 31,332
117300-PLAQUINOL INST. HIDROXICLOROQ TABL
ETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS
12,740 3 0 0 38,220
132244-ESPIRONOLACTONA HUMAX INST. TABLET
AS 100 MG CAJA X 100 UNDS
50,100 0 60 0 30,060

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 99,612
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 99,612
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 99,612 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3286-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MEJIA CANO LUZ MARIA
CC 1017131988
CL 21 # 81 - 70 TIERRALTA 1 APTO 1017 B
L 10
TELEFONO: 2565577
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

32N2P170

OBS:

568

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz Elena Loaiza Hoyos identificado con cédula número 32.525.970, 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 13 de abril 2024

570

No. de Orden 3286

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | LUZ MARIA MEJIA CANO | Documento | 1017131988 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 32515970 - E | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CLL 21 (25) 81-70 Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ZUDENINA GEL 0.1% TBOX30GR | ADAPALENO 0.1G Gel | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE DIA POR MEDIO Y AUMENTA R DIARIAMENTE SEGUN RESPUESTA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PLAQUINOL 200MG CJX20TAB | HIDROXICLOROQUINA SULFATO 155MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESPIRONOLACTONA 100MG TNR CJX30TAB | ESPIRONOLACTONA 100MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Nombre Funcionario: | LUZ ELENA CANO HOYOS |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32[illegible]
Télefono: 3117814[illegible]22

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3286

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| Beneficiario | LUZ MARIA MEJIA CANO | Documento | 1017131988 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 32515970 - E | Fecha autorización | 12/04/24 |
| Dirección | CLL 21 (25) 81-70 Belen | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ZUDENINA GEL 0.1% TBOX30GR | ADAPALENO 0.1G Gel | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE DIA POR MEDIO Y AUMENTA R DIARIAMENTE SEGUN RESPUESTA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PLAQUINOL 200MG CJX20TAB | HIDROXICLOROQUINA SULFATO 155MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESPIRONOLACTONA 100MG TNR CJX30TAB | ESPIRONOLACTONA 100MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA

| Nombre Funcionario: | LUZ ELENA CANO HOYOS |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 27/04/24

GTH-F-005 V.01


S12

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710793
FECHA: 15-04-2024 11:22
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1332838
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472
600580-DIOVAN HCT INST. 80/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS
25,144 2 0 0 50,288

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 361,760
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 361,760
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 361,760 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3336 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ BAUTISTA BEATRIZ
CC 41300634
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR AYER Y HOY
TELEFONO: 3148511087
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
Claudia Vargas

OBS: 4382839S

574

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Olivelia Vargas identificado con cédula número 43828395 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 Olivelia Vargas

FECHA Abril 15 / 2024

No. de Orden
3336

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ GOMEZ BAUTISTA | Documento | 41300634 |
| No. Camé | 11436245 - B | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | Cra 76A # 36 35 Apto 607 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK , 1 EN LANOCHE DESPUES D ELA COMIDA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN HCT (80+12.5)mg TNR CJX28TNR | VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA , SUSPENDER EL DIOVAN DE 80

| Nombre Funcionario: | SERGIO BERMUDEZ GOMEZ |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43828359
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 29/04/24

GTH-F-005 V.01

578


No. de Orden
3336

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BEATRIZ GOMEZ BAUTISTA | Documento | 41300634 |
| No. Camé | 11436245 - B | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | Cra 76A # 36 35 Apto 607 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK , 1 EN LANOCHE DESPUES D ELA COMIDA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN HCT (80+12.5)mg TNR CJX28TNR | VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 EN LA MAÑANA , SUSPENDER EL DIOVAN DE 80

| Nombre Funcionario: | SERGIO BERMUDEZ GOMEZ |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43828359
Télefono: 2509320

