Distribuidora Pasteur S.A.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

1

Pago #8

PUNTO DE VENTA	NUMERO	FECHA	LOTE	CODIGO	PRODUCTO	Suma de ENTREGADO	Suma de IVA	Suma de BASE	Suma de VALOR TOTAL
PASTEUR APARTADO	39401906	E354 - 63152	##########	39401906	HIALTEARS GOTAS OFTALMICAS 0.4 % FRASCO 10 ML	3	0	0	143.211
	Total 39401906					3	0	0	143.211
	39295993	E354 - 66103	18/11/2024	39295993	DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS	165	0	0	263.670
					NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1.5 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	36.264
					OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA 5 ML	3	0	0	34.320
					DIOVAN TABLETAS 80 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	67.065
					ECLOSYNT-NAS (BECLOMETASONA) INHALADOR NASAL 50 MCG CAJA 200 DOSIS	2	0	0	106.732
					GENOPRAZOL CAP OMEPRAZOL (RG) 20 MG CAJA X 14 UNDS	98	0	0	94.941
					SERETIDE (RG) 25/125 MCG INHALADOR 120 DOSIS	3	0	0	302.850
					DOLEX FORTE TABLETA 500MG/65MG CAJA X100 UNDS	15	0	0	23.970
					ATORVASTATINA MK TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	105.480
					TRAYENTA COMPRIMIDOS 5 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	398.703
					SYSTANE ULTRA GOTAS OFTALMICAS FRASCO 10 ML	3	0	0	111.592
	Total 39295993					643	0	0	1,545,579
	39306568	E354 - 68528	27/11/2024	39306568	DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS	170	0	0	271.660
					ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUBO 50 G	2	0	0	51.992
					DOLEX FORTE TABLETA 500MG/65MG CAJA X100 UNDS	10	0	0	15.980
					LYRICA (RG) CAPSULAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	180	0	0	200.070
	Total 39306568					362	0	0	539,702
FARMACIA PASTEUR BELLO	43457932	E333 - 78709	#########	43457932	ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	467.208
					NUEVID D3 INST. (VITAMINA D3) TABLETAS 7000UI CAJA X 12 UNDS	24	0	0	112.632
					FEXOFENADINA MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS	90	0	0	81.720
					OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA 5 ML	3	0	0	34.320
					NAABAK GOTAS 4.9% CAJA 5 ML	2	0	0	272.322
	Total 43457932					203	0	0	968,202
	610703	E333 - 80992	08/11/2024	610703	NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	252.336
					FORXIGA INST. (RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	423.402
					ENALAPRIL MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS	90	0	0	12.420
					BISOPROLOL MK (RG) TABLETAS 2.5 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	31.557
					ATORVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 150 UNDS	90	0	0	11.790
	Total 610703					438	0	0	731,505
	21607794	E333 - 80995	08/11/2024	21607794	NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	252.336
					HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR INST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	3.150
					JANUMET INST. (RG) TABLETAS 50/1000 MG CAJA X 56 UNDS	84	0	0	208.320
					CARVEDILOL GENFAR INST. (RG) TABLETAS 6.25 MG CAJA X 300 UNDS	180	0	0	52.506
					ROSUVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 250 UNDS	90	0	0	49.590
					LANCETAS INST. POS CAJA X 50 UNDS	50	575	3.025	3.600
					ASPIRINA TABLETAS 100 MG CAJA X 140 UNDS	84	0	0	41.832
					VALCOTE ER ACIDO VALPR INST RG TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	219.600
					DOMINIUM INST. (SERTRALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 10 UNDS	90	0	0	555.330
					TIRILLAS GLUCOQUICK G30A INST. CAJA X 50 UNDS	50	0	0	37.650
	Total 21607794					892	575	3,025	1,424,883
	1011513171	E333 - 81064	08/11/2024	1011513171	SLINDA TABLETAS 4 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	145.200
	Total 1011513171					84	0	0	145,200
	39400162	E333 - 81307	09/11/2024	39400162	DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS	90	0	0	143.820
					QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	50.378
					PIROXICAM GENFAR INST GEL 0.5 % CAJA 40 G	2	0	0	11.274
					NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1.5 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	36.264
					AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	3.600
					ATORVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 100 UNDS	90	0	0	54.090
					EUTIROX INST. TABLETAS 25 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	78.600
					DEXAMETASONA GF 2 ML AMPOLLAS 8 MG CAJA X 10 UNDS	1	0	0	1.317
					ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON)INST TABLETAS 20 MG CAJA X 20 UNDS	100	0	0	73.290
					ETORICOXIB MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS	7	0	0	18.284
					MICARDIS (RG) INST. TELMISARTA COMPRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	87.427
					EUTIROX INST. 112 MCG. 30 TBS.	100	0	0	90.900
					MELOXICAM GENFAR INST. 15 MG/1.5 ML CAJA X 5 UNDS	3	0	0	6.003
	Total 39400162					847	0	0	655,857
	43004753	E333 - 82929	14/11/2024	43004753	AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS	90	0	0	22.590
					NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	252.336
					ROSUVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 14 UNDS	84	0	0	15.204
	Total 43004753					258	0	0	290,130
	8423804	E333 - 82931	14/11/2024	8423804	EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	14.500
					EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS	50	0	0	14.430
					GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS	120	0	0	374.280
					STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	682.200
					GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS	270	0	0	617.490
					ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON)INST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	53.508
					EXELON INST. (RG) PARCHES 9MG/5CM CAJA X 30 UNDS	90	0	0	541.191
					EXFORGE INST.(RG) COMPRIMIDOS 5/160 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	156.171
		E333 - 84627	19/11/2024	8423804	AZITROMICINA MK INST. 500 MG CAJA X 3 UNDS	3	0	0	7.791
					CLORFENIRAMINA ECAR INST. TABLETAS 4 MG CAJA X 500 UNDS	30	0	0	1.230
					ETORICOXIB GENFAR TABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS	7	0	0	33.810
	Total 8423804					934	0	0	2,496,571
	21632175	E333 - 83267	15/11/2024	21632175	DOLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS	40	0	0	22.520
					PANOTIL GOTAS CAJA 8 ML	1	0	0	22.973
					ADVIL MAX INST. 400 MG CAJA X 10 UNDS	10	0	0	14.040
	Total 21632175					51	0	0	66,533
	32510778	E333 - 83268	15/11/2024	32510778	GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS	120	0	0	374.280
					DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS	180	0	0	287.640
					LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	50.016
					SYSTANE INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML	2	0	0	101.118
	Total 32510778					392	0	0	813,054
	32305173	E333 - 83272	15/11/2024	32305173	EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS	50	0	0	14.400
					ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	44.190
					LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS	180	0	0	12.420
					HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR INST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	3.150
					VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS	2	0	0	29.426
					ANORO ELLIPTA INST. (RG) INHALADOR 62.5 MCG/25 MCG CAJA 30 DOSIS	3	0	0	562.494
					MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA) JARABE 20 MG CAJA 70 ML	6	0	0	32.850
					GENOPRAZOL CAP OMEPRAZOL (RG) 20 MG CAJA X 14 UNDS	84	0	0	81.378
					CREMA SICUIDA CREMA POTE 500 G	1	8.074	42.495	50.569
	Total 32305173					506	8.074	42.495	830.877
	21302675	E333 - 83277	15/11/2024	21302675	EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	14.500
					ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	467.208

04/12/24

Distribuidora Pasteur S.A.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

PUNTO DE VENTA	NÚMERO ORDEN	NÚMERO FACTURA	FECHA ENTREGA	SOLICITADO	NOMBRE PRODUCTO	Suma de CANTIDAD	Suma de IVA	Suma de BASE	Suma de VALOR TOTAL
BELLO	21302675	E333 - 83277	15/11/2024	21302675	LATANOX INST. LATANOPR (RG) CF SOLUCION OFTALMICA 0.05 MG/ML FRASCO 5 ML	3	0	0	124.029
					SOLOR ULTRA LUMINATE N/S SPF 50 CAJA 100 G	1	16.131	84.901	101.032
	Total 21302675					188	16.131	84.901	706.769
	21863867	E333 - 84193	18/11/2024	21863867	CLINDAMICINA CLOTRIMAZOL MK OVULOS CAJA X 3 UND	3	0	0	65.554
					MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJA X 1 UND	1	0	0	18.741
					FLUCONAZOL GENFAR INST. CAPSULAS 200 MG CAJA X 4 UNDS	4	0	0	2.128
	Total 21863867					8	0	0	86.423
	32016291	E333 - 84547	19/11/2024	32016291	MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS	30	0	0	16.308
					WINADEINE F ACETA+CODE: INST. TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	24.210
	Total 32016291					120	0	0	40.518
	2197065711	E333 - 84621	19/11/2024	21970657	BUSCAPINA GRAGEAS 10 MG CAJA X 20 UNDS	30	0	0	43.860
	Total 2197065711					30	0	0	43.860
	32309153	E333 - 84623	19/11/2024	32309153	LAGRICEL OFTENO INST. HIALURON RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS	60	0	0	225.240
	Total 32309153					60	0	0	225.240
	1006868818	E333 - 84630	19/11/2024	1006868818	VICITRA Z CAPSULAS 500/5 MG CAJA X 30 UNDS	30	6.151	32.376	38.527
					DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS	20	0	0	24.020
					VIREX INST. (ACICLOVIR) TABLETAS 400 MG CAJA X 35 UNDS	35	0	0	44.415
					VIREX UNGUENTO CAJA 30 G	1	0	0	66.479
					UROXACIN COMPRIMIDOS 200 MG CAJA X 7 UNDS	7	0	0	81.318
	Total 1006868818					93	6.151	32.376	254.759
	43593007	E333 - 85791	23/11/2024	43593007	QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	50.378
					MELATONINA CAPSULA 3 MG FRASCO X 120 UNDS	120	0	0	38.500
					SLINDA TABLETAS 4 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	145.200
					SYSTANE INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML	2	0	0	101.118
					DESONIDA MEGALABS INST. CREMA 0.05 % CAJA 15 G	1	0	0	5.750
					TERRAMICINA INST. UNGÜENTO OFTÁLMICO CAJA 10 G	1	0	0	10.714
	Total 43593007					298	0	0	3
	22075128	E333 - 85793	23/11/2024	22075128	COLMIBE EZETIM+ATORVA RG INST. TABLETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	
					DEFEROL CBG (VITAMINA D3)INST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 60 UNDS	60	0	0	3
					HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR INST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	60	0	0	2.100
					FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) GEL 1 % CAJA 15 ML	2	0	0	32.848
					EXFORGE INST.(RG) COMPRIMIDOS 5/160 MG CAJA X 28 UNDS	56	0	0	104.114
					FORTEO (CF) INST. X 1 (RG) VIAL 250 MCG CAJA 2.4 ML	2	0	0	2.572.584
					CALTRATE PLUS TABLETAS 600 MG CAJA X 60 UNDS	60	0	0	64.680
	Total 22075128					300	0	0	3.118.554
FARMACIA PASTEUR CR 70	21996399	E317 - 63766	########	21996399	FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS	30	0	0	58.064
					EUTIROX INST. TABLETAS 25 MCG CAJA X 50 UNDS	50	0	0	39.300
					GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	127.440
					RELVAR ELLIPTA (RG) POLVO PARA INHALACION 100/25 MCG CAJA 30 DOSIS	1	0	0	107.100
	Total 21996399					141	0	0	331.904
	22043001	E317 - 63842	01/11/2024	22043001	CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS	90	0	0	89.460
					VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC	3	0	0	3.942
					EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	19.428
					ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	165.780
					LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS	90	0	0	6.210
					ENTEROGERMINA INST. AMPOLLAS BEBIBLES CAJA X 10 UNDS	20	0	0	154.660
					BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	27.786
					DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS	180	0	0	212.220
					SPIRIVA RESPIMAT (RG) 2.5MCG INHALADOR 4 ML	3	0	0	321.939
					ALENDRONATO MK INST. TABLETAS 70 MG CAJA X 4 UNDS	12	0	0	10.008
					HIALTEARS INST. GOTAS OFTALMICAS 0.4 % FRASCO 15 ML	1	0	0	71.169
					ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBIBLES CAJA X 10 UNDS	10	0	0	77.330
					PREGABALINA MK INST. (RG) TABLETAS 75 MG CAJA X 14 UNDS	84	0	0	140.046
		E317 - 64193	02/11/2024	22043001	LIDOPROCTO INST. SUPOSITORIOS CAJA X 10 UNDS	20	0	0	195.000
		E317 - 65033	05/11/2024	22043001	AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS	90	0	0	22.590
	Total 22043001					883	0	0	1.517.568
	43027684	E317 - 65031	05/11/2024	43027684	ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	44.190
	Total 43027684					90	0	0	44.190
	43466309	E317 - 65043	05/11/2024	43466309	ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	29.460
					GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCION SACHET CAJA X 12 UNDS	60	0	0	18
					DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS	120	0	0	19
					MELATONINA CAPSULA 3 MG FRASCO X 120 UNDS	120	0	0	3
					LYRICA INST.(RG) CAPSULAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	66.690
		E317 - 65995	09/11/2024	43466309	AVODART (RG) CAPSULAS 0.5 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	130.918
					PREPARADO MAGISTRAL	1	0	0	177.333
	Total 43466309					481	0	0	821.801
	43066280	E317 - 65059	05/11/2024	43066280	DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS	120	0	0	191.760
					ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	165.780
					ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	467.208
					CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	128.880
					WELLBUTRIN XL INST.(RG) TABLETAS 150 MG X 30 UNDS	90	0	0	175.635
					FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML	2	0	0	17.518
					FLEXTRIL C (GLUCOSAM+COND) INS SOBRES NARANJA CAJA X 15 UNDS	90	0	0	568.350
					BENZIRIN VERDE SPRAY MENTA SPRAY 120 ML	1	0	0	14.116
	Total 43066280					567	0	0	1.729.247
	21416343	E317 - 65082	05/11/2024	21416343	ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	29.460
					FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS	60	0	0	116.128
					QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	120	0	0	67.170
					ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	110.520
					LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS	120	0	0	8.280
					PIROXICAM GENFAR INST GEL 0.5 % CAJA 40 G	2	0	0	11.774
					ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG CAJA X 1000 UNIDS	60	0	0	2.220
					SYSTANE ULTRA INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 10 ML	2	0	0	74.388
					EUTIROX INST. TABLETAS 25 MCG CAJA X 50 UNDS	50	0	0	39.300
					RISPERDAL (RG) INST. SOLUCION ORAL CAJA 30 ML	2	0	0	31.390
					PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA L BOLSA X 21 UNDS	63	34.662	182.433	217.095
					NEUROBION TABLETAS CAJA X 30 UNDS	120	0	0	204.960
					EXELON INST. (RG) PARCHES 9MG/5CM CAJA X 30 UNDS	60	0	0	360.794
					DOLEX TABLETAS 500 MG CAJA X 200 UNDS	120	0	0	88.560
					MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJA X 1 UND	8	0	0	149.928
					PAÑALES TENA SLIP CLASICO TALLA L BOLSA X 9 UNDS	117	60.337	317.564	377.901
	Total 21416343					1,024	94,999	499,997	1,889,868
	26966309	E317 - 65088	05/11/2024	26966309	ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	29.460
					EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	19.428
					ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	110.520
					ACRYLARM INST. GEL CAJA 10 G	2	0	0	42.500

Distribuidora Pasteur S.A.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

PUNTO DE VENTA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Sumatoria de ENTREGADO	Suma de IVA	Suma de BASE	Sumatoria de VALOR TOTAL
CR 70 [illegible]	26966309	E317 - 65088	05/11/2024	26966309	ELIQUIS INST. (RG) (APIXABAN) TABLETAS 5 MG CAJA X 60 UNDS	120	0	0	502.560
					FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML	2	0	0	17.519
					FUROSEMIDA MK INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS	60	0	0	3.420
					JARDIANCE (RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	221.778
					IRBESARTAN MK (RG) CAPSULA 150 MG CAJA X 30 UNDS	120	0	0	89.460
					LYRICA SOLUCION 20 MG CAJA 105 ML	3	0	0	284.616
					CORBIS (BISOPROLOL) INST. (RG) COMPRIMIDOS 10 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	84.154
					RYTMONORM (PROPAFENONA)INST TABLETAS 150 MG CAJA X 30 UNDS	120	0	0	648.480
					TERRAVITAL VITALIS UNGÜENTO OFTÁLMICO CAJA 10 G	1	0	0	32.532
	Total 26966309					768	0	0	2,086,428
	32402838	E317 - 65092	05/11/2024	32402838	EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	28.800
					ASPIRINA TABLETAS 100 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	55.860
					TRILIPIX CAPSULAS 135 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	605.520
					BIPRETERAX (RG) COMPRIMIDOS 5 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	70.542
					HIALTEARS INST. GOTAS OFTALMICAS 0.4 % FRASCO 15 ML	3	0	0	213.507
					TIRILLAS GLUCOQUICK G30A INST. CAJA X 50 UNDS	100	0	0	75.300
					SOPHIPREN (PREDNISOLONA) GOTAS OFTALMICAS CAJA 5 ML	3	0	0	201.363
					NABILA COMPRIMIDOS 5 MG CAJA X 28 UNDS	56	0	0	103.526
					AGUJA INSULINA PEN GLUCOQUICK INST. 32 G / 4 MM CAJA X 100 UNDS	100	3.880	20.420	24.300
					XULTOPHY (CF) PLUMA 100U/3.6MG CAJA X 1 UND	7	0	0	1.103.403
					XIGDUO XR INST. (RG) TABLETAS 5/1000 MG CAJA X 56 UNDS	224	0	0	631.096
	Total 32402838					857	3.880	20,420	3,113,217
	21285872	E317 - 65098	05/11/2024	21285872	QUETIAPINA MK INST. (PG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	50.378
					ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS	90	0	0	12.540
					MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	48.924
					TRAZODONA RECIPE INST. TABLETA 50 MG CAJA X 100 UNDS	90	0	0	10.260
					ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS	90	0	0	27.990
					FUROSEMIDA MK INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	5.130
					OMEPRAZOL FARMACOL INST. CAPSULA 20 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	7.071
					DETRUSITOL INST.(RG) TABLETAS 2 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	147.003
		E317 - 66037	09/11/2024	21285872	SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 100 MG CAJA X 105 UNDS	90	0	0	21.429
	Total 21285872					804	0	0	330,725
	1007493629	E317 - 65257	06/11/2024	1007493629	VOLTAREN GEL 1 % CAJA 30 G	1	0	0	36.933
					EPIDUO GEL 0.1% / 2.5% CAJA 30 G	1	0	0	102.551
	Total 1007493629					2	0	0	139,484
	1017928972	E317 - 65264	06/11/2024	1017928972	YASMIN (RG) COMPRIMIDOS 3 MG/0.03 MG CAJA X 21 UNDS	63	0	0	80.730
	Total 1017928972					63	0	0	80,730
	42975319	E317 - 65303	06/11/2024	42975319	FARMA D C8G INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS	90	0	0	124.122
					ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	467.208
		E317 - 67385	14/11/2024	42975319	CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS	60	0	0	59.640
					VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS	2	0	0	29.426
					ETORICOXIB MK INST. TABLETAS 60 MG CAJA X 14 UNDS	14	0	0	18.480
					TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS	4	0	0	4.359
					SERETIDE DISKUS INST.(RG) POLVO PARA INHALACION 50/500 MCG CAJA 60 DOSIS	1	0	0	128.820
					RIFAXIMINA MK TABLETAS RECUBIERTAS 550 MG CAJA X 14 UNDS	14	0	0	90.018
					ALBENDAZOL GENFAR INST. TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS	2	0	0	896
		E317 - 67828	16/11/2024	42975319	SERETIDE DISKUS INST.(RG) POLVO PARA INHALACION 50/500 MCG CAJA 60 DOSIS	1	0	0	128.820
	Total 42975319					272	0	0	1,101,779
	43503064	E317 - 65339	06/11/2024	43503064	AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS	90	0	0	22.590
					ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	116.832
					GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	191.160
					SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	18.630
					SINALGEN INST. TABLETA 5MG /325 MG CAJA X 90 UNDS	90	0	0	96.428
	Total 43503064					444	0	0	475,640
	1027809007	E317 - 65493	07/11/2024	1027809007	VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC	6	0	0	7.884
					ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS	90	0	0	12.540
					NUEVID D3 INST. (VITAMINA D3) TABLETAS CUBIERTAS 7000UI CAJA X 24 UNDS	36	0	0	158.010
	Total 1027809007					132	0	0	178,434
	32483282	E317 - 65546	07/11/2024	32483282	TOBRAOFTAL GOTAS OFTALMICAS 0.3% CAJA 5 ML	1	0	0	7.037
		E317 - 67382	14/11/2024	32483282	EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	28.800
					STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	682.200
					SICCAFLUID INST. GEL 0.25% CAJA 10 G	3	0	0	116.115
	Total 32483282					194	0	0	834,152
	43075746	E317 - 65719	08/11/2024	43075746	GLUCAGEN 1 U.I AMP. AMPOLLAS CAJA	4	0	0	816.000
		E317 - 68340	18/11/2024	43075746	DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS	180	0	0	287.640
	Total 43075746					184	0	0	1,103,640
	54250716	E317 - 65765	08/11/2024	54250716	SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	631.440
					AMDIPIN INST. (AMLODIPINO) TABLETAS 10 MG CAJA X 10 UNDS	90	0	0	958.770
		E317 - 68367	18/11/2024	54250716	LATANOX INST. LATANOPR (PG) CF SOLUCION OFTALMICA 0.05 MG/ML FRASCO 5 ML	2	0	0	82.686
					PROXTEN PLUS INST. (PREDNISOL) GOTAS OFTALMICAS 1 % CAJA 5 ML	1	0	0	7.908
					KRYTANTEK OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS CAJA 5 ML	2	0	0	132.830
	Total 54250716					185	0	0	1,813,634
	117131988	E317 - 65828	08/11/2024	117131988	ESPIRONOLACONA HUMAX INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS	90	0	0	45.090
					DIFFERIN INST. GEL 0.1% CAJA 30 G	2	0	0	70.870
					PLAQUINOL INST. HIDROXICLOROQ TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS	80	0	0	50.960
	Total 117131988					172	0	0	166,920
	695289	E317 - 65989	09/11/2024	21379622	NORSPAN 7 DCONT 10 UG/H (RG) PARCHE 10 MG CAJA X 4 UNDS	4	0	0	62.095
	Total 695289					4	0	0	62,095
	43064660	E317 - 66872	12/11/2024	43064660	DIOVAN HCT INST. 160/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS	112	0	0	232.176
		E317 - 67371	14/11/2024	43064660	QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	50.378
					EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	85.251
					PREGABALINA MK PRELUDYO INSTRG CAPSULAS 75 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	150.053
	Total 43064660					382	0	0	517,858
	4712055	E317 - 67827	16/11/2024	43064660	AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS	90	0	0	22.590
	Total 4712055					90	0	0	22,590
	41689031	E317 - 66895	12/11/2024	41689031	BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. INST. POLVO CAJA X 30 UNDS	90	0	0	67.950
					ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG CAJA X 1000 UNIDS	90	0	0	3.330
					KETUM INST. GEL 2.5% CAJA 30 G	3	0	0	58.311
					FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML	3	0	0	26.277
					EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	170.505
					SAXENDA (CF) (RG) PLUMA PRELLENADA 6MG/ML CAJA X 1 UND	9	0	0	1.562.481
					PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	51.750
					AGUJA INSULINA PEN GLUCOQUICK INST. 32 G / 4 MM CAJA X 100 UNDS	100	3.880	20.420	24.300
					NATRILIX SR INST. (RG) TABLETAS 1.5 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	36.180
					MYLANTA DOS SUSPENSION MENTA CAJA 240 ML	3	0	0	163.824
					DIMARD INST. HIDROXICLOROQUINA TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS	80	0	0	46.000
					TRIMEBUTINA COLMED INST. TABLETAS 300 MG CAJA X 30 UNDS	180	0	0	162.000