**Fecha de vencimiento:** 29/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTELR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FAC". ELECTRONICA DE VENTA: E31710794
FECHA: 15-04-2024 11:36
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ FRESIGA
SECUENCIA: 1332840
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100279-LANTUS SOLOSTAR INST. RG CF JERING A PRELLENADA 100 MCG CAJA X 5 UNDS
177,371 0 3 0 106,423
115127-APIDRA SOLOSTAR (CF) (RG) INST SOL UCION INYECTABLE 100 MCG CAJA 3 ML
22,272 4 0 0 89,088
115300-XIGDUO XR INST. (RG) TABLETAS 5/10 00 MG CAJA X 56 UNDS
145,992 2 0 0 291,984
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100 MG X 30 UNDS
42,210 2 0 0 84,420
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS
7,250 2 0 0 14,500
132987-ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS
3,110 6 0 0 18,660
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472
115143-SERTRALINA MK INST. TABLETAS 50 M G CAJA X 30 UNDS
8,010 2 0 0 16,020
117201-SERTAL COMPUESTO INST. COMPRIMIDOS CAJA X 10 UNDS
16,100 1 0 0 16,100
115503-RIFAX INST. TABLETAS 550 MG CAJA X 28 UNDS
65,800 0 14 0 32,900
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) GEL 1 % CAJA 15 ML
16,424 2 0 0 32,848

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,014,415
----------[FORMA DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,014,415
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------

EXCLUIDAS: 1,014,415 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2872 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VILLA ROJAS LUZ MARINA
CC 22171647
CL 33AA # 81 - 66 APTO 303 ED TORRES DE SANTA GEMA
TELEFONO: 3104138777
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS:

_____ _____ _____ _____

185

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvφo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710615
FECHA: 08-04-2024 18:51
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1330946
CODIGO-NOMBRE

**ANULADO**

V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

100279-LANTUS SOLOSTAR INST. RG CF JERING
A PRELLENADA 100 MCG CAJA X 5 UNDS
177,371 0 3 0 106,423
115127-APIDRA SOLOSTAR (CF) (RG) INST SOL
UCION INYECTABLE 100 MCG CAJA 3 ML
22,272 4 0 0 89,088
115300-XIGDUO XR INST. (RG) TABLETAS 5/10
00 MG CAJA X 56 UNDS
145,992 2 0 0 291,984
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100
MG X 30 UNDS
42,210 2 0 0 84,420
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA
X 50 UNDS
7,250 2 0 0 14,500
132987-ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG
CAJA X 10 UNDS
3,110 6 0 0 18,660
130027-ARAMAX CAPSULAS 5MG/100MG CAJA X 3
0 UNDS
159,379 2 0 0 318,758
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20
MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 311,472
115143-SERTRALINA MK INST. TABLETAS 50 M
G CAJA X 30 UNDS
8,010 2 0 0 16,020
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) GEL
1 % CAJA 15 ML
16,424 2 0 0 32,848
117201-SERTAL COMPUESTO INST. COMPRIMIDOS
CAJA X 10 UNDS
16,100 1 0 0 16,100
115503-RIFAX INST. TABLETAS 550 MG CAJA X
28 UNDS
65,800 0 14 0 32,900

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,333,173
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,333,173

582

FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

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

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 1,333,173 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 2872 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VILLA ROJAS LUZ MARINA
CC 22171647
CL 33AA # 81 - 66 APTO 303 ED TORRES DE SANTA GEMA
TELEFONO: 3104138777
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 800.930.524-8
DATOS DEL MEDICO

**ANULADO**

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Luz M. Villa
CC 1216[illegible]

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Jorge Mario Villa identificado con cédula número 70127647, 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 08/2024

No. de Orden 2872

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Carné | 3329674 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| LANTUS SOLOSTAR 300UI SY CJ x 1 PEN X 3 ml | INSULINA GLARGINA 100UI/ml SY | ESFERO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 12 U.I. | SUBCUTANEA | CADA 24 HORAS | 60 |

12 UNIDADES SUBCUTANEA DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| APIDRA SOLOSTAR 300UI SY CJx1PEN x3ml | INSULINA GLULISINA 100UI/ml SY | ESFERO | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 6 UNIDADES | SUBCUTANEA | CADA 8 HORAS | 60 |