Distribuidora Pasteur S.A.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

PUNTO DE VENTA	NUMERO ORDEN	NUMERO FACTURA	FECHA ENTREGA	CODIGO ARTICULO	NOMBRE PRODUCTO	Suma de SUBTOTAL	Suma de IVA	Suma de BASE	Suma de VALOR TOTAL
CR 70	41689031	E317 - 66895	12/11/2024	41689031	APROVASC INST. (RG) COMPRIMIDOS 300 MG/5 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	824,796
		E317 - 66967	13/11/2024	41689031	EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	85.251
		E317 - 69066	21/11/2024	41689031	ETORICOXIB MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS	7	0	0	18.284
					SYMBICORT RAPIHALER (RG) INHALADOR 160/4.5 MCG CAJA 120 DOSIS	1	0	0	110.016
					BECLOMETASONA FORTE MK INST. INHALADOR 250 MCG CAJA 200 DOSIS	1	0	0	55.142
					MELOXICAM GENFAR INST. TABLETAS 15 MG CAJA X 30 UNDS	20	0	0	3.280
	Total 41689031					1,031	3,880	20,420	3,469,677
	21623700	E317 - 66907	12/11/2024	21623700	ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	44.190
					NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	126.252
					COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS	90	0	0	63.720
					CARBAMAZEPINA LAPROF INST.(RG) TABLETAS 200 MG X 300 UNDS	90	0	0	13.140
					ORLISTAT COLMED INST. (RG) CAPSULAS 120 MG CAJA X 60 UNDS	270	0	0	953.208
					LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	300.105
					DIACEREINA GENFAR CAPSULAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	180	0	0	164.430
					ALGIMIDE INST. TABLETAS 325/15MG CAJA X 100 UNDS	180	0	0	21.600
	Total 21623700					1,074	0	0	1,686,645
	43023740	E317 - 66991	13/11/2024	43023740	QUIMOX INST. (RG) (MOXIFLOXAC) GOTAS OFTALMICAS 0.5 % CAJA 5 ML	1	0	0	86.946
					PROXTEN PLUS INST. (PREDNISOL) GOTAS OFTALMICAS 1 % CAJA 5 ML	2	0	0	15.816
					VISCOSA (SLN SALINA) SOLUCION OFTALMICA 5% CAJA 5 ML	1	0	0	114.000
	Total 43023740					4	0	0	216,762
	1036960816	E317 - 67087	13/11/2024	1036960816	CLONAZEPAM MK DCONT SOLUCION ORAL 2.5 MG/1 ML FRASCO 20 ML	1	0	0	23.495
	Total 1036960816					1	0	0	23,495
	119003	E317 - 67090	13/11/2024	119003	QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	120	0	0	67.170
					ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	146.832
					CALCITRIOL COLMED INST. CAPSULAS 0.5 MCG X 30 UNDS	90	0	0	17.280
					MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS	56	0	0	58.418
					FUROSEMIDA MK INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	
					DICLOFENACO GENFAR GEL 1 % CAJA 50 G	2	0	0	
		E317 - 67358	14/11/2024	119003	TIMOLOL MALEATO OPTHA GOTAS OFTALMICAS 0.5 % FRASCO 15 ML	3	0	0	
					GAAP OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS 0.05 MG/ML CAJA 3 ML	3	0	0	74.418
	Total 119003					448	0	0	486,335
	43555210	E317 - 67111	13/11/2024	43555210	STAMYL GRAGEAS CAJA X 20 UNDS	180	0	0	536.580
					NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	252.336
		E317 - 67343	14/11/2024	43555210	COLMIBE EZETIM+ATORVA RG INST. TABLETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	463.662
	Total 43555210					354	0	0	1,252,578
	42994685	E317 - 67127	13/11/2024	42994685	EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	28.800
					BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS	180	0	0	55.572
					ESOMEPRAZOL (ESOMED) INST. CAPSULAS 40 MG CAJA X 560 UNDS	28	0	0	9.828
					STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	682.200
					MICARDIS AMLO (RG) COMPRIMIDOS 80/5 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	255.963
					ALOPURINOL AG INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS	90	0	0	15.030
					ESOMED CÁPSULAS 40 MG CAJA X 14 UNDS	56	0	0	539.676
		E317 - 67388	14/11/2024	42994685	FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	3.060
					CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100 MG X 30 UNDS	90	0	0	126.630
					JANUVIA (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	212.772
	Total 42994685					892	0	0	1,929,531
	32526794	E317 - 67282	14/11/2024	32526194	EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS	50	0	0	9.714
	Total 32526794					50	0	0	9,714
	21362649	E317 - 67290	14/11/2024	21362649	PALEXIS RETARD DCONT (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 60 UNDS	60	0	0	119.280
		E317 - 67353	14/11/2024	21362649	DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS	180	0	0	287.640
					NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS	196	0	0	294.588
					TRELEGY ELLIPTA INST. INHALADOR 100MCG/62.5MCG/25MCG CAJA 30 DOSIS	3	0	0	785.625
					ATORVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 100 UNDS	90	0	0	54.000
					HUMYLUB OFTENO PF GOTAS OFTALMICAS CAJA 10 ML	3	0	0	201.477
					MILPAX INST. SUSPENSIÓN ORAL FRASCO 360 ML	3	0	0	139.869
	Total 21362649					535	0	0	1,882,479
	3926725	E317 - 67359	14/11/2024	39267251	KRYTANTEK OFTENO INST. (RG) GOTAS OFTALMICAS CAJA 5 ML	4	0	0	265.660
	Total 3926725					4	0	0	265,660
	32324441	E317 - 67370	14/11/2024	32324441	FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	3.060
					SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	180	0	0	1.262.880
					AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	3
					MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA) CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS	90	0	0	71
	Total 32324441					450	0	0	1,91
	21343785	E317 - 67581	15/11/2024	21343785	COLESTIRAMINA GENF INST. X 100 SOBRES 4 G	60	0	0	170.100
	Total 21343785					60	0	0	170,100
	32412270	E317 - 67600	15/11/2024	32412270	GABAPENTIN MK(RG) CAPSULAS 300 MG CAJA X 30 UNDS	180	0	0	85.860
	Total 32412270					180	0	0	85,860
	43255447	E317 - 67643	15/11/2024	43255447	ETORICOXIB (ANEXIA) INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS	14	0	0	20.286
					LACTULAX SOBRES CAJA X 12 UNDS	30	0	0	69.690
					VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJA X 15 UNDS	15	0	0	122.325
					TRIMEBUTINA COLMED INST. TABLETAS 300 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	54.000
					SPASMOMEN INST. (BROM. OTILON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS	30	0	0	42.840
	Total 43255447					149	0	0	309,141
	43781794	E317 - 67864	16/11/2024	43781794	VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC	6	0	0	7.884
					ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS	90	0	0	12.540
					ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	467.208
	Total 43781794					180	0	0	487,632
	21336428	E317 - 68540	19/11/2024	21336428	OSMOLITE HN PLUS 1.2 KCAL SOLUCION ORAL LATA 237 ML	90	0	0	1.480.320
		E317 - 69294	22/11/2024	21336428	LOPERAMIDA GENFAR TABLETAS 2 MG CAJA X 6 UNDS	90	0	0	112.650
	Total 21336428					180	0	0	1,592,970
	1091964416	E317 - 68586	19/11/2024	1091964416	ISOFACE INST. 20 MG. 30 CAPS.	90	0	0	177.750
	Total 1091964416					90	0	0	177,750
	32767483	E317 - 68612	19/11/2024	32767483	VICITRA Z CAPSULAS 500/5 MG CAJA X 30 UNDS	20	4.101	21.584	25.685
					STAFEN INST. (FENOFIBRATO) CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	389.700
					UROXACIN COMPRIMIDOS 200 MG CAJA X 7 UNDS	7	0	0	81.318
					SEROQUEL (RG) COMPRIMIDOS 25 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	50.376
					SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 300 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	453.870
					CEFALEXINA GENFAR INST. CAPSULAS 500 MG CAJA X 300 UNDS	28	0	0	14.784
	Total 32767483					325	4,101	21,584	1,015,733
	42974284	E317 - 68636	19/11/2024	42974284	EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	14.500
					VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS	3	0	0	44.139
					TRILIPIX CAPSULAS 135 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	403.680
					SPIRIVA RESPIMAT (RG) 2.5MCG INHALADOR 4 ML	6	0	0	643.878
					RELVAR ELLIPTA (RG) POLVO PARA INHALACION 100/25 MCG CAJA 30 DOSIS	6	0	0	642.600
	Total 42974284					175	0	0	1,748,797
	41397513	E317 - 68812	20/11/2024	41397513	ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	44.190
					EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	19.428

Distribuidora Pasteur S.A.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

ANTO DE V...						Suma de ENTREGADO	Suma de IVA	Suma de BASE	Suma de VALOR TOTAL
CR 70	41397513	E317 - 68812	20/11/2024	41397513	NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	126 252
					ESZOPICLONA (ISOKLON) INST. RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS	182	0	0	373 646
					ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	486 684
	Total 41397513					546	0	0	1,050,200
	32460218	E317 - 68813	20/11/2024	32460218	EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	14.500
					ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	44 190
					CORBIS (RG) COMPRIMIDOS 2.5 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	30 735
					SERTRALINA MK INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	8.310
	Total 32460218					370	0	0	97,735
	32424341	E317 - 68814	20/11/2024	32424341	EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	14.500
					ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	44.190
					LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS	180	0	0	12.420
					LYRICA INST. (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS	180	0	0	300 102
					MEMANTINA MK (MODUALZ) INST.RG TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	193 221
					NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	252.336
					SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 50 MG CAJA X 30 UNDS	180	0	0	151.290
		E317 - 68948	21/11/2024	32424341	EXELON (RG) CAPSULAS 1.5 MG CAJA X 28 UNDS	196	0	0	261.492
		E317 - 68985	21/11/2024	32424341	CLOZAPINA HUMAX TABLETAS 100 MG CAJA X 20 UNDS	60	0	0	80.865
	Total 32424341					1,160	0	0	1,310,416
	32516214	E317 - 68816	20/11/2024	32516214	SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS.	40	0	0	28 720
					SEDORM TABLETAS 7.5 MG CAJA X 20 UNDS	20	0	0	14 360
		E317 - 68821	20/11/2024	32516214	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
					AMLODIPINO GENFAR INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS	60	0	0	2.400
					GLUCOPHAGE INST. (METFORMINA) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	137 220
	Total 32516214					296	0	0	516,312
	43025021	E317 - 68822	20/11/2024	43025021	STAFEN INST. CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	454.800
					PANTOPRAZOL COLMED INST. CAPSULAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	46 260
					STAFEN CAPSULAS 135MG/20MG CAJA X 30 UNDS	30	0	0	227,400
	Total 43025021					180	0	0	728,460
	41300634	E317 - 69062	21/11/2024	41300634	SERTRALINA MK INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	24.030
					ROSUVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 250 UNDS	90	0	0	55.890
					DIOVAN HCT INST. 80/12.5 MG COMPRIMIDOS X 28 UNDS	84	0	0	75.432
					MYRBETRIC (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	430 380
					ALZIT INST.(RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	391 734
	Total 41300634					438	0	0	977,466
	1033267231	E317 - 69296	22/11/2024	1033267231	DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS	10	0	0	11.790
					ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBIBLES CAJA X 10 UNDS	5	0	0	38 665
					BUSCAPINA GRAGEAS 10 MG CAJA X 20 UNDS	10	0	0	14.620
	Total 1033267231					25	0	0	65,075
	1033264710	E317 - 69299	22/11/2024	1033264710	DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS	10	0	0	11.790
					ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBIBLES CAJA X 10 UNDS	5	0	0	38.665
					BUSCAPINA GRAGEAS 10 MG CAJA X 20 UNDS	10	0	0	14.620
	Total 1033264710					25	0	0	65,075
PASTEUR ENVIGADO	36540504	E328 - 60408	##########	36540504	DEFEROL CBG (VITAMINA D3)INST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 60 UNDS	90	0	0	49 680
					RINAID(FUR.MOMETASONA) INST. SPRAY NASAL 0.05 % FRASCO 18 G	3	0	0	567 459
					JARDIANCE (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	831 060
					SERTRALINA GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS	60	0	0	9 060
					SERTRALINA GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 10 UNDS	30	0	0	4.530
	Total 36540504					273	0	0	1,457,394
	32396418	E328 - 60423	01/11/2024	32396418	ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	165 780
					MELATONINA CAPSULA 3 MG FRASCO X 120 UNDS	120	0	0	38.500
					FLUIMUCIL SOBRES 600 MG NARANJA CAJA X 30 UNDS	90	0	0	278 190
					XYLOPROCTO INST. (CF) UNGUENTO CAJA 20 G	6	0	0	416 530
					LYRICA (RG) CAPSULAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	270	0	0	300 105
					ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	486.684
					BERODUAL GOTAS NEBULIZAR (RG) CAJA 20 ML	9	0	0	270.000
					PROCTO-GLYVENOL SUPOSITORIOS CAJA X 5 UNDS	90	0	0	1.063.710
					COMPLEJO B MK TABLETAS CAJA X 250 UNDS	90	0	0	21.615
		E328 - 60426	01/11/2024	32396418	HALOPERIDOL HUMAX INST. SOLUCION ORAL FRASCO 20 ML	3	0	0	19.476
		E328 - 61114	05/11/2024	32396418	DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS	272	0	0	320 688
		E328 - 60428	01/11/2024	32396418	HIDROMORFONA HCL INST. AMPOLLAS 2 MG/1 ML CAJA X 10 UNDS	45	0	0	236 250
	Total 32396418					1,175	0	0	3,617,578
	37804861	E328 - 61346	06/11/2024	37804861	FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS	90	0	0	174 192
					ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS	56	0	0	97.888
					SYNTHROID INST. TABLETAS 25 MCG CAJA X 90 UNDS	90	0	0	77.580
					DIPROFOS AMPOLLA 7 MG CAJA 1 X 1 ML	1	0	0	22.798
	Total 37804861					237	0	0	372,458
	22085596	E328 - 61348	06/11/2024	22085596	ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	44.190
					AMLODIPINO MK INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 150 UNDS	90	0	0	22.590
					LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS	180	0	0	12.420
					FORXIGA INST. (RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	423.402
					SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS.	90	0	0	64 620
	Total 22085596					534	0	0	567,222
	42996760	E328 - 61827	08/11/2024	42996760	BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	55 575
					HIDROCLOROTIAZIDA MK INST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS	90	0	0	3.060
					STAFEN INST. (FENOFIBRATO) CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	389 700
					EUTIROX INST. TABLETAS 25 MCG CAJA X 50 UNDS	100	0	0	78.600
		E328 - 63661	16/11/2024	42996760	KETUM INST. GEL 2.5% CAJA 30 G	2	0	0	38.874
					NEUROBION DC J.PRELLENADA 10000 CAJA X 3 UND	6	0	0	229 794
					MELOXICAM GENFAR INST. 15 MG/1.5 ML CAJA X 5 UNDS	5	0	0	10 005
					MELOXICAM GENFAR COMPRIMIDOS 15 MG CAJA X 10 UNDS	10	0	0	13.035
	Total 42996760					393	0	0	818,643
	37795854	E328 - 62980	13/11/2024	37795854	ATORVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	44.190
					ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON)INST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS	30	0	0	17.836
					DEXAPRON(ESCITALOPRAM) INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS	60	0	0	49.400
					NATRILIX SR INST. (RG) TABLETAS 1.5 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	36 180
					MICARDIS AMLO (RG) COMPRIMIDOS 80/10 MG CAJA X 28 UNDS	84	0	0	255 963
					METOPROLOL GENFAR INST. (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS	180	0	0	87 930
		E328 - 63186	14/11/2024	37795854	SICCAFLUID INST. GEL 0.25% CAJA 10 G	1	0	0	38.705
					IBANDROMET (ACIDO IBAN) RGINST TABLETAS 150 MG CAJA X 1 UND	2	0	0	157.464
		E328 - 63215	14/11/2024	37795854	MELIBA(IBANDRONATO) INST. TABLETA 150 MG CAJA X 1 UND	2	0	0	103.814
	Total 37795854					539	0	0	791,482
	1000412333	E328 - 62992	13/11/2024	1000412333	ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUBO 50 G	2	0	0	51.992
					EPIDUO GEL 0.1% / 2.5% CAJA 30 G	1	0	0	102.561
		E328 - 63191	14/11/2024	1000412333	ETORICOXIB MK INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS	7	0	0	18 284

Distribuidora Pasteur S.A.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

PUNTO DE VENTA	NUMERO ORDEN	NUMERO FACTURA	FECHA ENTREGA			CANTIDAD	IVA	Suma de DESC	Suma de VALOR TOTAL
ENVIGADO	Total 1000412333								
	42999897	E328 - 63192	14/11/2024	42999897	DOXICICLINA MK TABLETAS 100 MG CAJA X 15 UNDS	10	0	0	172,827
					SOPHIXIN DX UNGÜENTO OFTÁLMICO 0.3% / 0.1% CAJA 3.5 G	30	0	0	10.500
	Total 42999897					1	0	0	95.565
	32344964	E328 - 64303	19/11/2024	32344964	EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS	31	0	0	106.065
					BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. INST. POLVO CAJA X 30 UNDS	50	0	0	14.400
					RIFAXIMINA MK TABLETAS RECUBIERTAS 550 MG CAJA X 14 UNDS	90	0	0	67.950
					ALBENDAZOL MK TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS	14	0	0	90.018
		E328 - 64481	20/11/2024	32344964	TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS	2	0	0	2.965
					SPASMOMEN INST. (BROM. OTILON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS	4	0	0	4.359
	Total 32344964					30	0	0	42.840
	32330409	E328 - 64326	19/11/2024	32330409	DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 16 UNDS	190	0	0	222,532
					ZOPICLONA MK INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS	128	0	0	150.912
					PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	18.660
					DESVENLAFAXINA MK(RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	60	0	0	34.500
	Total 32330409					60	0	0	89.760
	41634387	E328 - 64470	20/11/2024	41634387	STAFEN INST. (FENOFIBRATO) CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS	308	0	0	293.832
	Total 41634387					90	0	0	389.700
	42965646	E328 - 64517	20/11/2024	42965646	CROMUS INST. (RG) UNGUENTO 0.1% CAJA 30 G	90	0	0	389,700
					AVODART (RG) CAPSULAS 0.5 MG CAJA X 30 UNDS	1	0	0	165.000
		E328 - 64966	22/11/2024	42965646	MINOXIDIL GENFAR LOCION 5% FRASCO 60 ML	90	0	0	196.377
	Total 42965646					1	0	0	52.541
	32467499	E328 - 64741	21/11/2024	32467499	NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL) COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS	92	0	0	413,918
					LOSARTAN GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 900 UNDS	28	0	0	42.084
					SERTRALINA MK INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	6.210
					STAFEN INST. (FENOFIBRATO) CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	24.030
					TRAZODONA GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 50 UNDS	90	0	0	389.700
					JARDIANCE (RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS	90	0	0	8
	Total 32467499					90	0	0	33
Total general						478	0	0	80
						28.021	137.791	725.218	67.470.471

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR APARTADO
CRA. 100 CALLE 103 LOCAL 118
TELEFONO: 6044441400 - 3160249492
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FAC 18764069285725
FECHA INICIO 19-04-2024
HASTA 19-04-2026
DE: E354 300001 A: E354 600000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354631
53
FECHA: 08-11-2024 13:46
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1201722
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

101294-HIALTEARS GOTAS OFTALMICAS
0.4 % FRASCO 10 ML
47,737 3 0 0 143,211

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 143,211
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 143,211
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 143,211 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE N. ORDEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MEJIA CUARTAS MARTHA CECILIA
CC 39401906
AV 5A N # 5A N - 1 BARRIO SAN FERN
ANDO
TELEFONO: 3234624772
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: 39401906

CUFE: 2a6739d3e551f0a60cf647d0c68f
186293de021d5c4c26ec19771355ba56cf

7

9

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 39401906

Beneficiario
MARTHA CECILIA MEJIA CUARTAS

No. Carné 71240134-A

Fecha **08 NOVIEMBRE 2024**

HIALTEARS 0.4% FCOX10ML (SODIO HIALURONATO 4MGML Solución Gotas)	OFTÁLMICA: UNA GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS POR DOS MESES	03 FCOS TRES
(Si no hay, disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN OFTALMOLGÍA	

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

39401906

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR APARTADO
CRA. 10C CALLE 103 LOCAL 118
TELEFONO: 6044441400 - 3160249492
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FAC 18764069285725
FECHA INICIO 19-04-2024
HASTA 19-04-2026
DE: E354 300001 A: E354 600000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354661
03
FECHA: 18-11-2024 16:09
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1204672
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

067036-DIOVAN TABLETAS 80 MG CAJA
X 28 UNDS
22,355 3 0 0 67,065
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,088 3 0 0 36,264
213214-ATORVASTATINA MK TABLETAS 4
0 MG CAJA X 30 UNDS
35,160 3 0 0 105,480
086272-GENOPRAZOL CAP OMEPRAZOL (R
G) 20 MG CAJA X 14 UNDS
13,563 7 0 0 94,941
253782-TRAYENTA COMPRIMIDOS 5 MG C
AJA X 30 UNDS
132,901 3 0 0 398,703
375750-SERETIDE (RG) 25/125 MCG IN
HALADOR 120 DOSIS
100,950 3 0 0 302,850
842063-ECLOSYNT-NAS (BECLOMETASONA
) INHALADOR NASAL 50 MCG CAJA 200 DOSIS
53,367 2 0 0 106,734
213575-OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA
5 ML
11,440 3 0 0 34,320
013748-SYSTANE ULTRA GOTAS OFTALMI
CAS FRASCO 10 ML
37,194 3 0 0 111,582
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 3 15 0 263,670
347545-DOLEX FORTE TABLETA 500MG/6
5MG CAJA X100 UNDS
159,800 0 15 0 23,970

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,545,579
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,545,579
FORMA DE PAGO: CREDITO

13

CAMBIO:

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

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	1,281,909	0
EXENTAS:	263,670	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: pendiente-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BUSTAMANTE AGUIRRE BERTHA ELENA
CC 39295993
HELICONIAS
TELEFONO: 3013609318
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:

CUFE: 1551675e4a933c6ba1c54b7f956e
244961b8deec442fe0900c8809194fafdd
4bb6b06ee1e604e5245d478937b5b4270e

Bertha Bustamante
c.c: 39295993
cel: 3122780199

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Bertha Bustamante identificado con cédula número 39295993, 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 Bertha Bustamante

FECHA 18-11-2024

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

Beneficiario BERTA BUSTAMANTE AGUIRRE	CC 39295993	18 11 2024
LUGAR: MEDELLIN		

VALSARTAN 80 MGR (DIOVAN) TABLETA	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO	90 NOVENTA
INDAPAMIDA 1.5 MGR TABLETA (NATRILIX SR)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA CON EL VALSARTAN	90 NOVENTA
ATORVASTATINA 40 MGR MK TABLETA	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
OMEPRAZOL 20 MGR (GENOPRAZOL)	VIA ORAL,TOMAR 1 EN AYUNAS	90 NOVENTA
LINAGLIPTINA 5 MGR TABLETA (TRAYENTA)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA AL DIA	90 NOVENTA
SALMETEROL 5/FLUTICASONA 125 INHALADOR (SERETIDE INHALADOR)	HACER 1 PUFF EN LA MAÑANA	3 TRES
BECLOMETASONA INHALADOR NASAL 50 MCG	HACER 1 PUFF ENC ADA FOSA EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE	2 DOS
OLOPATADINA OFTALMICA0.2% (OLOFTAL)	APLICAR EN AMBOS OJOS 1 GOTA EN LA NOCHE	3 TRES
POLIETILENGLICO L 400, PROPILENGLICOL, (SYSTANE ULTRA)	APLICAR EN AMBOS OJOS 1 GOTA 4 VECES AL DIA	3 TRES
ACETAMINOFEN/CAFEINA 65 TABELTA (DOLEX FORTE)	VIA ORAL , TOMAR 2 TABELTAS AL DIA	180 CIENTO OCHENTA

PARA 3 MESES

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Bertha Bustamante
c.c: 39295993
cel: 3122780199

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR APARTADO
CRA. 100 CALLE 103 LOCAL 118
TELEFONO: 6044441400 - 3160249492
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FAC 18764069285725
FECHA INICIO 19-04-2024
HASTA 19-04-2026
DE: E354 300001 A: E354 600000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354685
28
FECHA: 27-11-2024 15:34
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1207098
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

069016-ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUB
O 50 G
25,996 2 0 0 51,992
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 3 20 0 271,660
347545-DOLEX FORTE TABLETA 500MG/6
5MG CAJA X100 UNDS
159,800 0 10 0 15,980
249464-LYRICA (RG) CAPSULAS 50 MG
CAJA X 30 UNDS
33,345 6 0 0 200,070

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 539,702
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 539,702
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 268,042 0
EXENTAS: 271,660 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: pendiente N orden
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MALDONADO BELTRAN EDITH
CC 39306568
CR 108 # 110 - 64 BARRIO LAURELE
S
TELEFONO: 8284749
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

21

BUEÑO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: dda0baeb01079ea49bae87b04908
7b272cd50cda71af9c4336b0fa964d8689
0ebbd47965045dcca08865edc3b8c24027

8110760
3146278750

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Francisco Carrascal M identificado con cédula número 8110766, 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 27-11/2024

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
EDITH MALDONADO BELTRAN
No. Carné 8110766

Cédula 39306568

Fecha **27 NOVIEMBRE 2024**

ARTRITES GEL TOP 1% TBOX50G (DICLOFENACO SODIO 1% Gel)	TÓPICA: APLICAR CADA 12 HORAS EN ÁREA AFECTADA	02 TBOS	DOS
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN (A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)	180 TAB	CIENTO OCHENTA
LYRICA 50 MG CJX30CAPS (PREGABALINA 5 0 M G Cápsula de cubierta dura)	VIA ORAL: TOMAR CADA 8 HORAS	180 CAP	CIENTO OCHENTA
FORMULA PARA DOS MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN ORTOPEDIA (26SEP2024).		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

8110766
3146278550

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR-BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333787
09
FECHA: 01-11-2024 15:18
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2053396
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

102521-NAABAK GOTAS 4.9% CAJA 5 ML
136,161 2 0 0 272,322
213575-OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA
5 ML
11,440 3 0 0 34,320
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
9,080 9 0 0 81,720
115509-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D
3) TABLETAS 7000UI CAJA X 12 UNDS
56,316 2 0 0 112,632
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 3 0 0 467,208

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 968,202
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 968,202
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 968,202 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43457932-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FLOREZ BETANCUR ANA ELENA
CC 43457932
CR 17E # 11 - 87 GIRARDOTA LA NU
EVA
TELEFONO: 3117295357
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

Victor Agudelo

29

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

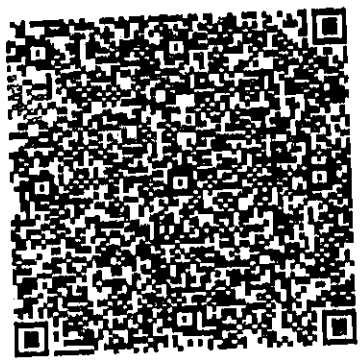
Certificación recibo a satisfacción

Yo Victor Agudelo identificado con cédula número 15 253 498, 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 Victor Agudelo

FECHA 2-11-2024



CUFE: 4a8dafe8673465a5bca7b44d40b3
3f1e02cc8f31f6817277c82207d8701efd
f3414dc3329172cb60061b1f6ca8a9dea

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

Beneficiario **CC 43457932**

ANA ELENA FLOREZ **FECHA** **01** **11** **2024**

HIALURONATO DE SODIO OFTALMICO (NAABAK 4.9 %) OFTALMICO	**APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO CADA 22 HORAS**	**2 DOS**
OLOPATADINA OFTALMICA 0.2%(OLOFTAL)	**APLCIAR EN LA MAÑANA Y LA OCHE EN AMBOS OJOS**	**3 TRES**
FEXOFENADINA 120 MGR TABLETA	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA**	**90 NOVENTA**
VITAMINA D3 7000UI (NUEVID) CAPSULAS	**VIA ORAL TOMAR 1 CAPSULA SABADO Y DOMINGO , NO SUSPENDER**	**24 VEINTICUATRO**
ROSUVASTATINA 20 MGR TABLETA MK	**VIA ORAL TOMAR 1 TABELT A EN LA NOCHE NO SUSPENDEWR**	**90 NOVENTA**

FIRMA Y SELLO MEDICO

Victor Agudelo
1525598198

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333809
92
FECHA: 08-11-2024 09:07
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2055683
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132066-ATORVASTATINA GENFAR INST.
TABLETAS 40 MG CAJA X 150 UNDS
19,650 0 90 0 11,790
115108-ENALAPRIL MK INST. TABLETAS
5 MG CAJA X 150 UNDS
20,700 0 90 0 12,420
115300-FORXIGA INST. (RG) TABLETAS
10 MG CAJA X 28 UNDS
141,134 3 0 0 423,402
213704-BISOPROLOL MK (RG) TABLETAS
2.5 MG CAJA X 30 UNDS
10,519 3 0 0 31,557
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
84,112 3 0 0 252,336

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 731,505
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 731,505
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 731,505 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 610703-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SIERRA RENGIFO CARLOS ARTURO
CC 610703
CL 58 # 58B - 35 LA CUMBRE INT 3
50
TELEFONO: 3005238528
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

BENITEZ SIERRA G

31

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo BEATRIZ SIERRA G identificado con cédula número 31.854 Bello 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 SIERRA G

FECHA Noviembre 8/94

CUFE: d7b87a2706134366f0e73efb3875d
c852f0d2192a5736243491866bb251a9
01d45e93b3340b8649d2d8654547162b5b

32

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO
No. Carné 98579394-B

D.I. 610703

Fecha **07 NOVIEMBRE 2024**

ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB (ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 40MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA NOCHE. POR SEIS MESES (ENTREGA FINAL)	90 TAB	NOVENTA
ENALAPRIL 5MG CJX20TAB (ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA	90 TAB	NOVENTA
FORXIGA 10 MG CJX28COM (DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA	84 TAB	OCHENYTA Y CUATRO
BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG TNR CJX30TAB (BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA	90 TAB	NOVENTA
ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB (ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	90 TAB	NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (SI no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DEL 01FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Beatriz Sierra G.
cc. 318.944 Bello
+ 604-29-31-77

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
...RMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333809
95
FECHA: 08-11-2024 09:18
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2055686
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

692136-DOMINIUM INST. (SERTRALINA)
CAPSULAS 25 MG CAJA X 10 UNDS
61,700 9 0 0 555,300
100278-ROSUVASTATINA ECAR INST. TA
BLETAS 40 MG CAJA X 250 UNDS
137,750 0 90 0 49,590
024035-ASPIRINA TABLETAS 100 MG CA
JA X 140 UNDS
69,720 0 84 0 41,832
132057-CARVEDILOL GENFAR INST. (RG
) TABLETAS 6.25 MG CAJA X 300 UNDS
89,175 0180 0 53,505
682043-HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR IN
ST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
10,500 0 90 0 3,150
116100-JANUMET INST. (RG) TABLETAS
50/1000 MG CAJA X 56 UNDS
138,880 1 28 0 208,320
600843-VALCOTE ER ACIDO VALPR INST
RG TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
73,200 3 0 0 219,600
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
84,112 3 0 0 252,336
116503-TIRILLAS GLUCOQUICK G30A I
NST. CAJA X 50 UNDS
37,650 1 0 0 37,650
100279-LANCETAS INST. POS CAJA X
50 UNDS
3,600 1 0 0 3,600

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,424,883
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,424,883
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 3,025 575
EXCLUIDAS: 1,421,283 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21607794-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARCIA SIERRA AURA ROSA

35

CL 58 # 58B - 36 LA CUMBRE INT 3
50
TELEFONO: 3005238528
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 SIERRA G
OBS: 32. 310.044 B/ga

CUFE: 026c5d20c387662a70d432c1994c
34e27931c312a19b811b5fd50009ab5cc7
65e3ce0dbaec9983aab455d5fc4492a342

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
REGIONAL ANTIOQUIA
Certificación recibo a satisfacción

Yo Beatriz Sierra G identificado con cédula número 32-310-044 y 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 Sierra G

FECHA 1/04/24

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 21607794

Beneficiario
AURA ROSA GARCIA SIERRA
No. Carné: 98579394-A

Fecha **07 NOVIEMBRE 2024**

SERTRALINA CLORHIDRATO 25MG Tableta Recubierta (SERTRALINA 25MG)	VIA ORAL: TOMAR UNA CON EL DESAYUNO Y UNA CON EL ALMUERZO. ENTREGA FINAL	90 TAB	NOVENTA
ROSUVASTATINA CALCICA (ROSUVASTATINA 40mg TNR CJX30 TNR)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE POR SEIS MESES (ENTREGA FINAL)	90 TAB	NOVENTA
ASPIRINA 100MG CJX28TAB (ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
CARVEDILOL 6.25MG (CARVEDILOL)	VÍA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (7AM-7PM)	180 TAB	CIENTO OCHENTA
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB (HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA	90 TAB	NOVENTA
JANUMET (50+1000) MG CJX56TAB (SITAGLIPTINA Fosfato Hidrato + METFORMINA Clorhidrato)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
VALCOTE ER 500MG TLS CJX30TAB (VALPROICO ACIDO LIBERACIÓN PROLONGADA)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS (RECOMENDACIÓN NEUROLOGÍA)	90 TAB	NOVENTA
NEXIUM MUPS 40MG CJX28 TLR (ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 40MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO (6:30 AM)	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
TIRAS REACTIVAS GLUCOQUICK CJX50UN (INSUMOS TIRAS DE GLUCOMTERIA)	USAR DIARIAMENTE DE ACUERDO CON LA CAPACITACIÓN RECIBIDA AL ENTREGAR.	50 UND	CINCUENTA
LANCETAS GLUCOQUICK CJX50UN (INSUMOS LANCETAS DE GLUCOMETRIA)	USAR DIARIAMENTE DE ACUERDO CON LA CAPACITACIÓN RECIBIDA AL ENTREGAR.	50 UND	CINCUENTA
FÓRMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR REFORMULACIÓN A PARTIR DEL 01FEB2025 CON LA FÓRMULA COMPLETA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Beatriz Suegas
32 316 844 D/C

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
IMPOBETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333810
64
FECHA: 08-11-2024 12:37
VENDEDOR: YULIANA PAOLA ZU╤IGA ACOS
SECUENCIA: 2055755
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

967022-SLINDA TABLETAS 4 MG CAJA X
28 UNDS
48,400 3 0 0 145,200

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 145,200
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 145,200
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 145,200 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1011513171-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HURTADO CARVAJAL LUCIANA
CC 1011513171
CL 111E # 64 - 52
TELEFONO: 4611868
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO
eF[illegible]a cader[illegible]
D[illegible]L MEDI

BUENO ARIZA WEI
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 43.4

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Edith Carvajal Castaño identificado con cédula número 43.437835, 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 Edith 43.437835

FECHA 08/11/2024

40

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
LUCIANA HURTADO CARVAJAL
No. Carné 43437835

D.I. 1011513171

Fecha **08 NOVIEMBRE 2024**

SLINDA® (DROSPIRENONA 4mg)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR 28 DÍAS Y APENAS TERMINE UN CARTÓN DEBE REINICIAR EL OTRO. (Recomendación del especialista). ENTREGA 3/6. PENDIENTE TRES.	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO

FORMULA TRES MESES (SI no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

43.437.835

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333813
07
FECHA: 09-11-2024 08:59
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2055998
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132064-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
12,000 0 90 0 3,600
004288-ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON) I
NST TABLETAS 20 MG CAJA X 20 UNDS
14,658 5 0 0 73,290
100279-MICARDIS (RG) INST. TELMISA
RTA COMPRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS
29,209 3 0 0 87,627
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,088 3 0 0 36,264
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,925 0 90 0 50,378
600587-EUTIROX INST. 112 MCG. 50 T
BS.
45,450 2 0 0 90,900
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
39,300 2 0 0 78,600
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 1 40 0 143,820
682631-ATORVASTATINA GENFAR INST.
TABLETAS 10 MG CAJA X 100 UNDS
60,000 0 90 0 54,000
134145-DEXAMETASONA GF 2 ML AMPOLL
AS 8 MG CAJA X 10 UNDS
13,170 0 1 0 1,317
115108-ETORICOXIB MK INST. TABLETA
S 120 MG CAJA X 7 UNDS
18,284 1 0 0 18,284
132610-MELOXICAM GENFAR INST. 15 M
G/1.5 ML CAJA X 5 UNDS
10,005 0 3 0 6,003
132613-PIROXICAM GENFAR INST GEL 0
.5 % CAJA 40 G
5,887 2 0 0 11,774

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 655,857
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 655,857
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

43

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	512,037	0
EXENTAS:	143,820	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 39400162-domiclio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE BERRIO RUBIELA LEON
CC 39400162
CL 25A S # 58BB - 11 CABAÑITAS BE
LLO - 401
TELEFONO: 5794686
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: Rubiela León
39400162

CUFE: c66aaa5384e40da16e9ac479276c
eccfa1423b17999575695ca96616d33c48
681048fb92b4fea026d9b78549ccb3899e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rubiela Acoín _____ identificado con cédula número 39400162, 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 Rubiela Acoín _____

FECHA 9-11-2024 _____

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 39400162

Beneficiario
RUBIELA LEON DE BERRIO
No. Carné 71725389 - A

Fecha **08 NOVIEMBRE 2024**

AMLODIPINO 10MG CJX30TAB (AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS EN LA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
DEXAPRON 20MG CJ20TAB (ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
MICARDIS 80MG CJX28TAB (TELMISARTAN 80MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP (INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB (QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS EN LA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
EUTIROX® 112 MCG. CAJA POR 30 TABLETAS (LEVOTIROXINA SODIO 112MCG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	90 TAB	NOVENTA
EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS (LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, JUNTO CON LA DE 112	90 TAB	NOVENTA
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN (ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) SOLO POR DOLOR MUY FUERTE	90 TAB	NOVENTA
ATORVASTATINA 10MG CJX10TAB (ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS EN LA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
DEXAMETASONA FOSFATO SODICO 8MG Solución (DEXAMETASONA 8MG/2mL SHN CJX1AMP)	INTRAMUSCULAR: APLICAR IM DOSIS ÚNICA	01 AMP	UNA
ETORICOXIB 120 MG CJX7TAB (ETORICOXIB 120MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM CON EL ESTÓMAGO LLENO por SIETE DÍAS	07 TAB	SIETE
MELOXICAM 15MG/1.5ML Solución Inyectable (MELOXICAM MK 15 MG CJX3AMP)	INTRAMUSCULAR: APLICAR UNA CADA TRES DÍAS POR 10 DÍAS	03 AMP	TRES
PIROXICAM 0.5% GEL CJXTUB40G (PIROXICAM)	TÓPICA: APLICAR EN ÁREAS AFECTADAS DE LA ESPALDA, DOS A TRES VECES AL DÍA	02 TBO	DOS
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DEL 02FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Rubiela León
39400162
3052201467

47

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333829
29
FECHA: 14-11-2024 14:50
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2057620
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
37,650 0 90 0 22,590
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
84,112 3 0 0 252,336
132062-ROSUVASTATINA GENFAR INST.
TABLETAS 10 MG CAJA X 14 UNDS
2,534 6 0 0 15,204

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 290,130
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 290,130
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 290,130 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43004753-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VASQUES GALVIS LUZ MARINA
CC 43004753
CL 27 # 58 - 94 CS P1 SECTOR CAB
AÑAS
TELEFONO: 5974428
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: Jhon Alexander Cano V.