6 UNIDADES 3 VECES AL DIA SUBCUTANEA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 112 |
|---|---|---|---|
| XIGDUO XR 5MG/1000MG CJX56TLS | CLORHIDRATO DE METFORMINA | TABLETAS | CIENTO DOC |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

Nombre Funcionario: JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 2301285

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01

---

No. de Orden 2872

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Carné | 3329674 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| LANTUS SOLOSTAR 300UI SY CJ x 1 PEN X 3 ml | INSULINA GLARGINA 100UI/ml SY | ESFERO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 12 U.I. | SUBCUTANEA | CADA 24 HORAS | 60 |

12 UNIDADES SUBCUTANEA DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| APIDRA SOLOSTAR 300UI SY CJx1PEN x3ml | INSULINA GLULISINA 100UI/ml SY | ESFERO | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 6 UNIDADES | SUBCUTANEA | CADA 8 HORAS | 60 |

6 UNIDADES 3 VECES AL DIA SUBCUTANEA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 112 |
|---|---|---|---|
| XIGDUO XR 5MG/1000MG CJX56TLS | CLORHIDRATO DE METFORMINA | TABLETAS | CIENTO DOC |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente

Nombre Funcionario: JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 2301285

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2872

**SENA** FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Carné | 3329674 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 50 MCG CAJA X 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 50mcg | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ARAMAX 100/5MG CJX30CAP | LOSARTAN POTASICO 100MGAMLODIPINO | SUSPENSI | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

1 diaeriamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TARRO | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

MK 1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE |

Recibido Por:
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 2504-85

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2872

SENA FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Carné | 3329674 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 50 MCG CAJA X 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 50mcg | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

1 diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ARAMAX 100/5MG CJX30CAP | LOSARTAN POTASICO 100MGAMLODIPINO | SUSPENSI | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

1 diaeriamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TARRO | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 | |

MK 1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE |

Recibido Por:
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 2504-85

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01


1585

No. de Orden
2872

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Carné | 3329674 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SERTRALINA 50MG CJX10TAB | SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 VECE SLA DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| SERTAL COMPUESTO 125/10MG CJX10COMP | PROPINOX CLORHIDRATO 10MGCLONIXINATO LISINA | SUSPENSI | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SUSPENSIÓN | ORAL | CADA 10 HORAS | 5 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| RIFAX 550MG TNR CJX14 TNR | RIFAXIMINA | TUBO | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 7 |

2 AL DIA

| Nombre Funcionario: | JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 2502484

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2872

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Carné | 3329674 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SERTRALINA 50MG CJX10TAB | SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

MK 1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

3 VECE SLA DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| SERTAL COMPUESTO 125/10MG CJX10COMP | PROPINOX CLORHIDRATO 10MGCLONIXINATO LISINA | SUSPENSI | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SUSPENSIÓN | ORAL | CADA 10 HORAS | 5 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| RIFAX 550MG TNR CJX14 TNR | RIFAXIMINA | TUBO | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 7 |

2 AL DIA

| Nombre Funcionario: | JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 2502484

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
2872

SENA

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Camé | 3329674 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 2405495

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
2872

SENA

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Camé | 3329674 - C | Fecha autorización | 08/04/24 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 2405495

**Fecha de vencimiento:** 23/04/24

GTH-F-005 V.01


685

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente envío a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710795
FECHA: 15-04-2024 14:49
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIGA
SECUENCIA: 1332679
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS
9,714 0 30 0 5,828
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS
6,210 2 0 0 12,420
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 7 8 0 141,480
116519-FEXOFENADINA COLMED INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,857 6 0 0 53,142
115110-PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
17,250 2 0 0 34,500
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS
14,400 0 20 0 5,760
043011-BAYCUTEN-N CREMA CAJA 20 G
29,019 2 0 0 58,038
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. INST. POLVO CAJA X 30 UNDS
22,650 2 0 0 45,300
682417-CALCITRIOL COLMED [illegible] CAPSULAS 0.5 MCG X 30 UNDS
5,760 2 0 11,520