CUFE: 474ecaba930b82f1f4841369b73
e6044474e6afff34cab158bd002d2bb6cb
51a92e6bbaaa97efbd279a0cc6f0c8ed69

49

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jhon Alexander Cano identificado con cédula número 1152698490, 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 14/11/2024

30

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 43004753

Beneficiario
LUZ MARINA VASQUES GALVIS
No. Carné 70048397 - C

Fecha **13 NOVIEMBRE 2024**

AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB (AMLODIPINO BESILATO 5G)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB (ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	90 TAB	NOVENTA
ROSUVASTATINA 10mg TNR CJX30 TNR (ROSUVASTATINA CALCICA)	VIA ORAL: TOMAR 1 CADA 24 HORAS POR LA NOCHE A LAS 7 PM	90 TAB	NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR REFORMULACIÓN COMPLETA A PARTIR DEL 05FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Jhon Alexander Cano

54

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333829
31
FECHA: 14-11-2024 14:58
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2057622
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

203240-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 8
50 MG CAJA X 30 UNDS
68,610 9 0 0 617,490
117600-EXFORGE INST.(RG) COMPRIMID
OS 5/160 MG CAJA X 28 UNDS
52,057 3 0 0 156,171
115500-STAFEN INST. CAPSULAS 135MG
/20MG CAJA X 30 UNDS
227,400 3 0 0 682,200
117601-EXELON INST. (RG) PARCHES 9
MG/5CM CAJA X 30 UNDS
180,397 3 0 0 541,191
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
7,250 2 0 0 14,500
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
14,400 1 0 0 14,400
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
37,428 10 0 0 374,280
004070-ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON) I
NST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
17,836 3 0 0 53,508

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 2,453,740
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,453,740
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,453,740 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8423804-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BERRIO ARENAS JESUS ANIBAL
CC 8423804
CL 25A # 58BB - 11 5794686
TELEFONO: 5706406
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:

53

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 _____



LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI. GENERAL

DATOS DEL MEDICO

54

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

Beneficiario **JESUS ANIBAL BERRIO** **Cédula 8423804**

No. Carné 71725389 **Fecha 14 11 2024**

R/.		Cantidad
METFORMINA 850 MGR TABLETA (GLUCOPHAGE).	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO , ALMUERZOY COMIDA	270 DOSCIENTOS SETENTA
VALSARTAN 160/ AMLODIPINO 5 MGR TABLETA (EXFORGE)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DESPUES DE LA COMIDA	84 OCHENTA Y CUATRO
ROSUVASTATINA 10/FENOFIBRATO 135 TABLETA (STAFEN)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
RIVASTIGMINA 9 MGR PARCHAS(EXELIB)	COLOCAR TRANSDERMICO CADA DIA	90 NOVENTA
LEVOTIROXINA 50 UGR (EUTIROX)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABELTA EN AYUNAS DE LUNEA VIERNES	100 CIEN
LEVOTIROXINA 75 MCG(EUTIROX)	VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA EN AYUNA S SABADO Y DOMINGO	50 CINCUENTA
ALGINATO DE SODIO/BICARBONATO D3E SODIO(CARBONATO DE CALCIO SOBRE (GAVISCON DOBLE ACCION SOBRE)	VIA ORAL, TOMAR 1 SOBRE , 3 VECES AL DIA	120 CIENTO VEINTE
ESCITALOPRAM 10 MGR TABLETA	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO	90 NOVENTA
PARA 3 MESES		

Julia JL

Firma y Sello del Médico

Jesus Anibal Berrio
8423804

55

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333832
67
FECHA: 15-11-2024 14:48
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2057958
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

405379-ADVIL MAX INST. 400 MG CAJA
X 10 UNDS
14,040 1 0 0 14,040
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG
CAJA X 200 UNDS
147 600 0 40 0 29,520
155060-PANOTIL GOTAS CAJA 8 ML
22,973 1 0 0 22,973

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 66,533
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 66,533
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 66,533 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21632175-domiciio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO FANNY
CC 21632175
CR 64 # 96A - 318
TELEFONO: 3058120746
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 Fanny Jllolf
21'632.175
OBS:

CUFE: 4c411d88e89d487be1d7d284973f
bbce87e7e02d94d245d07783365bad2db3
2fc861142430936d958b4a53e6aa5751af

29 Nov 24

57

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fanny R. Jaramillo M identificado con cédula número 21632.175, 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 Fanny Jaramillo M

FECHA 15-11-2024

58

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 21632175

Beneficiario
FANNY ROCIO JARAMILLO MESA
No. Carné 8284953 - C

Fecha 15 NOVIEMBRE 2024

IBUPROFENO 400MG CJX10CAP (ADVIL MAX 400MG Cápsula Líquida)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR CINCO DÍAS	10 CAP	DIEZ
DOLEX SIMPLE 500MG CJX10TAB (ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS POR TRES DÍAS Y CONTINUAR UNA CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS	40 TAB	CUARENTA
PANOTIL B 8000UI-40MG SOL OT FCOX8ML (POLIMIXINA B Sulf10000UIML NEOMICINA Sulf)	ÓTICA: APLICAR DOS GOTAS EN CADA OIDO TRES VECES AL DÍA POR DOS SEMANAS	01 FCO	UNO

FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Fanny Mod
21'632.175

59

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333832
68
FECHA: 15-11-2024 14:51
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2057959
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 3 30 0 287,640
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
37,428 10 0 0 374,280
662021-LYRICA INST.(RG) (PREGABALI
NA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
16,672 3 0 0 50,016
116800-SYSTANE INST. GOTAS OFTALMI
CAS CAJA 15 ML
50,559 2 0 0 101,118

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 813,054
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 813,054
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 525,414 0
EXENTAS: 287,640 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32510778-domiclio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE LEON DE ALZATE MARTA
CC 32510778
CL 26 # 43 - 59 AP 312 TR 10 U.
MADERA FINA
TELEFONO: 3207734917
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: 8'280145

61

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jaime Evelio Alzate S. identificado con cédula número 8280145, 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 15/04/04/2024

62

3e262bacad3102719926a5e1cec9394f71
6f5582ed21e3d5e12baaa448c071e4de7c

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

Beneficiario	**CC 32510778**	
	14 11 2024	
MARTHA LUCIA DE LEON D E ALZATE		

ACETAMINOFEN 500/CAFEINA 65 TABELTAS (DOLEX FORTE A9	**VIA ORAL ,TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE**	**180 CIENTO OCHENTA**
ALGINATO D E SODIO/ BICARBONATO D E SODIO/BICARBONATO DE CALCIO SOBRES (GAVISCON)	**VIA ORAL TOMAR 1 SOBRE EN AYUNA S Y EN LA NOCHE SI HAY SINTOMAS**	**120 CIENTO VEINTE**
PREGABALINA 25 MGR CAPSULA (LIRYCA)	**VIA ORAL , TOMAR 1 EN LA NOCHE**	**90 NOVENTA**
POLIETILENGLICOL 0+PROPILENGLICOL (0.4+0.3)% Solución Oftálmica(SYSTANE ULTRA)	**APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO 3 VECES AL DIA**	**2 DOS**
	PARA 2 MESES	

FIRMA Y SELLO MÉDICO

cc 80280445

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333832
72
FECHA: 15-11-2024 14:58
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2057963
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0180 0 12,420
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
14,400 1 0 0 14,400
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 3 0 0 44,190
115000-ANORO ELLIPTA INST. (RG) IN
HALADOR 62,5 MCG/25 MCG CAJA 30 DOSI
187,498 3 0 0 562,494
682043-HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR IN
ST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
10,500 0 90 0 3,150
086272-GENOPRAZOL CAP OMEPRAZOL (R
G) 20 MG CAJA X 14 UNDS
13,563 6 0 0 81,378
991105-CREMA SICUIDA CREMA POTE 50
0 G
50,569 1 0 0 50,569
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL)
INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
14,713 2 0 0 29,426
115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA)
JARABE 20 MG CAJA 70 ML
5,475 6 0 0 32,850

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 830,877
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 830,877
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 42,495 8,074
EXCLUIDAS: 780,308 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32305173-domiclio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BEDOYA DE GOMEZ NORA LUZ
CC 32305173
CL 113A # 64C - 2 BOYACA LAS BRI
SAS CASA 3 PISO

65

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: Nora Lucia Gmez 43672377

CUFE: 0baf55ddf73910cb69f7b4c4528c
77a85f6a4919cce01267d090abbd664db3
483c77768b0531a9d92516b5793319b11c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nora Lucia Gómez identificado con cédula número 43672377, 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 15-11-2024

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

Beneficiario **CC . 32305173**
NORA LUZ BEDOYA A

Fecha 14 11 2024

LUGAR:MEDELLIN

OSARTAN 50 MG MK TABLETA	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO Y EN LA NOCHE	180 CIENTO OCHENTA
LEVOTIROXINA 75 UGR TABLETA (EUTIROX)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE EN AYUNAS	50 CINCUENTA
ATORVASTATINA 20 TABLETA MK	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
VILANTEROL/UMECLIDONIO 62.5/25 (AÑORO)	HACER 1 PUFF DIARIAMENTE	3 TRES
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MGR TABLETA MK	VIA ORAL TOMAR 1 DESPUES DEL DESAYUNO	90 NOVENTA
OMEPRAZOL CAPSULA 20 MGR (GENOPRAZOL)	VIA ORAL ,TOMAR 1 EN AYUNAS	90 NOVENTA
SICCUIDA crema500 GR	APLICAR 2 VECES AL DIA	
SALBUTAMOL INHALADOR	HACER 2 PUFF A NECESIDAD	2 DOS
FLUXETINA SUSPENSION 20 MGR /5 ML (MOLTOBEN)	VIA ORAL , TOMAR 5 CENTIMETROS DESPUES DEL DESAYUNO	6 SEIS
	PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

Nora Lucia Gomez Bedoya
CC 43672077

67

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333832
77
FECHA: 15-11-2024 15:03
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2057968
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 3 0 0 467,208
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
7,250 2 0 0 14,500
132003-LATANOX INST. LATANOPR (RG)
CF SOLUCION OFTALMICA 0.05 MG/ML FRJ
41,343 3 0 0 124,029
286108-SOLOR ULTRA LUMINATE N/S SP
F 50 CAJA 100 G
101,032 1 0 0 101,032

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 706,769
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 706,769
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 84,901 16,131
EXCLUIDAS: 605,737 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21302675-domcilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MOLINA GRISALES MARIA DE LA LUZ
CC 21302675
AV 46A # 67 - 8 NIQUIA APTO---20
2
TELEFONO: 4819314
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

VR: CAROLINA O
OBS: 1020413312

Fecha: 17/11/2024
Hora: 8:31 a. m.
Pag: 2 de 5

69

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo CAROLINA O identificado con cédula número 1020413312, 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 18/Nov/24

70

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

Beneficiario MARIA DE LA LUZ MOLINA **Cédula** 21302675

No. Carné _____ **Fecha** 14 11 2024

R/.		Cantidad
ROSUVASTATINA 20 MGRTABELTA MK	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA CADA NOCHE	90 NOVENTA
LEVOTIROXINA 50 UGR (EUTIROX)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN AYUNAS DE LUNES A VIERNES. Y SABADO Y DOMINGO 2 TABLETAS	100 CIEN
LATANOPROST OFTALMICO(LATANOX 0.005% GOTAS)	APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO EN LA NOCHE	3 TRES
PROTECTOR SOLAR(SOLOR ULTRALUMINATE)	APLICAR EN LA MAÑANA YA AMEDIODIA EN AREAS EXPUESTAS	1 UNO
	PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

1020413312

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333841
93
FECHA: 18-11-2024 10:35
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2058892
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132212-FLUCONAZOL GENFAR INST. CAP
SULAS 200 MG CAJA X 4 UNDS
2,128 1 0 0 2,128
213188-CLINDAMICINA CLOTRIMAZOL MK
OVULOS CAJA X 3 UND
65,554 1 0 0 65,554
155047-MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJ
A X 1 UND
18,741 1 0 0 18,741

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 86,423
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 86,423
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 86,423 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21863867-domiclio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO MONSALVE HILDA MARIA
CC 21863867
DG 56 # 43 - 131 NIQUIA VIEJO
TELEFONO: 4827365
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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Daniel Gomez Mazo identificado con cédula número 1020420175, 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 Daniel Gomez Mazo

FECHA 18 de noviembre.

Daniel Gomez Mazo
1020420175

CUFE: 3795e945b7f277b3b008b7ce6562
9db7590d6de74c2899d256779653406c9d4
2bebc1f0fb56138f8189ebb9df29fc574b

74

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

Nombre
HILDA MAZO MONSALVE

Cedula : 21863867

Fecha **18** **11** **2024**

R/		**Cantidad**
FLUCONAZOL 200 MGR TABLETA	VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA CAD A 8 DIAS DESPUES D EL ALMUERZO	4 CUATRO
CLOTRIMAZOL/CONDAMICIN A OVULOS 100/200 MK	COLOCA R INTARAVAGINAL EN LA NOCHE POR 3 DIA S	3 TRES
FOSFOMICINA 3 GR SOBRE (MOINURIL)	VIA ORAL , TOMA R 30 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO EN AGUA Y NO ELIN¡MINAR DURANTE 1 HORA	1 UNO

Firma y Sello del Médico

Daniel Gomez Mazo
1020467475

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333845
47
FECHA: 19-11-2024 11:04
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2059248
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115135-MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG
) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
16,308 1 0 0 16,308
117307-WINADEINE F ACETA+CODE. IN
ST. TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 30 UNI
8,070 3 0 0 24,210

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 40,518
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 40,518
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 40,518 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32016291-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RUIZ RAMIREZ ROSALBA
CC 32016291
CL 26 # 58DD - 129 BARRIO NUEVO
TELEFONO: 8011118
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: Rosalba Ruiz
32016291

CUFE: d2bdf8aee219a032370c61145bd4
99278b7daf734281f312b877451409754e
5a20d1675e79f6e69786d0359b7b64ffb2

97

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo F Rosalba Ruiz identificado con cédula número 32016291, 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 Ruiz

FECHA 19 - XI 2024

78

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 32016291

Beneficiario
ROSALBA RUIZ DE VELASQUEZ
No. Carné 70119124-C

Fecha **18 NOVIEMBRE 2024**

MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR (MIRTAZAPINA 30 MG Comprimido)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR DOS MESES. ENTREGA1 DE 2. PENDIENTE UNA	30 TAB	TREINTA
ACETAMINOFEN/CODEIN 325/30MG CJX30TNR (ACETAMINOFEN COMP 325MGCODEINA FOSFATO)	VIA ORAL: TOMAR CADA 8 HORAS POR DOS MESES. ENTREGA1 DE 2. PENDIENTE UNA	90 TAB	NOVENTA
FORMULA PARA UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS. SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DEL 18DIC2024 CON LA FÓRMULA COMPLETA HABITUAL		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Rosalba Ruiz
32016291

79

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333846
21
FECHA: 19-11-2024 14:32
VENDEDOR: DIEGO ALEXANDER CUBILLOS
SECUENCIA: 2059322
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

041072-BUSCAPINA GRAGEAS 10 MG CAJ
A X 20 UNDS
29,240 1 10 0 43,860

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 43,860
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 43,860
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 43,860 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21970657-11
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
YEPES ELIANA
CC 21970657
DG 52 # 42 - 157 AP.2204ED GALEZ
NIQUIA
TELEFONO: 3206842761
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: 102 Eliana Yepes cc. 21.970657

CUFE: cbad0e6516c0dae18a796b4b30ea
1c30b73d25f853fcdbff9d634179eea4d3
f860bec398be930439fee5fd0a3bf113ad

81

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Eliana Yepes A identificado con cédula número 21.970.657, 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 Eliana Yepes A.

FECHA 20-11-2024

82

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

Beneficiario **CC 21970657**

ELIANA YEPES ARENAS

LUGAR: MEDELLIN **19 11 2024**

BROMURO D E HIOSCINA TABLETA 10 MGR (BUSCAPINA SIMPLE)	**VI AORAL TOMAR 3 AL DÍA EN CASO D E DOLRO**	**30 TREINTA**
TRANSCRIPCIOND E ATENCIÓN POR URGENCIAS		

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Luz Eliana Yepes A.
CC. 21.970.657

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333846
23
FECHA: 19-11-2024 14:36
VENDEDOR: DIEGO ALEXANDER CUBILLOS
SECUENCIA: 2059324
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALU
RON RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
75,080 3 0 0 225,240

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 225,240
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 225,240
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 225,240 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32309153-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LLANO DE TEJADA OLGA AMPARO
CC 32309153
AV 40 # 51 - 110 APTO 1410 TORRE
3 NIQUIA NUEVO MILENIO
TELEFONO: 2943834
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:

CUFE: 7b2cf3612a244663653d6fdef292
15efe6a02850577ce0d3f68eac0b7fd134
cec35e6285aa02d2945a5b45d613e81bcf

85

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Olga Amparo Llano identificado con cédula número 32309153, 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 Olga Amparo Llano

FECHA NOV. 20 de 2024

Olga Amparo Llano
32309153

86

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

Beneficiario **CC 32309153**

19 11 2024

OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA

HIALURONATO SODICO GOTAS OFTALMICAS (LAGRICEL OFTENO	APLCIA R 1 GOTA EN CADA 0JO 6 VECES A L DIA	**3 TRES CAJAS**
	PARA 3 MESES	

Gloria JL

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Gloria JL

Olga Amparo Llano

32309153

87

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333846
27
FECHA: 19-11-2024 14:40
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2059328
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683044-AZITROMICINA MK INST. 500 M
G CAJA X 3 UNDS
7,791 1 0 0 7,791
364614-CLORFENIRAMINA ECAR INST. T
ABLETAS 4 MG CAJA X 500 UNDS
20,500 0 30 0 1,230
121062-ETORICOXIB GENFAR TABLETAS
120 MG CAJA X 7 UNDS
33,810 1 0 0 33,810

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 42,831
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 42,831
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 42,831 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8423804-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BERRIO ARENAS JESUS ANIBAL
CC 8423804
CL 25A # 58BB - 11 5794686
TELEFONO: 5706406
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: Robiela Leon
39 400 162

CUFE: d3dd48ce99586165857f8e28028c
7f97c28540f05e4f96b9c4c18919fae409
5549e11a6b4c00c33a97ae2773c79323f0

89

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rubiela León identificado con cédula número 39 400 162, 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 Rubiela León

FECHA 20- 2024-

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
JESUS ANIBAL BERRIO
No. Carné
71725389

Cédula 8423804

Fecha 19 11 2024

R/.		Cantidad
AZITOMICINA 500 MGR TABLETA MK	VIA ORAL , TOAMR 1 DESPUES DEL ALMUERZO POR 3 DIAS	3 TRES
CLORFENIRAMINA 4 MGR TABELTA	VIA ORAL , TOMAR 1 TABEWLTA EN LA NOCHE POR 1 MES	30 TREINTA
ETORICOXIB 120 MGR TABELTA MK	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO POR 7 DIAS	7 SIETE

Firma y Sello del Médico

Rubiela León

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333846
30
FECHA: 19-11-2024 14:45
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2059331
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100279-VIREX INST. (ACICLOVIR) TAB
LETAS 400 MG CAJA X 35 UNDS
44,415 1 0 0 44,415
051047-VIREX UNGUENTO CAJA 30 G
66,479 1 0 0 66,479
240119-VICITRA Z CAPSOLAS 500/5 MG
CAJA X 30 UNDS
38,527 1 0 0 38,527
355124-UROXACIN COMPRIMIDOS 200 MG
CAJA X 7 UNDS
81,318 1 0 0 81,318
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS
BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
24,020 1 0 0 24,020

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 254,759
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 254,759
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 32,376 6,151
EXCLUIDAS: 216,232 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1006868818-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE LA ROSA DAVID LUISA FERNANDA
CC 1006868818
CL 57 # 69 - 27 RINCON DEL BOSQU
E APT 762 TO 3
TELEFONO: 3023736569
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

93

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo José A. De La Rosa Navid identificado con cédula número 1123636857, 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 20/11/2024

CUFE: 30d093918a0cbd404c017d26583
768e031dc2c1261a3ae886fc5192c2bdd8e
35f3a4c0a0a2eb2849bd3e0daf6fc73b56

94

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 1006868818

Beneficiario
LUISA FERNANDA DE LA ROSA DAVID

No. Carné: 18001179-C

Fecha **19 NOVIEMBRE 2024**

ACICLOVIR 400mg TAB (ACICLOVIR)	VIA ORAL: TOMAR CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS (6 AM – 2PM- 10 PM) CON ESTÓMAGO LLENO	30 TAB	TREINTA
ACICLOVIR 5% CREMA TÓPICA TUBO X 20 GR (ACICLOVIR 5%)	TÓPICO: APLICAR TRES A CUATRO VECES AL DÍA EN ZONA AFECTADA	02 TBO	DOS
VICITRA 500MG CJX30CDR (VITAMINA C 500MG Cápsula de cubierta dura)	VIA ORAL: TOMAR 1 CADA 12 HORAS (7 AM – 7 PM) POR 10 DÍAS	20 CAP	VEINTE
UROXACIN 200MG CJX7 CR Comprimido Recubierto (FENAZOPIRIDINA 200MG CJX7COM)	VIA ORAL: UNA CADA 24 HORAS A LAS 8 AM POR SIETE DÍAS	07 TAB	SIETE
ACETAMINOFEN 500MG CAPSULA (ENTREGAR ACTIV GEL)	VIA ORAL: TOMAR 1 C/24 HORAS POR DOLOR	10 CAP	DIEZ
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333857
91
FECHA: 23-11-2024 08:56
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2060492
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116800-SYSTANE INST: GOTAS OFTALMI
CAS CAJA 15 ML
50,559 2 0 0 101,118
967022-SLINDA TABLETAS 4 MG CAJA X
28 UNDS
48,400 3 0 0 145,200
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,925 0 90 0 50,378
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
38,500 1 0 0 38,500
683159-DESONIDA MEGALABS INST. CRE
MA 0.05 % CAJA 15 G
5,750 1 0 0 5,750
662766-TERRAMICINA INST. UNGUENTO
OFTALMICO CAJA 10 G
10,714 1 0 0 10,714

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 351,660
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 351,660
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 351,660 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43593007-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ RESTREPO ANATILDE
CC 43593007
CR 64A # 96A - 314 BLOQUE 90 APA
RT 225
TELEFONO: 3052752123
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio

97

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Janeth Arango E identificado con cédula número 21424648, 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 Arango E.

FECHA 23-11-24

Sandra Arango E.
21.424.648

CUFE: 55833a4f7e5bc15925 7ede141a49
be8d76a1d5f327 1a5d1f3d01e053384059
36bb766ce1e3561130ef5445d2450fc51c

OBS:

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
factura cadena, NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:

98

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

Beneficiario **CC 43593007**

ANATILDE SANCHEZ RESTREPO **22 11 2024**

LUGAR: MEDELLIN

POLIETILENGLICOL/PROPILENGLICOL OFTALMICO GOTAS SYSTANE)	**APLICAR 4 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS**	**2 DOS**
DROSPIRENONA 4MG TABLETA(SLINDA)	**VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE**	**3 TRES CAJAS**
QUETIAPINA 25 MGR TABLETA	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA EN LA NOCHE**	**90 NOVENTA**
MELATONINA 3 MGR (MELATONIN)	**VIA ORAL , TOMAR CON LA QUETIAPINA**	**90 NOVENTA**
DESONIA O.05 % CREMA	**APLCIAR EN LA NOCHE EN BORDE D E PARPADOS Y PABELLONES AURICULARES POR 1 SEMANA**	**1 UNO**
TERRAMICINA UNGÜENTO OFTALMICO	**APLICAR EN AMBOS OJOS PARTE INTERNA DE PARPADOS INDERIORES POR 15 DIAS**	**1 UNO**
	PARA 3 MESES	

Sandra Arango E.
21.424.648

99

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E333 1 A: E333 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333857
93
FECHA: 23-11-2024 09:01
VENDEDOR: SANDRA MILENA BOLIVAR JAR
SECUENCIA: 2060494
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117600-EXFORGE INST.(RG) COMPRIMID
OS 5/160 MG CAJA X 28 UNDS
52,057 2 0 0 104,114
100278-COLMIBE EZETIM+ATORVA RG IN
ST. TABLETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS
154,554 2 0 0 309,108
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
16,424 2 0 0 32,846
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 60 UN
DS
33,120 1 0 0 33,120
682043-HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR IN
ST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
10,500 0 60 0 2,100
139088-CALTRATE PLUS TABLETAS 600
MG CAJA X 60 UNDS
64,680 1 0 0 64,680
348216-FORTEO (CF) INST. X 1 (RG)
VIAL 250 MCG CAJA 2.4 ML

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL 3,118,554
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO CREDITO 3,118,554
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 3,118,554 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 22075128-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
AYALA DE RUA ANA LIGIA
CC 22075128
AV 37B # 66 - 31 CS P-2 NIQUIA Q
UITASOL
TELEFONO: 4976099

401

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carlos Mejía identificado con cédula número 71.679.919, 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 23.11.24

71.679.919

Carlos Mejía

5d4a1a827fc92170172f43bce42430bce
5734338cd7d2a981b4742d9c19803f80e
CUFE: 436ad9e2eedd469fb3dda21291d

OBS:

MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD
BUENO ARIZA WENDY LAURA

DATOS DEL MEDICO

efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

1021

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 22075128

Beneficiario
ANA LIGIA AYALA DE RÚA
No. Carné 42877585-A

Fecha 22 NOVIEMBRE 2024

EXFORGE 5MG/160MG CJX28COMP (VALSARTAN 160MG AMLODIPINO BESILATO 5MG)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	56 TAB	CINCUENTA Y SEIS
EZETIMIB/ATORVAST 10MG/20MG CJX30TAB (ATORVASTATINA 20MGEZETIMIBE 10MG)	VIA ORAL: TOMAR CADA NOCHE	60 TAB	SESENTA
FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML (CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO)	OFTÁLMICO: UNA GOTA EN CADA OJO, TRES VECES AL DÍA	02 FCOS	DOS
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP (VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	60 CAP	SESENTA
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB (HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	60 TAB	SESENTA
CALTRATE PLUS M FCOX30TAB (CALCIOCARBONATO 600MG VITAMINA D3)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	60 TAB	SESENTA
FORTEO 250MCG/ML SHI CJX1PEN (TERIPARATIDA 250µGML Solución)	SUBCUTÁNEA: APLICAR 20 MICROGRAMOS SUBCUTANEOS CADA DÍA POR SEIS MESES. PENDIENTE DOS ENTREGAS (2 JERINGAS)	02 PEN	DOS
FORMULA PARA DOS MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN ENDOCRINOLOGÍA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Carlos Mejia
71.679.917

103

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317637
66
FECHA: 01-11-2024 14:46
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1389881
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

347004-RELVAR ELLIPTA (RG) POLVO P
ARA INHALACION 100/25 MCG CAJA 30 DOSIS
107,100 1 0 0 107,100
600229-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 5
00 MG CAJA X 30 UNDS
63,720 2 0 0 127,440
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
39,300 1 0 0 39,300
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
58,064 1 0 0 58,064

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 331,904
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 331,904
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 331,904 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21996399-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PINEDA DE PARRA MARIA DOLORES
CC 21996399
CR 62 # 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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDICO GENERAL

105

OBS:

CUFE: 9f5ab3ddc7e006dd6e47cecea3af
b9fcc3d09ee23c55501a95a331a4baec76
89da253ad8db73eff7adf23782a1d5580d

Doc Name
CE 42965941

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Doris Parra P. identificado con cédula número 42965744, 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 1-11-2024

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

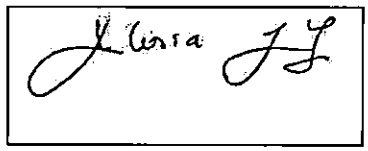
Beneficiario **C.C 21996399**
MARIA DOLORES PINEDA DE P.

LUGAR: MEDELLIN **Fecha 01 11 2024**

	Cantidad
FUROATO DE FLUTICASONA MICRONI 100µGVILANTEROL(RELVA R ELLIPTA 100/25mcg POI INHX30DOS **HACER 1 PUFF DIARIAMENTE**	**1 UNO**
METFORMIINA 500 MGR TABLETA (GLUCOPHAGE) VIA ORAL TOMAR 1 TABELTA DESPUE S DEL DESAYUNO Y DEL ALMUERZO	**60 SESENTA**
LEVOTIROXINA 25 MCGR TABELTA (EUTIROX) VIA ORAL TOMAR 1 EN AYUNA S D E LUNES A VIERNES	**50 CINCUENTA**
COLECALCIFEROL 2000UI CAPSULA (FARMA D) VIA ORAL , TOMAR 1 CAPSULA DIARIAMENTE POR 6 MESE S , PRIMERA ENTREGA	**30 TREINTA**
PARA 1 MES	

Firma y Sello del Médico

CC 42965.941



DIS..IBUIDL.A PASTEUR
&.0941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317638
42
FECHA: 01-11-2024 19:01
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1389957
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

225105-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 3 0 0 165,780
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
29,820 3 0 0 89,460
118600-HIALTEARS INST. GOTAS OFTAL
MICAS 0.4 % FRASCO 15 ML
71,169 1 0 0 71,169
138037-BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 2
5 MG CAJA X 30 UNDS
9,262 3 0 0 27,786
100218-ENTEROGERMINA INST. AMPOLLA
S BEBIBLES CAJA X 10 UNDS
77,330 2 0 0 154,660
137175-ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBI
BLES CAJA X 10 UNDS
77,330 1 0 0 77,330
253743-SPIRIVA RESPIMAT (RG) 2.5MC
G INHALADOR 4 ML
107,313 3 0 0 321,939
683019-ALENDRONATO MK INST. TABLET
AS 70 MG CAJA X 4 UNDS
3,336 3 0 0 10,008
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0 90 0 6,210
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 100
0 MCG AMPOLLA 1 CC
1,314 3 0 0 3,942
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 11 4 0 212,220
115110-PREGABALINA MK INST. (RG)
TABLETAS 75 MG CAJA X 14 UNDS
23,341 6 0 0 140,046
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100
MCG CAJA X 50 UNDS
9,714 2 0 0 19,428

413

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,299,978
---------[FORMAS DE PAGO]---------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,299,978
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,299,978 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 2204300[illegible]-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA DE PAREJA CLAUDINA ROSA
CC 22043001
CL 23 # 70B - 7 INT 301 BR B. S
AN BERNARDO
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:

CUFE: 8f390040971f0881ffd4b219fc0e
f3a3aa1cb50a69a2b8af2bcedb1ccf2c13
f983338ce4b2ccdbe9e11745ae619350a4

1r. 307.421

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317641
93
FECHA: 02-11-2024 17:04
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1390311
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

119100-LIDOPROCTO INST. SUPOSITORI
OS 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: 22043001-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA DE PAREJA CLAUDINA ROSA
CC 22043001
CL 23 # 70B - 7 INT 301 BR B. S
AN BERNARDO
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:

CUFE: b9a291e281aa9d55131c6bbdf83b
dd279a452de633cb81fa3a9b5c777e6cbf
445191662c9eebfdbed3384713671b027d

415

Sandy Hook
18-307421

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663 1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 32-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 03-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FAC . ELECTRONICA DE VENTA: E317650
33
FECHA: 05-11-2024 13:10
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PLENTE
SECUENCIA: 1391180
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
--- - - ------- -- --- -
115148-AMLODIPINO MK INS . TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
37,650 0 90 0 22,590

------ [TOTAL DE FACTURA]--------
TOTAL: 22,590
--- --- -[FORMAS DE PAGO]-------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 22,590
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 22,590 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 22043001-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MESA DE PAREJA CLAUDINA ROSA
CC 22043001
CL 73 # 70B - 7 INT 301 BR B. S
AN ANARDO
TELEFONO: 3206975653
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
MED. GENERAL
-- -- --- -- -- - -

OBS:

CUFE: [illegible]
91612689260d18bde0bc47aa160aecb2e8
ee20fde606d3fddaae03001d21a6d49d33

Am. J. Physiol
1907 421

V18

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo DARIO PALEFA UPEGA identificado con cédula número 15.307.421, 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 05.11.2024

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

Beneficiario **CLAUDINA ROSA MESA** **Cédula 22043001**

No. Carné **Fecha 01 11 2024**

R/.	Cantidad
ESOMEPRAZOL TABLETAS 20 MG VIA ORAL 1 EN AYUNA S	**90 NOVENTA**
CARBONATO D E CALCIO/VITAMINA D 1500/2000U TABLETA(CITRAGEL) VIA ORAL 1 DIARIAMENTE	**90 NOVENTA**
HIALURONATO AL 0.4% OFTALMICO(HIALTEARS) 1 GOTA 2 VECES AL DIA	**1 UNO**
METOPROLOL SUCCINATO 25 MGR TABLETA (BETALOC ZOK) **VIA ORAL TOMAR 1 DIARIAMENTE**	**90 NOVENTA**
BACILUS CLAUSSI AMPOLLA BEBIBLE(ENTEROGERMINA VIA ORAL TOMAR 1 CADA 72 HORAS	**30 TREINTA**
TIOTROPIO BROMURO (SPIRIVA RESPIMAT2.5MCG AES FCOX30DOSIS) **HACER 1 PUF F DIARIAMENTE**	**3 TRES**
ALENDRONATO 70 MGR MK TABLETA	**12 DOCE**
AMLODIPINO 5 MGR TABLETA (AMDIPIN) **VIA ORAL 1 DIARIA**	**90 NOVENTA**
LOSARTAN 50 MGR MK TABLETA GEN FAR **VIA ORAL , 1 DIARIAMENTE**	**90 NOVENTA**
LEVOTIROXINA 100 MCGR TABLTA (ELTROXIN O EUTIROX) **VIA ORAL 1 EN AYUNA S DIARIAMENTE** **APLCIUAR EN CADERA INTRAMMUSCUALR DIARIAMENTE**	**100 CIEN**
CIANOCOBALAMINA AMPOLLA 1 ML	**3 TRES**
LIDOCAINA/HIDROCORTISON A SUPOSITORIO (LIDOPROCTO) APLICAR NO MAS DE 7 SIETE	**20 VEINTE**

12

DIAS AL MES	
ACETAMINOFEN 500 (DOLEX AVANZADO) **VIA ORAL PARA 2 MAL DIA**	**180 CIENTO OCHENTA**
PREGABALINA 75 MGR CAPSULA MK VIA ORAL , 1 EN LA NOCHE	**90 NOVENTA**
PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

18.367.421
311 761 7198

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317650
31
FECHA: 05-11-2024 13:02
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1391178
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 3 0 0 44,190

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 44,190
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 44,190
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 44,190 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43027684-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSPINA MESA CLAUDIA MARIA
CC 43027684
CR 78A # 48 - 71 LA FLORESTA --
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 ART A WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 0063e835e63432e62914251fc9a2
bb297b23e09f8991b1ce2518eea4766430
3fa53751b30ed2342876bb6efac0f86313

125

Maria Polo
1193485735
3001371677

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Polo identificado con cédula número 1193485735, 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 María Polo

FECHA 05-11-24

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

Beneficiario
CLAUDIA MARIA OSPINA MESA
No. Carné 70122234 - E

Cédula 43027684

Fecha **05 NOVIEMBRE 2024**

ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB (ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta)	**VIA ORAL: TOMAR C/24 HORAS EN LA NOCHE**	**90 TAB**	**NOVENTA**
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DEL 25ENE2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Mariafelo
1193485785
3001371677

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 52-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317650
43
FECHA: 05-11-2024 13:55
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1391191
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

375029-AVODART (RG) CAPSULAS 0.5 M
G CAJA X 30 UNDS
65,459 2 0 0 130,918
662022-LYRICA INST.(RG) CAPSULAS 5
0 MG CAJA X 30 UNDS
33,345 2 0 0 66,690
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
37,428 5 0 0 187,140
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
38,500 1 0 0 38,500
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 2 0 0 29,460
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 2 20 0 191,760

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 644,468
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 644,468
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 452,708 0
EXENTAS: 191,760 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43466309-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IDARRAGA GIRALDO ELVIA DEL SOCORRO
CC 43466309
CL 45D # 73A - 22 AP 301 ED GUIL
LO
TELEFONO: 4111003
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

131

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:

CUFE: ecafb2ae25498e3d6583b42cb040
7c7156b95dd82e0307db12d288fe5c0afb
96847cbaec5dce90385fe6340df916a283

wi edu correa
cel 3146419676

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317659
95
FECHA: 09-11-2024 10:04
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1392176
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277474-PREPARADO MAGISTRAL
177,333 1 0 0 177,333

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL. 177,333
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 177,333
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 177,333 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43466309-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IDARRAGA GIRALDO ELVIA DEL SOCORRO
CC 43466309
CL 45D # 73A - 22 AP 301 ED GUIL
LO
TELEFONO: 4111003
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:

CUFE: 448e1ec91d579a96dc01637f64d6
d212c7bd072b819aaa60f8dc184015592d
ad2184d2fe542cf6cae92cd93fd9e9f239

133

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

Beneficiario
ELVIA DEL S. IDARRAGA GIRALDO
No. Carné 71110204

D.I. 43466309

Fecha **05 NOVIEMBRE 2024**

AVODART 0.5MG CJX30CAPS (DUTASTERIDE 0.5MG Cápsula de gelatina blanda)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	60 CAP	SESENTA
LYRICA 50 MG CJX30CAP (PREGABALINA 50MG Cápsula de cubierta dura)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE. ENTREGA 3/3 - FINAL	60 CAP	SESENTA
EGOGYM 1000 UI CJX30CAPS (DL-ALFATOCOFERIL ACETATO 1000UI Cápsula de gelatina)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS	60 CAP	SESENTA
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML (ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +)	VIA ORAL: TOMAR UN SOBRE, DESPUES DEL ALMUERZO	60 SOB	SESENTA
CLOBETASOL LACA 8% csp 10ML	TÓPICA: APLICAR SOBRE UÑAS AFECTADAS DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DERMATÓLOGA, POR TRES MESES.	01 FCO	UNO
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL (MELATONINA 3MG Cápsula blanda)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE	60 CAP	SESENTA
ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB MK (ATORVASTATINA CALCIO 20MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE	60 TAB	SESENTA
DOLEX FORTE (500+65) MG TNR CJx14Tab (ACETAMINOFEN + CAFEINA (500+65) MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR DOLOR	120 TAB	CIENTO VEINTE
FORMULA PARA DOS MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Li Edo cona
3146419677

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 32-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FAC. ELECTRONICA DE VENTA: E317650
59
FECHA: 05-11-2024 14:48
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 139120/
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 2 20 0 191,760
669823-WELLBUTRIN XL INST.(RG) TAB
LETAS 150 MG X 30 UNDS
53,545 3 0 0 175,635
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 3 0 0 467,208
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS
00 MG CAJA X 30 UNDS
42,960 3 0 0 128,880
100218-FLEXTRIL C (GLUCOSAMINA COND)
INS SOBRES NARANJA CAJA X 15 UNDS
94,725 6 0 0 568,350
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 3 0 0 165,780
404022-BENZIRIN VERDE SPRAY MENTA
SPRAY 120 ML
14,116 1 0 0 14,116