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 367,988
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 367,988
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 367,988 0
IMPOCONSUMO 0 0

590

168

FORMULA: 3372 -DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ DE PIZARRO GLORIA
CC 32457031
CR 80 # 19A - 47 PISO 2
TELEFONO: 2565926
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Gloria Gomez
32457031

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Gloria Gomez identificado con cédula número 32457031, 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 Gloria Gomez

FECHA 15/04/24

592

No. de Orden 3372

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA GOMEZ DE PIZARRO | Documento | 32457031 |
| No. Carné | 3502234 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 80 19A-47 MEDELLIN -BARRIO BELEN LA GLORIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG | TABLETAS | TREINTA |
| Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 |
| TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, 4 VECES POR SEMANA | | | |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |
| Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 |
| TOMAR CADA 24 HORAS | | | |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |
| Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 |
| TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR DOLOR FUERTE ARTICULAR | | | |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG | TABLETAS | SESENTA |
| Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 |
| TOMAR CADA 24 HORAS | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MIGUEL ANGEL PIZARRO VELEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Gloria Gomez
Documento: 32457031
Télefono: 2563926

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

394


No. de Orden 3372

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA GOMEZ DE PIZARRO | Documento | 32457031 |
| No. Carné | 3502234 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 80 19A-47 MEDELLIN -BARRIO BELEN LA GLORIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG | TABLETAS | TREINTA |
| Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 |
| TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, 4 VECES POR SEMANA | | | |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | SESENTA |
| Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 |
| TOMAR CADA 24 HORAS | | | |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |
| Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 |
| TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR DOLOR FUERTE ARTICULAR | | | |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG | TABLETAS | SESENTA |
| Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 |
| TOMAR CADA 24 HORAS | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MIGUEL ANGEL PIZARRO VELEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Gloria Gomez
Documento: 32457031
Télefono: 2563926

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
3372

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA GOMEZ DE PIZARRO | Documento | 32457031 |
| No. Carné | 3502234 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 80 19A-47 MEDELLIN -BARRIO BELEN LA GLORIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PANTOPRAZOL 20MG CJX30TAB | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 30MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 25 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | VEINTICINCO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO TRES VECES POR SEMANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| BAYCUTEN-N 1% CR TUBX20G | CLOTRIMAZOL 10MGGNEOMICINA SULFATO | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLOICAR DOS VECES AL DÍA SOLO POR NECESIDAD

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | MIGUEL ANGEL PIZARRO VELEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3372

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA GOMEZ DE PIZARRO | Documento | 32457031 |
| No. Carné | 3502234 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 80 19A-47 MEDELLIN -BARRIO BELEN LA GLORIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PANTOPRAZOL 20MG CJX30TAB | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 30MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 25 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | VEINTICINCO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO TRES VECES POR SEMANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| BAYCUTEN-N 1% CR TUBX20G | CLOTRIMAZOL 10MGGNEOMICINA SULFATO | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLOICAR DOS VECES AL DÍA SOLO POR NECESIDAD

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | MIGUEL ANGEL PIZARRO VELEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3372

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA GOMEZ DE PIZARRO | Documento | 32457031 |
| No. Carné | 3502234 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 80 19A-47 MEDELLIN -BARRIO BELEN LA GLORIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALCITRIOL 0.5 MCG CJX30CAPS | CALCITRIOL 0.5MCG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MIGUEL ANGEL PIZARRO VELEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Gloria Gomez
Documento: 32457031
Télefono: 2565926

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

596


No. de Orden 3372

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA GOMEZ DE PIZARRO | Documento | 32457031 |
| No. Carné | 3502234 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 80 19A-47 MEDELLIN -BARRIO BELEN LA GLORIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALCITRIOL 0.5 MCG CJX30CAPS | CALCITRIOL 0.5MCG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | MIGUEL ANGEL PIZARRO VELEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Gloria Gomez
Documento: 32457031
Télefono: 2565926

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde c≤digo. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710797
FECHA: 15-04-2024 16:56
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1332914
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS

4,180 2 0 0 8,360
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG A MPOLLA 1 CC
1,314 2 0 0 2,628
158943-YASMIN (RG) INST. COMPRIMIDOS 3 MG /0.03 MG CAJA X 21 UNDS
24,900 2 0 0 49,800

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 60,788
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 60,788
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 60,788 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3348-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SIERRA VIANA MARIA CAMILA
CC 1017928972
CL 9 S # 79C 151 URB MIRADOR DE LA AR BOLEDA APT 1015
TELEFONO: 3012664461
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

598

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Lorena Sierra V. identificado con cédula número [illegible], 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 [signature]

FECHA 15-04-2024

600

No. de Orden 3348

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA CAMILA SIERRA VIANA | Documento | 1017928972 |
| No. Camé | 42895546 - D | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CALLE 9 SUR NRO 79C -151 APTO 1815 BELEN RODEO ALTO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ANEMIDOX FCOX30 CAPS | FUMARATO FERROSO ASCORBICO ACIDO FOLICO | FRASCO | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 capsula 10 minutos antes del almuerzo por 4 mese s , primera entrega

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 60 |

en cader intramuscular cad a mes

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 42 |
|---|---|---|---|
| YASMIN 3MG/0.03MG CJX21COMP | DROSPIRENONA 3MGETINILESTRADIOL | TABLETAS | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente en forma continua por 1 año , ordenad a por ginecologia

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUZ EUGENIA SIERRA VIANA |

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42895546
Télefono: 3012664461

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

602


No. de Orden 3348

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: MARIA CAMILA SIERRA VIANA | Documento: 1017928972
No. Camé: 42895546 - D | Fecha autorización: 15/04/24
Dirección: CALLE 9 SUR NRO 79C -151 APTO 1815 BELEN RODEO ALTO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ANEMIDOX FCOX30 CAPS | FUMARATO FERROSO ASCORBICO ACIDO FOLICO | FRASCO | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 capsula 10 minutos antes del almuerzo por 4 mese s , primera entrega

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 60 |

en cader intramuscular cad a mes

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 42 |
|---|---|---|---|
| YASMIN 3MG/0.03MG CJX21COMP | DROSPIRENONA 3MGETINILESTRADIOL | TABLETAS | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

1 diariamente en forma continua por 1 año , ordenad a por ginecologia

Nombre Funcionario: LUZ EUGENIA SIERRA VIANA

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42895546
Télefono: 3012664461

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvøo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710800
FECHA: 15-04-2024 17:23
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1332923
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJ A X 50 UNDS
9,714 1 10 0 11,657
115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
210,480 4 0 0 841,920
055062-LACTULAX SUSPENSION FRASCO 240 ML
96,146 2 0 0 192,292
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 3 30 0 287,640
024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION OFERTA 400 + 120ML
53,692 2 0 0 10
140241-GAVISCON SACHET CAJA X 12 UN
25,140 7 6 0 168.960
682078-NISTATINA LABINCO INST. SUSPENSION 100.000 UI/ML FRASCO 60 ML
4,252 2 0 0 8,504
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 2 0 0 110,520
115500-STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS
227,400 2 0 0 454,800

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 2,203,267
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,203,267
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,915,627 0
EXENTAS: 287,640 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3356-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:

YEPES DE MARTINEZ BLANCA ESNEDA
CC 42970216
CR 84B # 7 - 95 PARQUES DE LOS BERNAL.
AP:206 TRR 3
TELEFONO: 5867279

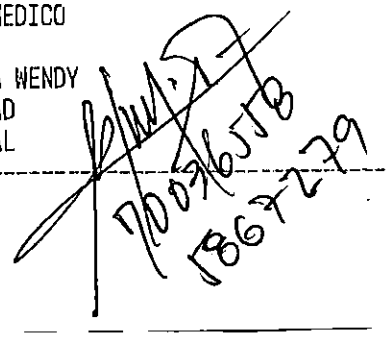
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS:



**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo ALFONSO MARTINEZ S identificado con cédula número 70036 [illegible] 8, 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 ABRIL 15/2024.

606

No. de Orden 3356

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA ESNEDA YEPES DE MARTINEZ | Documento | 42970216 |
| No. Carné | 70036558 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 84B NRO 795- INT 206 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| XYLOPROCTO 5/60MG SUP CJX10SUPO | MICROPORE CINTA QUI PIELX12MMX5 | SUPOSITO | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SUPOSITORIO | RECTAL | CADA 24 HORAS | 30 |

APLICAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| SATOREN 50MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| LACTULAX JARABE | LACTULOSA66.70000g | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 10 c.c. | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS LUEGO DEL ALMUERZO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO MARTINEZ SOLANO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM:91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1003655 50
Télefono: 5867279

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

609


No. de Orden 3356

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: BLANCA ESNEDA YEPES DE MARTINEZ | Documento: 42970216
No. Carné: 70036558 - C | Fecha autorización: 15/04/24
Dirección: CRA 84B NRO 795- INT 206 BELEN
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| XYLOPROCTO 5/60MG SUP CJX10SUPO | MICROPORE CINTA QUI PIELX12MMX5 | SUPOSITO | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SUPOSITORIO | RECTAL | CADA 24 HORAS | 30 |

APLICAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| SATOREN 50MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| LACTULAX JARABE | LACTULOSA66.70000g | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 10 c.c. | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS LUEGO DEL ALMUERZO

Nombre Funcionario: ALFONSO MARTINEZ SOLANO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1003655 50
Télefono: 5867279

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3356

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA ESNEDA YEPES DE MARTINEZ | Documento | 42970216 |
| No. Carné | 70036558 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 84B NRO 795- INT 206 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 8 HORAS POR DOLOR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR EN RODILLA TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML | ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio + | SOBRE | NOVENTA |

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

TOMAR 10 MINUTOS DESPUÉS DE CADA COMIDA POR U MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| NISTATINA 100000 UI SHN FCOX60ml | NISTATINA | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR EN LA BOCA TRES VECES AL DPIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO MARTINEZ SOLANO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM:91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1005655[illegible]
Télefono: 3[illegible]

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3356

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA ESNEDA YEPES DE MARTINEZ | Documento | 42970216 |
| No. Carné | 70036558 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 84B NRO 795- INT 206 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 8 HORAS POR DOLOR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR EN RODILLA TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML | ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio + | SOBRE | NOVENTA |

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

TOMAR 10 MINUTOS DESPUÉS DE CADA COMIDA POR U MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| NISTATINA 100000 UI SHN FCOX60ml | NISTATINA | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

APLICAR EN LA BOCA TRES VECES AL DPIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO MARTINEZ SOLANO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1003655[illegible]
Télefono: 3[illegible]

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


609

No. de Orden
3356

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA ESNEDA YEPES DE MARTINEZ | Documento | 42970216 |
| No. Carné | 70036558 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 84B NRO 795- INT 206 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/20MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO MARTINEZ SOLANO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1006765370
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
3356

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA ESNEDA YEPES DE MARTINEZ | Documento | 42970216 |
| No. Carné | 70036558 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CRA 84B NRO 795- INT 206 BELEN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/20MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO MARTINEZ SOLANO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1006765370
Télefono: 3886729

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


019

RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA
DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582

CUFE: Insertado desde código. Pendiente e nvgo a Cadena

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E31710803
FECHA: 15-04-2024 18:11
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ GAITAN
SECUENCIA: 1332938
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