------ -[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,729,247
--- ---- -[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,729,247
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---- -[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,537,487 0
EXENTAS: 191,760 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43066280-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:

139

CC 43066280
CR 70 # 96 - 35 CASTILLA 31174
35233
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

OBS:

CUFE: 72789d2adee84fe82194596e0d2d
7c16cbc1c2873452d240b2740919e53bfd
4ada3793c456afa78365c6fa03735b330f

Gladiz Lopez
43066806
2375230

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gladiz Lopez identificado con cédula número 43 066 806, 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 Gladiz Lopez

FECHA 5-11-24

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

Nombre ***Cedula : 43066280***

GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO

LUGAR: MEDELLIN ***Fecha*** **05 011 2024**

R/		Cantidad
ACETAMINOFEN 500/CAFEINA 65 MGR TABLETA (DOLEX FORTE)	VIA ORAL, TOMAR 2 TABLETAS AL DIA	120 CIENTO VEINTE
BUPROPION XL 150 MGR CAPSULA (WELLBUTRIM)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA	90 NOVENTA
ROSUVASTATINA 20 MGR MK TABLETA	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE NO SUSPENDER	90 NOVENTA
CARBONATO DECALCIO/ VITAMINA D 400UI TABLETA (CALTRATE D)	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
GLUCOSAMINA/CONDRICTINA SOBRES	VIA ORAL TOMAR 1 SOBRE DILUIDO EN AGUA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
CARBOXIMETILCELULOSA 0.5 % OFTALMICA(FREEGEN)	APLCIAR 1 GOTA EN CADA OJO , 3 VECES AL DIA	2 DOS
ESOMEPRAZOL 20 MGR TABLETA MK	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN AYUNA S	90 NOVENTA
BENCIDAMINA (BENZIRIN VERDE SPRAY)	APLICAR EN FARINGE 3 VECES AL DIA POR 5 DIA S	1 UNO
	PARA 2 MESES	

Gloria JL

Firma y Sello del Médico

Gladis Lopez
43066806
237 5230

Gloria JL

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317650
82
FECHA: 05-11-2024 15:50
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1391230
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0120 0 8,280
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,925 0120 0 67,170
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
58,064 2 0 0 116,128
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 2 0 0 29,460
682560-ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG
CAJA X 1000 UNIDS
37,000 0 60 0 2,220
277469-RISPERDAL (RG) INST. SOLUCI
ON ORAL CAJA 30 ML
15,695 2 0 0 31,390
117601-EXELON INST. (RG) PARCHES 9
MG/5CM CAJA X 30 UNDS
180,397 2 0 0 360,794
347144-DOLEX TABLETAS 500 MG CAJA
X 200 UNDS
147,600 0120 0 88,560
116800-SYSTANE ULTRA INST. GOTAS O
FTALMICAS CAJA 10 ML
37,194 2 0 0 74,388
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 2 0 0 110,520
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
39,300 1 0 0 39,300
203064-NEUROBION TABLETAS CAJA X 3
0 UNDS
51,240 4 0 0 204,960
132613-PIROXICAM GENFAR INST GEL 0
.5 % CAJA 40 G
5,887 2 0 0 11,774
155047-MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJ

145

A X 1 UND
18,741 8 0 0 149,928
323152-PA-ALES TENA SLIP CLASICO T
ALLA L BOLSA X 9 UNDS
29,069 13 0 0 377,901
323153-PA-ALES TENA SLIP CLASICO T
ALLA L BOLSA X 21 UNDS
72,365 3 0 0 217,095

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,889,868
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,889,868
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	499,997	94,999
EXCLUIDAS:	1,294,872	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 21416343-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 LOPEZ GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: bac35caa40b31ee000b68300ba8e
f681957ef5787f77154f286b38b55b3ada
7579334550583f37308bdee24a4608565c

Claudia Vargas
3828.395
604 2509320

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Claudia Vargas identificado con cédula número 43828.399[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 Claudia Vargas

FECHA 6 noviembre 5/2024

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

Beneficiario
ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO

C.C 21416343

FECHA 05-11-2024

	Cantidad
LOSARTAN 50 MGR MK VIA ORAL , TOMAR MEDIA TABLETA EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE	**120 CIENTO VEINTE**
QUETIAPINA 25 MGR TABLETA VIA ORAL, TOMAR 2 TABLETAS AL DIA	**120 CIENTO VEINTE**
V ITAMINA D 2000UI CAPSULA(FARMA D) VIA ORAL , TOMAR 1 CAPSULA DIARIAMENTE	**60 SESENTA**
ATORVASTATINA 20 MGR MK TABLETA TOMAR 1 SOBRE DILUIDO EN AGUA EN LA NOCHE	**60 SESENTA**
ACIDO FOLICO 1 MG TABLETA VIA ORAL TOMAR 1 AL DIA	**60 ESENTA**
RISPERIDONA 1MG/1 ML(RISPERDAL 60 ML) VIA ORAL TOMAR 0,5 CENTIMETROS EN LA NOCHE	**2 DOS**
RIVASTIGMINA PARCHES 4.6 (EXELON) COLOCAR TRANSDERMICO DIARIAMENTE	**60 SESENTA**
ACETAMINOFEN 500 MGR TABLETA (DOLEX) VIA ORAL TOMAR 1 TABLETAS EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE	**120 CIENTO VEINTE**
POLIETILENGLICOL 400+PROPILENGLICOL (0.4+0.3)% SOLUCIÓN OFTÁLMICA **(SYSTANE ULTRA) APLCIAR 1 GOTA EN CADA OJO 4 VECES AL DIA**	**2 DOS**
PAÑAL TENA SLIP TALLA L	**180 CIENTO OCHENTA**

Claudia Vargas
4382839 6042509320

149

PARA 3 CAMBIOS AL DIA	
ESOMEPRAZOL 20 MGR TABELTA MK VI AORAL TOMAR 1 EN AYUNA S !	**60 SESENTA**
LEVOTIROXINA 25 UGR **(EUTIROX 25 UGR)** **VIA ORAL TOMAR 1** **TABLETA DIA POR MEDIO**	**50 CINCUENTA**
COMPLEJO B **GRAGEAS(NEUROBION)** **VIA ORAL , TOMAR 1 CADA** **12 HORASDIARIAMENTE**	**60 S120 CIENTO VEINTE**
PIROXICAM GEL O.5 % **APLICAR 2 VECES AL DIA** **EN AREA DOLOROSA**	**2 DOS**
FOSFOMICINA 3 GR **SOBRE(MONURIL)** **VIA ORAL TOMAR 1** **SOBRE DILUIDO EN AGUA** **CADA SEMANA EL SABADO**	**8 OCHO**
FORMULA **PARA 2** **MESES**	

Firma y Sello del Médico

Claudia Vargas
43828.395
604 2509320

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317650
88
FECHA: 05-11-2024 16:12
VENDEDOR: LIS TATIANA CIFUENTES JAR
SECUENCIA: 1391236
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249463-LYRICA SOLUCION 20 MG CAJA
105 ML
94,872 3 0 0 284,616
115538-RYTMONORM (PROPAFENONA)INST
TABLETAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
162,120 4 0 0 648,480
115101-FUROSEMIDA MK INST. TABLETA
S 40 MG CAJA X 300 UNDS
17,100 0 60 0 3,420
116514-CORBIS (BISOPROLOL) INST. (
RG) COMPRIMIDOS 10 MG CAJA X 30 UNDS
42,078 2 0 0 84,156
253016-JARDIANCE (RG) TABLETAS 10
MG CAJA X 30 UNDS
110,889 2 0 0 221,778
662003-ELIQUIS INST. (RG) (APIXABA
N) TABLETAS 5 MG CAJA X 60 UNDS
251,280 2 0 0 502,560
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 2 0 0 29,460
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 2 0 0 110,520
213404-IRBESARTAN MK (RG) CAPSULA
150 MG CAJA X 30 UNDS
22,365 4 0 0 89,460
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100
MCG CAJA X 50 UNDS
9,714 2 0 0 19,428
332033-TERRAVITAL VITALIS UNGUENTO
OFTALMICO CAJA 10 G
32,532 1 0 0 32,532
600008-ACRYLARM INST. GEL CAJA 10
G
21,250 2 0 0 42,500
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 2 0 0 17,518

153

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,086,428
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,086,428
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,086,428 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 26966309-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOLAÑO DE ARIZA ULDA URSULINA
CC 26966309
CL 34C # 88B - 66 AP 1614 TR-4 R
IO CAMPESTRE
TELEFONO: 3164656361
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:

CUFE: 0214b04fdf1a61e271253680adea
e3963ea340caa31ddc57f4a44893eb2440
c8fd9326bc710275cb612cf0a296920280

Ulda Bolaño
26966309
@ 3164656361

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nelson Bolaño identificado con cédula número 96466209, 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 Nelson Bolaño

FECHA 5-11-2024

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

Beneficiario
ULDA BOLAÑOS **Cédula 26966309**

No. Carné 40921041 FECHA 05-11-2024

R/.		Cantidad	
PREGABALINA SUSPENSION 20 MGR/ML (LYRICA)	**VIA ORAL , TOMAR 2 ML EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE**	**3**	**TRES**
PROPAFENONA CLORHIDRATO 150 MGR TABLETAS	**VIA ORAL 1 TABLETA 2 VECES AL DIA**	**120**	**CIENTO VEINTE**
FUROSEMIDA 40 MGR TABLETA	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA**	**60**	**SESENTA**
BISOPROLOL 10 MGR TABLETA(CORBIS)	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE**	**60**	**SESENTA**
EMPAGLIFOZINA 10 MGR TABLETA (JARDIANCE)	**VIA ORAL , TOMA R 1 TABLETA DIARIAMENTE**	**60**	**SESENTA**
APIXABAN 5 MGR TABLETA(ELIQUIS)	**VIA ORAL TOMAR 2 TABELTAS AL DIA**	**120**	**CIENTO VEINTE**
ATORVASTATINA 20 MGR TABLETA MK	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA EN LA NOCHE**	**60**	**SESENTA**
ESOMEPRAZOL 20 MGR TABLETA	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN AYUNAS**	**60**	**SESENTA**
IRBESARTAN 150 MGR MK	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE**	**120**	**CIENTO VEINTE**
LEVOTIROXINA 100 UGR TABLETA	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN AYUNA S**	**100**	**CINCUENTA**
OXITETRACICLINA 5 MGR/POLIMIXINA B 10000 UI(TERRAVITAL UNGÜENTO OFTALMICO TUBO)	APLICAR EN CONJUNTIVAS , AMBOS OJOS EN LA NOCHE POR 3 MESES, ULTIMA ENTREGA	**1**	**UNIO**
POLIACRILICO 2 % GEL ESTERIL GOTAS(ACRYLARM GEL)	**APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO EN LA NOCHE**	**2**	**DOS**

Ulda Bolaño
26966309
3164656267

157

CARBOXIMETILCELULOSA 0.5 % GOTAS(FREEGEN)	APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO 4 VECES AL DIA	2	DOS

Firma y Sello del Médico

Nilda Boroño
26966309

3164656364

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317650
92
FECHA: 05-11-2024 16:25
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1391240
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

001771-TRILIPIX CAPSULAS . MG CA
JA X 30 UNDS
201,840 3 0 0 605,520
115300-XIGDUO XR INST. (RG) TABLET
AS 5/1000 MG CAJA X 56 UNDS
157,774 4 0 0 631,096
832001-XULTOPHY (CF) PLUMA 100U/3.
6MG CAJA X 1 UND
157,629 7 0 0 1,103,403
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
14,400 2 0 0 28,800
340051-BIPRETERAX (RG) COMPRIMIDOS
5 MG CAJA X 30 UNDS
23,514 3 0 0 70,542
355525-NABILA COMPRIMIDOS 5 MG CAJ
A X 28 UNDS
51,763 2 0 0 103,526
123300-AGUJA INSULINA PEN GLUCOQUI
CK INST. 32 G / 4 MM CAJA X 100 UNDS
24,300 1 0 0 24,300
116503-TIRILLAS GLUCOQUICK G30A I
NST. CAJA X 50 UNDS
37,650 2 0 0 75,300
118600-HIALTEARS INST. GOTAS OFTAL
MICAS 0.4 % FRASCO 15 ML
71,169 3 0 0 213,507
292738-SOPHIPREN (PREDNISOLONA) GO
TAS OFTALMICAS CAJA 5 ML
67,121 3 0 0 201,363
024004-ASPIRINA TABLETAS 100 MG CA
JA X 28 UNDS
18,620 3 0 0 55,860

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 3,113,217
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,113,217
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

161

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

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	20,420	3,880
EXCLUIDAS:	3,088,917	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 32402838-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROGERS PATERMIRA JENNY
CC 32402838
CL 49E # 83A - 196 AP 516 TRR 4
SOL NACIENTE
TELEFONO: 3004210474
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:

CUFE: d8c245582933edc0c2b0b078f423
5bfd26786efa3151caaad063d7cb31ee19
cef99435a9e5c546bb6e0a6865f725a270

JAVIER ALVAREZ
8280159
44443899

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo JAVIER 8290159 identificado con cédula número 4444399, 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 JAVIER ALVAREZ

FECHA 5-11-2024

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

Cédula 32402838

Beneficiario
JENNY DEL SOCORRO ROGERS PATERNINA

No. Carné 8280159-C

Fecha **05 NOVIEMBRE 2024**

TRILIPIX 135MG CJX30CAP (FENOFIBRATO COLINA 135MG Cápsula de liberación)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE (6PM)	90 TAB	NOVENTA
XIGDUO XR 5MG/1000MG CJX56TLS (DAPAGLIFLOZINA 5MG /HIDROCLORURO DE METFORMINA 1000MG)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS (8AM-8PM) POR TRES MESES	224 TAB	DOSCIENTOS VEINTICUATRO
XULTOPHY 100UN/ML+3,6MG/ML X1 PLUMA PRE (INSULINA DEGLUDEC 100 UNIDADES / ML SOLUCIÓN INYECTABLE – LAPICERO X 3ML)	SUBCUTÁNEA: APLICAR 20 UNIDADES CADA 24 HORAS	7 PEN	SIETE
EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS (LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	100 TAB	CIEN
BI PRETERAX 5/125mg TRP CJXFCO30TAB (PERINDOPRIL ARGININA INDAPAMIDA)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS, DE ACUERDO CON RECOMENDACIÓN DE INTERNISTA, SI LA PRESIÓN BAJA, TOMAR SOLO MEDIA DIARIA	90 TAB	NOVENTA
NEBILOL 5MG CJX30TAB (NEBIVOLOL CLORHIDRATO 5MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR MEDIA TABLETA CADA 24 HORAS (9 PM)	60 TAB	SESENTA
AGUJAS PEN 32 PARA ESFERO XULTOPHY	SUBCUTÁNEA: USAR UNA CADA 24 HORAS	100 AG	CIEN
TIRAS REACTIVAS GLUCOQUICK	USAR UNA CADA 24 HORAS	100 TIR	CIEN
HIALTEARS 0.4% FCOX15ML (SODIO HIALURONATO 4MGML Solución Gotas)	OFTÁLMICO: UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA	03 FCO	TRES
SOPHIPREN SUSPENSION OFTÁLMOLOGICA FRASCO X 5ML (PREDNISOLONA SUSPENSIÓN 10MG/ML)	OFTÁLMICO: UNA GOTA EN CADA OJO DÍA POR MEDIO	03 FCO	TRES
ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG Tableta (ACIDO ACETILSALICILICO 100MG CJX30TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA POR SEIS MESES. ENTREGA 4/6. PENDIENTES DOS	90 TAB	NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DEL 25ENE2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

JAVIER ALVAREZ
8280159
4444399

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 32-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 05-01-2023
HASTA 05-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317650
98
FECHA: 05-11-2024 16:49
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PLENTE
SECUENCIA: 1391246
CODIGO-NOMBRE
V.UNIT ENT FRA DTO PARCIAL

203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
4,180 3 0 0 12,540
115101-FUROSEMIDA MK INST. TABLETA
S 40 MG CAJA X 300 UNDS
17,100 0 90 0 5,130
600361-OMEPRAZOL FARMACOL INST. CA
PSULA 20 MG CAJA X 300 UNDS
23,571 0 90 0 7,071
115135-MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG
) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
16,308 3 0 0 48,924
600136-DETRUSITOL INST.(RG) TABLET
AS 2 MG CAJA X 28 UNDS
49,001 3 0 0 147,003
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,925 0 90 0 50,378
132987-ZOPICLONA MK INST. TABLETAS
7.5 MG CAJA X 10 UNDS
3,110 9 0 0 27,990
112701-TRAZODONA RECIPE INST. TABL
ETA 50 MG CAJA X 100 UNDS
11,400 0 90 0 10,260

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 309,296
---------[FORMAS DE PAGO]---------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 309,296
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 309,296 0
IMPOCONSUMO) 0
FORMULA: 21285872-DOMICILIO
NIT: 899999094-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS DE PELAEZ MARIA JESUS

167

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: 830.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Fernando Peláez R.
17183948
OBS: 3012553654

CUFE: 4afbc2d0c08f3387507f34e0fbc
64c4bfcc2d066b6cf3a265bc62d65ce5a4
fdae23bfd2454547f1c4c9487a9191f983

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 82-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317660
37
FECHA: 09-11-2024 13:19
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1392218
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TA
BLETAS 100 MG CAJA X 105 UNDS
25,000 0 90 0 21,429

--------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 21,429
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 21,429
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 21,429 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21285872-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS DE PELAEZ MARIA JESUS
CC 21285872
CR 33 # 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

OBS:

CUFE: a07d27d7c758da88ccd123d607f0
fd462ee3a1a1066964f4fc079da361d62e

169

Hernando Peláez R.
17183948
301 255 3654

0.1

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 R.

FECHA Noviembre 5/2024

171

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

Nombre
MARIA DE JESUS ROJAS D E PELAEZ

Cedula :21285872

Fecha **05** **11** **2024**

R/		Cantidad
FUMARATO FERROSO /ASCORBICO/FOLICOCAPSUL A (ANEMIDOX)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE 10 MINUTOS ANTES D EL ALMUERZO	90 NOVENTA
LOSARTAN 100 MGR TABLETA (SATOREN)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
FUROSEMIDA 40 MGR TABLETA	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
OMEPRAZOL 20 MGR TABLETA	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA CADA DIA	90 NOVENTA
MIRTAZAPINA 30 MGR TABLETA MK	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
TOLTERIDONA 2 MGR TABLETA(detrusitol)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DIOARIAMENTE	90 NOVENTA
QUETIAPINA 25 MGR TABLETA	VIA ORAL , TOMA R 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
ZOPICLONA 7.5 MGR TABLETA	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
TRAZODONA 50 MFR TABLETA	VI AORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIA	90 NOVENTA
	PARA 2 MESES	

Hernando Peláez R.
17183948
3012557 3654,

Firma y Sello del Médico

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317652
57
FECHA: 06-11-2024 10:51
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1391405
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

012180-EPIDUO GEL 0.1% / 2.5% CAJA
30 G
102,551 1 0 0 102,551
385852-VOLTAREN GEL 1 % CAJA 30 G
36,933 1 0 0 36,933

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 139,484
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 139,484
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 139,484 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1007493629-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALARCON JIMENEZ JUAN MANUEL
TI 1007493629
CL 45D # 76A - 11 BARRIO EL VELO
DROMO- SEGUNDO PISO
TELEFONO: 3105599603
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 x Honca
---
x 43094633

OBS:

CUFE: 840b6d95b660539ba17e3de2c6f7
b25a4a52f01403e003d405e39358af5714

175

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Monica Vlayona identificado con cédula número 43094633, 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 Nov 6/2024

177

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

Beneficiario **JUAN MANUEL ALARCON** **Cédula 1007493629**

No. Carné **Fecha 06 11 2024**

R/.	**Cantidad**
ADAPALENO Y PERÓXIDO DE BENZOILO0.3%/2.5%. (EPIDUO GEL)	1 UNO
DICLOFENACO GEL 1 % (VOLTAREN) APLCIAR 2 VECE SLA IDA EN RODILLA IZQUIERDA	**1 UNO**

Firma y Sello del Médico

+ Nancy Velasquez
+ 43094683
+ 3205029067

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317652
64
FECHA: 06-11-2024 11:30
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1391412
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

341943-YASMIN (RG) COMPRIMIDOS 3 M
G/0.03 MG CAJA X 21 UNDS
26,910 3 0 0 80,730

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 80,730
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 80,730
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 80,730 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1017928972-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SIERRA VIANA MARIA CAMILA
CC 1017928972
CL 9 S # 79C - 151 URB MIRADOR D
E LA ARBOLEDA APT 1815
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

OBS: Loz Eugenia Sena. 42895546.