107302-FARMA D CBG CAPSU ·· 5000 UI FRASC O X 30 UNDS
71,880 2 0 0 143,760
669730-XALATAN (CF) (RG) INST. SOLUCION O FTALMICA 50 MCG FRASCO 2.5 ML
19,126 1 0 0 19,126
024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION O FERTA 400 + 120ML
53,692 2 0 0 107,384
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS
147,600 0 120 0 88,560
100218-MICARDIS AMLO (RG) INST. COMPRIMID OS 80/5 MG CAJA X 28 UNDS
78,932 2 0 0 157,864
100278-COLMIBE EZETIM+ATORVA RG INST. TAB LETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS
143,010 2 0 0 286,020
132613-PIROXICAM GENFAR INST GEL 0.5 % CA JA 40 G
5,887 2 0 0 11,774
137175-ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBIBLES CA JA X 10 UNDS
77,330 1 0 0 77,330
123100-SPASMOMEN INST. (BROM. OTILON) TAB LETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
42,840 1 0 0 42,840
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5/325 MG CA JA X 90 UNDS
96,428 0 20 0 21,428
102917-XALATAN (CF) (RG) GOTAS OFTALMICAS 50 MCG FRASCO 2.5 ML
20,000 1 0 0 20,000

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 976,086
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 976,086
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---

612

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 976,086 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 3345-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO ORTIZ ANGELA DEL SOCORRO
CC 43023740
CL 9AA S # 54 - 49
TELEFONO: 2850787
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 70.073.993

619

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Juan C. Blando identificado con cédula número 70.073.941, 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 15-04-24

614

No. de Orden 3345

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ | Documento | 43023740 |
| No. Carné | 70073999 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CALLE 9 AA SUR #54-49 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| XALATAN 50MC/1ML GOT FCOX2.5ML | LATANOPROST 0.05MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 60 |

APLICAR DOS VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR DOLOR

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70.077.999
Télefono: 3162899585

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3345

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ | Documento | 43023740 |
| No. Carné | 70073999 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CALLE 9 AA SUR #54-49 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| XALATAN 50MC/1ML GOT FCOX2.5ML | LATANOPROST 0.05MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 60 |

APLICAR DOS VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR DOLOR

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70.077.999
Télefono: 3162899585

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


919

No. de Orden 3345

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ | Documento | 43023740 |
| No. Carné | 70073999 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CALLE 9 AA SUR #54-49 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS AMLO 80MG/5MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MGAMLODIPINO BESILATO | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EZATOR 10/20 CJX14TAB | ATORVASTATINA CALCIO 20MGEZETIMIBA 10MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA NOCHE ((SI NO HAY

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| PIROXICAM 0.5% GEL TUBX40G | PIROXICAM 5MGG Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR DOS VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB | ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión | AMPOLLA | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | ORAL | CADA 24 HORAS | 10 |

TOMAR UNA CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3345

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ | Documento: 43023740
No. Carné: 70073999 - C | Fecha autorización: 15/04/24
Dirección: CALLE 9 AA SUR #54-49 GUAYABAL
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2024

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS AMLO 80MG/5MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MGAMLODIPINO BESILATO | TABLETAS | CINCUENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EZATOR 10/20 CJX14TAB | ATORVASTATINA CALCIO 20MGEZETIMIBA 10MG | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

TOMAR UNA CADA NOCHE ((SI NO HAY

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| PIROXICAM 0.5% GEL TUBX40G | PIROXICAM 5MGG Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 |

APLICAR DOS VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB | ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión | AMPOLLA | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | ORAL | CADA 24 HORAS | 10 |

TOMAR UNA CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario: JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____
Fecha de vencimiento: 30/04/24
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 3345

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ | Documento | 43023740 |
| No. Carné | 70073999 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CALLE 9 AA SUR #54-49 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| SPASMOMEN 40MG CJX30GRG | OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 15 |

TOMAR CADA 12 HORAS POR 15 DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| SINALGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 10 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR 10 DÍAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70.073.999
Télefono: 3162891585

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 3345

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ | Documento | 43023740 |
| No. Carné | 70073999 - C | Fecha autorización | 15/04/24 |
| Dirección | CALLE 9 AA SUR #54-49 GUAYABAL | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2024 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| SPASMOMEN 40MG CJX30GRG | OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 15 |

TOMAR CADA 12 HORAS POR 15 DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| SINALGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 10 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR 10 DÍAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70.073.999
Télefono: 3162891585

**Fecha de vencimiento:** 30/04/24

GTH-F-005 V.01


69