CUFE: bafeee8cef4317effab0adfea7d5
14c2baa7515a49776174c7c9f4eedf0ff2
5c10923c5a9d2df9cae5c51183c747c565

181

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Eugenia Sierra Viana identificado con cédula número 42895546, 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 6 Nov. 2024.

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

Nombre
MARIA CAMILA SIERRA VIANA

TI. 1017928972

FECHA 06 11 2024

LUGAR: MEDELLIN

R/	**Cantidad**
DROSPIRENONA3/ETINILESTRADIOL0.03 TABLETA (YAZMIN) VIA ORAL TOMAR 1 TABELTA DIARIAMENTE	3 TRES CAJAS
FORMULA PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

CC. 42895546
3012664461

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317653
03
FECHA: 06-11-2024 14:38
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1391451
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
58,064 3 0 0 174,192
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 3 0 0 467,208

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 641,400
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 641,400
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 641,400 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 42975319-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA CARDONA TRINIDAD
CC 42975319
SAN VICENTE SECTOR CAMPO ALEGRE
TELEFONO: 3182225404
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:

CUFE: b68413a3b3a004888831345b7bc2
04e692ff22f77c84df911f38508053f7ee

187

70119494

CE 3136142503

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jhon Jairo Chuyo Seal identificado con cédula número 70119404, 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 6/11/2024

70119404

CC 3136145503

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

Beneficiario
TRINIDAD MONTOYA CARDONA **Cédula 42975319**

No. Carné **Fecha 06 11 2024**

R/.		Cantidad
VITAMINA D 200 UI CAPSULA(FARMA D)	VIA ORAL TOMAR 1 EN LA MAÑANA POR 3 MESES	90 NOVENTA
ROSUVASTATINA 20 MGR TABELTA MK	VIA ORAL , TOMAR 1 EN LA NOCHE NO SUSPENDER	90 NOVENTA
	PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

70119494
cel 3136142503

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317653
39
FECHA: 06-11-2024 16:48
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1391487
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLE
TAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS
6,210 3 0 0 18,630
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS
48,944 3 0 0 146,832
115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
37,650 0 90 0 22,590
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5MG
./325 MG CAJA X 90 UNDS
96,428 1 0 0 96,428
600229-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 5
00 MG CAJA X 30 UNDS
63,720 3 0 0 191,160

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 475,640
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 475,640
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 475,640 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43503064-DOMICLIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ BOLIVAR FANNY
CC 43503064
^L 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

193

LOPEZ TEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: c6c74450790c10673b27f6a76dec
a5a57237cbf834c47915f4720d4e7589fe
5e9020f3ab3fc5a2d512c04fa6cf6ab7fb

Jany Alva Bellido
43503064

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fanny Alvarez Bolivar identificado con cédula número 43503064, 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 Fanny Alv. Bolivar

FECHA NOV- 6 - 2024

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

Beneficiario CC 43503064

FANNY ALVAREZ BOLIVAR Fecha 06 11 2024

LUGAR: MEDELLIN

		Cantidad
LOSARTAN 100 MGR / HCT 25 MGR TABLETA (SATOREN H ORTE)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO	90 NOVENTA
ROSUVASTATINA 10 MGR /DIA MK	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETAEN LA NOCHE	90 NOVENTA
AMLODIPINO 5 MGR TABLETA MK	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
ACETAMINOFEN 325/HIDROCODONA 5 MGR TABLETA (SINALGEN)	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA AL DIA EN CASO D E DOLOR INTENSO	90 NOVENTA
TFORMINA 500 MGR BLETAS (GLUCOPHAGE)	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA 20 MINUTOS DESPUES EL ALMUERZO	90 NOVENTA
	PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

Fanny Alv Alvarez
43503064

197

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317654
93
FECHA: 07-11-2024 09:54
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1391642
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132111-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D
3) TABLETAS CUBIERTAS 7000UI CAJA X 24 UN
DS
105,340 1 12 0 158,010
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 100
0 MCG AMPOLLA 1 CC
1,314 6 0 0 7,884
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
4,180 3 0 0 12,540

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 178,434
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 178,434
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 178,434 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1027809007-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS URREGO ALISON
CC 1027809007
CR 82B # 29 - 27 CS 2 BELEN LA P
ALMA
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

Alison Rojas

199

OBS: 1027809007

CUFE: 73518e5a675d7a26b2eaf6dff358
b0a884dc93f69ccd456c51a170dc84c43e
66594077936aa029baf835844a2fc15f6a

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alison Rojas Urrego identificado con cédula número 1027809005, 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 Alison Rojas

FECHA 7/11/24

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

Beneficiario ALLISON ROJAS URREGO — **TI** 1027809007

No. Carné — **Fecha** 07 11 2024

R/.	Cantidad
VITAMINA D 7000 UI CAPSULA (NUEVID) VIA ORAL TOMAR 1 CAPSULA EN LA MAÑANA VIERNES , SABADO Y DOMINGO	36 TREINTA Y SEIS
CIANOCOBALAMINA AMPOLLA DE 1 ML APLICAR EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA SEMANA 1 MES Y LUEGO CADA MES	6 SEIS
FUMARATO FERROSO/ASCORBICO/FOLICO CAPSULA (ANEMIDOX) VIA ORAL , TOMAR 1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 3 MESES	90 NOVENTA
PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

Alison Rojas 305 4050064

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 82-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529161
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317655
46
FECHA: 07-11-2024 14:17
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1391696
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

346776-TOBRAOFTAL GOTAS OFTALMICAS
0.3% CAJA 5 ML
7,037 1 0 0 7,037

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 7,037
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 7,037
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 7,037 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32483282-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARULANDA ALVAREZ SONIA
CC 32483282
CR 77B # 53A - 35 AP 202 BL H ES
TADIO NORTE - 3012553608
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 FNDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: a70476ba52fa3b4f8194043a4668
3b77345810eefc5131018abdc429a530db
51f5f4ff6f86d96af3ca6b704cca97c82d

205

207

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 32483282

Beneficiario
SONIA MARULANDA ALVAREZ
No. Carné 70030103-C

Fecha **07 NOVIEMBRE 2024**

TOBRAMICINA GOTAS OFTÁLMICAS 3% FCO	OFTÁLMICA: APLICAR UNA GOTA EN EL OJO INYECTADO CUATRO VECES AL DÍA POR SIETE DÍAS	01 FCO	UNO
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN OFTALMOLOGÍA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

cc 32483282

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317657
19
FECHA: 08-11-2024 09:48
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1391883
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277407-GLUCAGEN 1 U.I AMP. AMPOLLA
S CAJA
204,000 4 0 0 816,000

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 816,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 816,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 816,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43075746-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDOÑO OLAYA NELCY DEL SOCORRO
CC 43075746
CL 20 # 72 - 69 SAN BERNARDO
TELEFONO: 3002260952
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: Cesar O campo 3905037870 7163349 8

CUFE: 9b6b93a4ea13a5576c579966d5e5
9a3d256e8adb87419d7b6a7a02f49a6a5f
ad0333473ac311cfb9e8286c483c89e289

211

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cesar Ocampo identificado con cédula número 71633498, 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 Cesar Ocampo

FECHA 71633498 8/11/2024

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

Nombre **NELCY LONDOÑO OLAYA** ***Cedula : 43075746*** ***Fecha*** **07 11 2024**

R/

		Cantidad
GLUCAGÓN 1 MG POLVO PARA RECONSTRUIR VIAL	APLICAR SUBCUTANEA EN CASO D E HIPOGLICEMIA SEVERA CON TRANSATORNO D E CONCIENCIA	4 CUATRO
TRANSCRIPCIOND E ENDOCRINO		

Firma y Sello del Médico

Cesar O.
71633498

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317657
65
FECHA: 08-11-2024 14:11
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1391929
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TA
BLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
210,480 3 0 0 631,440
904020-AMDIPIN INST. (AMLODIPINO)
TABLETAS 10 MG CAJA X 10 UNDS
106,530 9 0 0 958,770

-- ------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,590,210
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,590,210
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,590,210 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 54250716-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IBARGUEN GARCES GLADYS YACIR.
CC 54250716
CL 43 # 80B - 45 CS P-3 LA AMER
ICA
TELEFONO: 3226119870
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:

217

CUFE: 2798a5c95a546435aec3f66a2dd3

ae3b279d73ed8d9953793322c96d8c41e7

15370075

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jorge Serna identificado con cédula número 1537007[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 _____

FECHA 11/08/2024

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

Nombre
GLADYS YACIRA IBARGUEN

Cedula : 54250716

Fecha **08** **11** **2024**

R/		**Cantidad**
LOSARTAN 50 MGR TABLETA (SATOREN)	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
AMLODIPINO 10 MGR (AMDIPIN)	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
	PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

15370075

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317658
28
FECHA: 08-11-2024 17:57
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1391994
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117300-PLAQUINOL INST. HIDROXICLOR
OQ TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS
12,740 4 0 0 50,960
132244-ESPIRONOLACTONA HUMAX INST.
TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS
50,100 0 90 0 45,090
123000-DIFFERIN INST. GEL 0.1% CAJ
A 30 G
35,435 2 0 0 70,870

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 166,920
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 166,920
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 166,920 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MEJIA CANO LUZ MARIA
CC 117131988
CL 21 # 81 - 70
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
--- ---

OBS:

223

CUFE: dfcf8c6927a1145b5ce5adb3e820
6d144dd6b52d70e5760e52ab020db5ec25
749c2921438a00e71a780af8c263ab6fde

Layar B
43262358

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Layla Bustamante identificado con cédula número 1.152.623.58 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 Layla Bustamante

FECHA 08-11-24

225

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

Beneficiario **CC 117131988**

LUZ MARIA MEJIA CANO **08 11 2024**

HIDROCLOROQUINA 200 MGR TABLETA VIA ORAL TOMA R 1 DIARIAMENTE	**90 NOVENTA**
ESPIRONOLACTONA 100 MGR TABLETA VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA	**90 NOVENTA**
ADAPALENO GEL 0.1% (DIFFERIN) APLICAR EN LESIOENS DE CARA EN LA NOCHE DIARIAMENTE O DIA POR MEDIO SEGÚN TOLERANCIA	**2 DOS**
TRANSCRIPCION DERMATOLOGIA	

Firma y Sello del Médico

43.262359

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317659
89
FECHA: 09-11-2024 09:43
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1392170
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129151-NORSPAN 7 DCONT 10 UG/H (RG
) PARCHE 10 MG CAJA X 4 UNDS
62,095 1 0 0 62,095

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 62,095
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 62,095
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 62,095 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 0695289 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDENAS DE LONDOÑO DORA
CC 21379622
CR 84 # 32C - 99 APT 1107 LAUREL
ES DEL CASTILLO
TELEFONO: 4164275
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:

CUFE: 1dd729d31a059f991fb3409a6b0b
8aceeeb83e915d34ad7e243f7a3df946e6
e02ad149edf6ae71f02941235b7bda67aa

229

C-32-540-433.

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Edilna Londoño identificado con cédula número 32-540433, 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 NOV 8/24

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
DORA CARDENAS DE LONDOÑO
No. Carné 32529546-A

D.I. 21379622

Fecha **07 NOVIEMBRE 2024**

NORSPAN® 7 (10MCG/H) (BUPRENORFINA)	**TRANSDÉRMICO: APLICAR UN PARCHE CADA SIETE DÍAS POR UN MES**	**04 PCH**	**CUATRO**
FORMULA DE CONTROL (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	**TRANSCRIPCIÓN MEDICINA DEL DOLOR. ENTREGA PRIORITARIA**		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

32-540-433.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317668
72
FECHA: 12-11-2024 17:56
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393073
CODIGO-NOMBRE
V.UNI . ENT FRA DTO PARCIAL

600582-DIOVAN HCT INST. 160/12.5 M
G COMPRIMIDOS X 28 UNDS
58,044 4 0 0 232,176

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 232,176
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 232,176
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 232,176 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONSALVE RESTREPO MARTA FE
CC 43064660
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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Marta Monsalve
43064660

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317678
27
FECHA: 16-11-2024 08:14
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1394039
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
37,650 0 90 0 22,590

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 22,590
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 22,590
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 22,590 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 4712055-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONSALVE RESTREPO MARTA FE
CC 43064660
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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: ebfbd1c3187afb041aeef605ad6c
1b1e1807fd3d98656c93d47f1f6cb299fe
c583f35890f249359ab2611d7ecb192a71

237

Renata Monsalve

C.43064.660

tel 471.2055

867

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Marta Monsalve identificado con cédula número 43 064 660, 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 Marta Monsalve

FECHA 11.12.2024

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

Beneficiario **CC 43064660**

MARTHA FE MONSALVE RESTREPO

12 11 2024

VALSARTAN 160/HCTZ 12.5 TABLETA (DIOVAN) VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO	**112 CIENTO DOCE**
AMLODIPINO 5 MGR TABLETA (AMDIPIN) VIA ORAL, TOMAR 1 TABLE EN LA NOCHE	**90 NOVENTA**
PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

Martha Monsalve
43064.660
tel. 471.20-55.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317668
95
FECHA: 12-11-2024 19:47
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393105
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

165547-MYLANTA DOS SUSPENSION MENT
A CAJA 240 ML
54,608 3 0 0 163,824
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,759 3 0 0 26,277
115110-PANTOPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
17,250 3 0 0 51,750
118700-KETUM INST. GEL 2.5% CAJA 3
0 G
19,437 3 0 0 58,311
600148-DIMARD INST. HIDROXICLOROQU
INA TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS
11,500 4 0 0 46,000
682560-ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG
CAJA X 1000 UNIDS
37,000 0 90 0 3,330
115126-TRIMEBUTINA COLMED INST. TA
BLETAS 300 MG CAJA X 30 UNDS
27,000 6 0 0 162,000
117300-APROVASC INST. (RG) COMPRIM
IDOS 300 MG/5 MG CAJA X 28 UNDS
274,932 3 0 0 824,796
600326-NATRILIX SR INST. (RG) TABL
ETAS 1.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 3 0 0 36,180
249168-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 150
MG CAJA X 30 UNDS
56,835 3 0 0 170,505
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. IN
ST. POLVO CAJA X 30 UNDS
22,650 3 0 0 67,950
832893-SAXENDA (CF) (RG) PLUMA PRE
LLENADA 6MG/ML CAJA X 1 UND
173,609 9 0 0 1,562,481
123300-AGUJA INSULINA PEN GLUCOQUI
CK INST. 32 G / 4 MM CAJA X 100 UNDS

245

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 3,197,704
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,197,704
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	20,420	3,880
EXCLUIDAS:	3,173,404	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDONA POSADA BEATRIZ
CC 41689031
CL 48B # 88 - 11 CS 1P FLORESTA
LOS ALCAZARES
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:

CUFE: 09dd87bfe31acd9a38cac4abee06
9fbbdea5da2901907f987151c899fdaec6
78f30c883a464fcea12fb95d27bc32754e

Beatriz Cardona P
41689031

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317669
67
FECHA: 13-11-2024 07:09
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1393178
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249166-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
28,417 3 0 0 85,251

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 85,251
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 85,251
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 85,251 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 41689031-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDONA POSADA BEATRIZ
CC 41689031
CL 48B # 88 - 11 CS 1P FLORESTA
LOS ALCAZARES
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:

CUFE: 9108b984d2dc84c234011dce7481

245

c09080cb35622579eb31567e9e9b33accb

Bradley Baldwin P-
4/168903/h

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Beatriz Cardona P. identificado con cédula número 41689031, 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 12 noviembre 2024

247

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
BEATRIZ CARDONA POSADA
No. Carné 11371474-C

Cédula 41689031

Fecha **12 NOVIEMBRE 2024**

MYLANTA DOS MENTA FCOX240ML (ALUMINIO HIDROXIDO 8 0 M G M L M A G N E S I O)	VIA ORAL: TOMAR UNA CUCHARADA UNA HORA ANTES DEL ALMUERZO Y ANTES DE ACOSTARSE POR SEIS MESES (ENTREGA 3/6. PENDIENTES TRES)	03 FCOS	TRES
FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML (CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO)	OFTÁLMICA: APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS POR SEIS MESES. (ENTREGA 3/6. PENDIENTES TRES)	03 FCO	TRES
PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 20MG Tableta Recubierta (PANTOPRAZOL 20MG CJX30TAB)	TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	90 TAB	NOVENTA
KETOPROFENO 25MGG Gel (KETUM GEL 2.5% TBOX30G)	VIA TÓPICA: APLICAR TRES VECES AL DÍA EN TODAS LAS ARTICULACIONES DOLOROSAS POR SEIS MESES. (ENTREGA 3/6. PENDIENTES TRES)	03 TUB	TRES
HIDROXICLOROQUINA SULFATO 200MG Tableta (DIMARD 200MG CJX20TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA CON EL ALMUERZO POR SEIS MESES. (ENTREGA 3/6. PENDIENTES TRES)	90 TAB	NOVENTA
FOLICO ACIDO 1MG Tableta (ACIDO FOLICO 1MG FCOX100TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	90 TAB	NOVENTA
TRIMEBUTINA MALEATO 300MG Tableta de liberación prolongada (TRIMEBUTINA LP 300MG CJ X 10TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 C/12 HORAS	180 TAB	CIENTO OCHENTA
IRBESARTAN 300MGAMLODIPINO BESILATO 5MG Tableta (APROVASC 300/5MG CJX28TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada (NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	90 TAB	NOVENTA
VENLAFAXINA CLORHIDRATO 150MG Cápsula de liberación prolongada (EFEXOR XR 150MG CJX30CAP)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	90 CAP	NOVENTA
VENLAFAXINA CLORHIDRATO 75MG Cápsula de liberación prolongada (EFEXOR XR 75MG CJX30CAP)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	90 CAP	NOVENTA
BIOCALCIUM D PE CJX60SOB (C A L C I O C A R B O N A T O 500MGVITAMINA D3 200UI PE)	VIA ORAL: TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS (Recomendación del especialista) POR SEIS MESES. ENTREGA 3/6. PENDIENTES TRES	90 SOB	NOVENTA
SAXENDA 6MG/ML SY CJA X 1 JP (LIRAGLUTIDA 6MGML SY)	VIA SUBCUTANEA: APLICAR SEGÚN LO INDICADO POR ENDOCRINOLOGÍA	09 PEN	NUEVE
AGUJAS PEN UF 29GX1/2MM CJX100 REF 328200 (AGUJAS PEN UF 29GX1/2MM CJX100 REF 328200)	VIA SUBCUTANEA: USAR UNA DIARIA PARA APLICACIÓN DE SAXENDA	100 AGU	CIEN
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN REUMATOLOGÍA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Beatriz Cardona P.
41689031
cel. 3136544421
312 212 8193

1249

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317669
07
FECHA: 12-11-2024 20:29
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393118
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117000-ALGIMIDE INST. TABLETAS 325
/15MG CAJA X 100 UNDS
12,000 1 80 0 21,600
662002-LYRICA INST.(RG) (PREGABALI
NA) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
100,035 3 0 0 300,105
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 3 0 0 44,190
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICI
NA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,320 2 10 0 63,720
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
42,084 3 0 0 126,252
121989-DIACEREINA GENFAR CAPSULAS
50 MG CAJA X 30 UNDS
27,405 6 0 0 164,430
669277-CARBAMAZEPINA LAPROF INST.(
RG) TABLETAS 200 MG X 300 UNDS
43,800 0 90 0 13,140
116504-ORLISTAT COLMED INST. (RG)
CAPSULAS 120 MG CAJA X 60 UNDS
211,824 4 30 0 953,208

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,686,645
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,686,645
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,686,645 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:

TARGAO 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

OBS: Jael 21623700
3006136416

CUFE: 9f55056dec589395a3adccae4dee
4449189d8f10a8c6439e2740a544684fcc
0f19e1a398a20968a69eebff928cd4bde3

157

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo [illegible] identificado con cédula número 21623[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 12-11-2024

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 21623700

Beneficiario
MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMÍREZ
No. Carné 3435882-C

Fecha **12 NOVIEMBRE 2024**

ALGIMIDE 325MG/15MG CJX10TAB (ACETAMINOFEN 325MGCODEINA FOSFATO)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS (9AM - 9PM)	180 TAB	CIENTO OCHENTA
PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura (LYRICA 150 MG CJX30CAPS)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR LA NOCHE	90 CAP	NOVENTA
ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB (ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR LA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
COLCHICINA 0.5mg TAB CJX300TAB (COLCHICINA)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR (ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
DIACEREÍNA 50 MG CJ X 30 CAP (DIACEREINA 50MG Cápsula)	VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS	180 TAB	CIENTO OCHENTA
CARBAMAZEPINA 200MG TAB CJX30TAB (CARBAMAZEPINA 200MG Tableta)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
METIMAZOL 5 MG TAB CJX20TAB (METIMAZOL 5 MG Tableta)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
ORLISTAT 120MG Cápsula de gelatina blanda (ORLISTAT 120MG CJX60CPS)	VIA ORAL: TOMAR UNA, 30 MINUTOS ANTES DE CADA COMIDA (ENDOCRINOLOGÍA)	270 TAB	DOSCIENTOS SETENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	**SOLICITAR RENOVACIÓN DE FÓRMULA A PARTIR DEL 08FEB2025**		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

for 21623700

3006136416

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317669
91
FECHA: 13-11-2024 03:59
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1393202
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-QUIMOX INST. (RG) (MOXIFLOX
AC) GOTAS OFTALMICAS 0.5 % CAJA 5 ML
86,946 1 0 0 86,946
118600-PROXTEN PLUS INST. (PREDNIS
OL) GOTAS OFTALMICAS 1 % CAJA 5 ML
7,908 2 0 0 15,816
100280-VISCOSA (SLN SALINA) SOLUCI
ON OFTALMICA 5% CAJA 5 ML
114,000 1 0 0 114,000

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 216,762
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 216,762
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 216,762 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43023740-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO ORTIZ ANGELA DEL SOCORRO
CC 43023740
CL 9AA S # 54 - 49 URBANIZACIÓN
QUINTAS DEL RODEO CS 87
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 LAURA

257

MEDI.GENERAL

43023740 C.C

OBS: 321673085816L.

CUFE: 74cb4b68c6107d17caaa4162b0ab
33b2dc9ecacba7f9b9c98226b01b25fd6a
e9a67f3fc28a735af3daf3da13088dc9ca

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Angela del Socorro Restrepo identificado con cédula número 43023490, 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 Angela R.

FECHA Noviembre 12 de 2021

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ
No. Carné 70073999-C

Cédula 43023740

Fecha **12 NOVIEMBRE 2024**

MOXIFLOXACINO Clorhidrato 0.5% SO (QUIMOX 0.5% SO FCOX5ML)	OFTÁLMICA: UNA GOTA CADA OCHO HORAS	01 FCO	UNO
PREDNISOLONA ACETATO 10MG Suspensión Gotas (PROXTEN PLUS 1% SSG FCOX5ML)	OFTÁLMICO: APLICAR UNA GOTA SEGUN ESQUEMA RECOMENDADO EN LAS INDICACIONES DEL ESPECIALISTA	02 FCO	DOS
SOLUCIÓN SALINA HIPERTONICA 3.75%+1.25% SOLUCIÓN OFTALMICA FRASCO X 5ML	OFTÁLMICO: APLICAR UNA GOTA CINCO VECES AL DÍA SEGUN LAS INDICACIONES DEL ESPECIALISTA	01 FCO	UNO
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN OFTALMOLOGÍA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Angela R.
43023740 CC.
3216730858 CEL.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317670
87
FECHA: 13-11-2024 16:48
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1393298
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213391-CLONAZEPAM MK DCONT SOLUCIO
N ORAL 2.5 MG/1 ML FRASCO 20 ML
23,495 1 0 0 23,495

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 23,495
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 23,495
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 23,495 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1036960816-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

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 672fa89e286b105431309d4b94bc
88f6cc862c09264567e709981409e73e012

263

Jose Miguel
Ospina Zapata
1036960816

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jose miguel ospina zapata identificado con cédula número 1036960816, 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 ospina

FECHA 13/11/2024

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
JOSÉ MIGUEL OSPINA ZAPATA
No. Carné 8245164-G

Cédula 1036960816

Fecha **08 NOVIEMBRE 2024**

CLONAZEPAM (RIVOTRIL 2.5MG/ML SGS FCOX20ML) – VER FÓRMULA DE CONTROL	VIA ORAL: TOMAR 5 GOTAS CADA 12 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

Jose Miguel Ospina Zapata
1036960816

267

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317670
90
FECHA: 13-11-2024 17:01
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393301
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682417-CALCITRIOL COLMED INST. CAP
SULAS 0.5 MCG X 30 UNDS
5,760 3 0 0 17,280
253483-MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 8
0 MG CAJA X 28 UNDS
29,209 2 0 0 58,418
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS
48,944 3 0 0 146,832
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,925 0120 0 67,170
134021-DICLOFENACO GENFAR GEL 1 %
CAJA 50 G
5,634 2 0 0 11,268
115101-FUROSEMIDA MK INST. TABLETA
S 40 MG CAJA X 300 UNDS
17,100 0 90 0 5,130

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 306,098
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 306,098
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 306,098 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ABADIA URRUTIA RENE
CC 119003
CL 29 # 83A - 13 INT 302 BELEN A
LRES CEL 3002140

269

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

OBS:

CUFE: 2390fde40c83dba21fd566f1cad4
eb039526ba8aae304c2087d05c803ed9be
c680f3cf86c66238c8660775e1a7e8bcd1

Martin Abadia

5822650

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
58
FECHA: 14-11-2024 16:10
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393569
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

101004-TIMOLOL MALEATO OPTHA GOTAS
OFTALMICAS 0.5 % FRASCO 15 ML
35,273 3 0 0 105,819
116300-GAAP OFTENO INST. (RG) GOTA
S OFTALMICAS 0.05 MG/ML CAJA 3 ML
74,806 3 0 0 74,418

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 180,237
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 180,237
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 180,237 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ABADIA URRUTIA RENE
CC 119003
CL 29 # 83A - 13 INT 302 BELEN A
LPES 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
MEDI.GENERAL

OBS:

271

CUFE: 9084faf9870419720769dd1d5bf3
b6d1fa85a0bf7dbcfdd377d385f25e9c6b
67c74d9c0906cfc154c901dd0266dbfb22

Martin Abadía

5822660

71'648.291

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Martin Abadia 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 [signature]

FECHA 13-10-2024

C.C 71.648.291

293

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
RENE ABADIA URRUTIA
No. Carné 11798111 - B

Cédula 119003

Fecha **13 NOVIEMBRE 2024**

TIMOLOL Maleato 0.5% SO Fcox5ML (TIMOLOL Maleato 5MGML SO)	OFTÁLMICO: APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 2 VECES AL DÍA	03 FCO	TRES
GAAP 0.005% SO FCOX3ML (LATANOPROST 0.05mgml SO)	OFTÁLMICO: APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA DÍA	03 FCO	TRES
CALCITRIOL 0.5 MCG CJX30CAPS (CALCITRIOL 0.5MCG Cápsula de gelatina blanda)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	90 CAP	NOVENTA
FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB (FUROSEMIDA 40MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
MICARDIS 80MG CJX28TAB (TELMISARTAN 80MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	56 TAB	CINCUENTA Y SEIS
ROSUVASTATINA 10mg TNR CJX10TAB (ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR CADA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB (QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR UNA TABLETA Y MEDIA CADA NOCHE	120 TAB	CIENTO VEINTE
ARTRITES GEL TOP 1% TBOX50G (DICLOFENACO SODIO 1% Gel)	TÓPICA: APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN ARTICULACIONES AFECTADAS (TOBILLOS, CADERA DERECHA)	02 TBO	DOS
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DEL 07FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-0116-07

Martin Abadia
582560
CC 71'698.291

2/5

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317671
11
FECHA: 13-11-2024 18:11
VENDEDOR: LAURA VANESSA JIMENEZ QUI
SECUENCIA: 1393322
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

107740-STAMYL GRAGEAS CAJA X 20 UN
DS
59,620 9 0 0 536,580
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
84,112 3 0 0 252,336

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 788,916
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 788,916
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 788,916 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TANGARIFE FORERO ZULMA CLEMENCIA
CC 43555210
CL 45A # 79 - 61 AP 402 ED LOS M
ONJES
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

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

8717

OBS:

CUFE: cf21be4e71cc4a006635886371a6
81647abf790511a5293c27d5b3cc6f550f
2a3b07e86024629f56a8c312513e6023fb

ZUMA TANGARIFE F
43555210
3044964434

278

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
43
FECHA: 14-11-2024 15:30
VENDEDOR: LAURA VANESSA JIMENEZ QUI
SECUENCIA: 1393554
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-COLMIBE EZETIM+ATORVA RG IN
ST. TABLETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS
154,554 3 0 0 463,662

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 463,662
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 463,662
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 463,662 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TANGARIFE FORERO ZULMA CLEMENCIA
CC 43555210
CL 45A # 79 - 61 AP 402 ED LOS M
ONJES
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

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: cd87403bbf489acf09ba0d040e90

279

d539b21087847c9935d6094d97ad487e55

086

ZOIMA TANGARIFE
43555210
3044964434

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo ZULMA TANGARIFE F identificado con cédula número 43555210, 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 13/10/2024

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
ZULMA CLEMENCIA TANGARIFE FORERO
No. Carné 98582716 - C

Cédula 43555210

Fecha **13 NOVIEMBRE 2024**

STAMYL 175-25-50-40MG CJX20GRG (PANCREATINA 175MGHIDROLASA D)	VIA ORAL: TOMAR DE LA FORMA INDICADA, EN MEDIO DE LOS ALIMENTOS	180 TAB	CIENTO VEINTE
EZATOR 10mg/20mg TNR CJX28TAB (ATORVASTATINA CALCIO EZETIMIBA)	VÍA ORAL: TOMAR CADA NOCHE	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 40MG Tableta Liberación Retardada (NEXIUM MUPS 40MG CJX28 TLR)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN DE FÓRMULA COMPLETA A PARTIR DEL 07FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

ZULMA TANGARIFE F
43555210
3014964434

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317671
27
FECHA: 13-11-2024 18:37
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393338
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

240177-ESOMED CAPSULAS 40 MG CAJA
X 14 UNDS
134,919 4 0 0 539,676
115900-ESOMEPRAZOL (ESOMED) INST.
CAPSULAS 40 MG CAJA X 560 UNDS
196,560 0 28 0 9,828
682144-ALOPURINOL AG INST. TABLETA
S 100 MG CAJA X 100 UNDS
16,700 0 90 0 15,030
138037-BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 2
5 MG CAJA X 30 UNDS
9,262 6 0 0 55,572
115500-STAFEN INST. CAPSULAS 135MG
/20MG CAJA X 30 UNDS
227,400 3 0 0 682,200
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
14,400 2 0 0 28,800
253473-MICARDIS AMLO (RG) COMPRIMI
DOS 80/5 MG CAJA X 28 UNDS
85,321 3 0 0 255,963

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,587,069
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,587,069
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,587,069 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESPINOSA DE MESA BERTHA LILIA
CC 42994685

IO 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:

CUFE: 3f32849a8d6084ae5c8dd2b5a4b0
7d30075c94c1096bad37269205abdf3245
61bbb41c6f25d675d97626168e7cd63d5b

Bertha Lilia Espinosa
42 994685
Tel 5009591
314 5239751

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
88
FECHA: 14-11-2024 17:33
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393599
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

351362-JANUVIA (RG) TABLETAS 50 MG
CAJA X 28 UNDS
70,924 3 0 0 212,772
132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TAB
LETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 90 0 3,060
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLET
AS 100 MG X 30 UNDS
42,210 3 0 0 126,630

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 342,462
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 342,462
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 342,462 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESPINOSA DE MESA BERTHA LILIA
CC 42994685
CL 55 # 77C - 100 APT 806 EDIFIC
IO 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

207

OBS:

CUFE: b388ec0440047f9ba05c50ca4e60
c52df2744ba36b0ea904a9a6fc485c024c
8553811f619e15bd87d78ea03e160a376f

Antonio Mera ⊙
C. 8.310.480
320-748-92-5c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Bertha Espinosa identificado con cédula número 42 994 685 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 Belis

FECHA 13 - Nov. 2024

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
BERTHA LILIA ESPINOSA DE MESA
No. Carné 8310780-C

Cédula 42994685

Fecha **13 NOVIEMBRE 2024**

ESOMEPRAZOL 40MG Cápsula de cubierta dura (ESOMED 40MG CJX28CAP)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
JANUVIA 50MG CJX28TAB MSD (SITAGLIPTINA FOSFATO HIDRATO 50MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
FUROSEMIDA 40MG Tableta (FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	90 TAB	NOVENTA
ALOPURINOL 100MG Tableta (ALOPURINOL 100MG CJX30TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	90 TAB	NOVENTA
ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación retard (CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA A LAS 10 AM	90 TAB	NOVENTA
METOPROLOL SUCCINATO 25MG TLP (BETALOC ZOK 25MG TLP CJX30TAB)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS	180 TAB	CIENTO OCHENTA
STAFEN 135/20MG CJX30CAP (COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE	90 CAP	NOVENTA
LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG (EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, UNA HORA ANTES DEL ESOMED	100 TAB	CIEN
MINITABLETAS DE TELMISARTAN 80MG AMLODIPINO BESILATO 5MG (TELMISARTAN AMLODIPINO 80 MG / 5 MG)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA	90 TAB	NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN DE FÓRMULA COMPLETA A PARTIR DEL 05FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Bertha Espinosa
42 994 685

294

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317672
82
FECHA: 14-11-2024 11:18
VENDEDOR: LIS TATIANA CIFUENTES JAR
SECUENCIA: 1393493
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100
MCG CAJA X 50 UNDS
9,714 1 0 0 9,714

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 9,714
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 9,714
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 9,714 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32526794--DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ACEVEDO PARRA LUZ MIRIAM
CC 32526194
CL 8C # 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

OBS:

CUFE: a1581f03dda8aefb1f26f4c8ea2c
83882a9d0acd1c1f8f9fc8192e35936b67

293

Junio Ramos G
8291534
3172113131

467

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo JULIO RAMÍREZ O. identificado con cédula número 8291534, 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 14/11/24

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA
No. Carné 8291534-C

D.I. 32526194

Fecha **14 NOVIEMBRE 2024**

EUTIROX ® 100 MCG CAJA POR 50 TABLETAS (LEVOTIROXINA SODIO 100MCG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA VIERNES DE LA SEMANA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	50 TAB	CINCUENTA
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	RENOVAR A PARTIR DEL 01DIC2024 JUNTO CON LA FÓRMULA COMPLETA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Julio Bruno
8291536
3172113131

299

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317672
90
FECHA: 14-11-2024 12:00
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1393501
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

757002-PALEXIS RETARD DCONT (RG) T
ABLETAS 50 MG CAJA X 60 UNDS
119,280 1 0 0 119,280

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 119,280
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 119,280
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 119,280 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21362649-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY
CC 21362649
CL 50 # 15A - 8 BUENOS AIRES ALE
JANDRO 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:

CUFE: 991f7cef3f8f8b096b722f7b9328

299

Luis Rodolfo
Luvitz. A.
cc. 70033730
722130

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Rodolfo Olaya identificado con cédula número 70083780, 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 14 - Noviembre . 2024.

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

Beneficiario
MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO
No. Carné 70119494-A

Cédula 21362649

Fecha **13 NOVIEMBRE 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 (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)				

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

duir Rodolfo clavijo
cc 70 093783
2221280

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
53
FECHA: 14-11-2024 15:58
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1393564
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
42,084 0 0 294,588
682631-[illegible]ESTATINA GENFAR INST.
TABLETAS 10 MG CAJA X 100 UNDS
60,000 0 90 0 54,000
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 3 30 0 287,640
292306-HUMYLUB OFTENO PF GOTAS OFT
ALMICAS CAJA 10 ML
67,159 3 0 0 201,477
683022-MILPAX INST. SUSPENSI[illegible]N ORA
L FRASCO 360 ML
46,623 3 0 0 139,869
115001-TRELEGY ELLIPTA INST. INHAL
ADOR 100MCG/62.5MCG/25MCG CAJA 30 DOSIS
261,875 3 0 0 785,625

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,763,199
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,763,199
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,475,559 0
EXENTAS: 287,640 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21362649-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY
CC 21362649
CL 50 # 15A - 8 BUENOS AIRES ALE
[illegible]

TELEFONO: 2221200
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.cc
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: dee73aa6b985e5ade7a4f9971e17
8690701814594 7cf95a28ad050474cfdc7
75f09167ad9982ddac890943ae9c2b783d

Luis Rodolfo Chaves
72 V 03785
2-2-2026.

906

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Rodolfo Olaviro identificado con cédula número 70082702, 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 14 · Noviembre · 2024.

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

Beneficiario **Cédula 21362649**
MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO
No. Carné 70119494-A

Fecha **13 NOVIEMBRE 2024**

NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR (ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS.	196 TAB	CIENTO NOVENTA Y SEIS
ATORVASTATINA 10MG CJX30TAB (ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA POR LA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
TRELEGY ELLIPTA (100/62.5/25) MCG PPI FCOx30 dosis (FLUTICASONA Furoato + UMECLIDINIO + VILANTEROL)	INHALATORIA: UN PUFF DIARIO CONFORME RECOMENDACION NEUMOLOGÍA.	03 FCO	TRES
DOLEX FORTE (500+65) MG TNR CJx14Tab (ACETAMINOFEN + CAFEINA (500+65) MG Tab)	VIA ORAL: CADA 12 HORAS (6AM – 6PM) POR SEIS MESES. MD DEL DOLOR	180 TAB	CIENTO OCHENTA
HUMYLUB OFTENO PF SGS FCOX10ML (SULFATO SODICO DE CONDROITINA)	OFTÁLMICO: APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO POR NECESIDAD CADA 12 HORAS	03 FCO	TRES
BICARBONATO SODIO 26.7MGMLALGINATO SODIO 25MGMLCALCIO CARBONATO 15MG ML Suspensión (MILPAX FCOX360ML CEREZA)	VIA ORAL: TOMAR 10 CC CADA 24 HORAS	03 FCO	TRES
FÓRMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR REFORMULACIÓN A PARTIR DEL 06FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

luis Rodolfo C.
vijos. A
cc. 70037200
tel 7221286

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
59
FECHA: 14-11-2024 16:12
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1393570
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116300-KRYTANTEK OFTENO INST. (RG)
GOTAS OFTALMICAS CAJA 5 ML
66,415 4 0 0 265,660

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 265,660
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 265,660
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 265,660 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 3926725-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ORTEGA TORRES OORA
CC 39267251
CL 42B # 84 - 22 CS -- 31132630
96
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

OBS:

CUFE: 15f8a60b19422547lad29f991ff6

311

Jamilla Parks
1530407

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Hdo Parra Mesa identificado con cédula número 15304097, 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 Hernando Parra M.

FECHA Nov 14 - 24

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 39267251

Beneficiario
DORA LUZ ORTEGA TORRES
No. Carné 15304097 - C

Fecha **13 NOVIEMBRE 2024**

KRYTANTEK OFTENO 20mg/5mg/2mg SGS SOP (D O R Z O L A M I D A CLORHIDRATO TIMOLOL)	OFTÁLMICO: APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 2 VECES AL DÍA, DE ACUERDO CON RECOMENDACIONES DE OFTALMOLOGÍA	04 FCO CUATRO
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DEL 07FEB2025	

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Humberto Parra R.
15304097

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
70
FECHA: 14-11-2024 16:37
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1393581
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TA
BLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
210,480 6 0 0 1,262,880
132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TAB
LETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 90 0 3,060
132064-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
12,000 0 90 0 3,600
115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA)
CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS
153,100 4 10 0 711,450

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,980,990
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,980,990
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,980,990 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32324441-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ GOMEZ SONIA AMPARO
CC 32324441
CR 54A # 30B - 47 CASA 1 LA FLO
RIDA BELLO
TELEFONO. 3206080804
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

317

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 6abf7c8749e339ac5c73d85f967a
1ed1842e1c663a3cf3c1364696b6662ffc
3447a7bb4280715c925fbcc4f1d61207ec

Claudia lopez
43 602 372
3206080804

816

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Claudia López identificado con cédula número 43'602372 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 Claudia López

FECHA 14-11-2024

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

Beneficiario
SONIA LOPEZ GOMEZ **C.C.32324441**

Fecha 14 11 2024

	Cantidad
.OSARTAN 50 MGR TABLETA (SATOREN) VIA ORAL, TOMAR 1 EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE	**180 CIENTO ,OCHENTA**
FUROSEMIDA 40 MGR TABLETA MK VIA ORAL, TOMAR 1 CON EL DESAYUNO	**90 NOVENTA**
AMLODIPINO 10 MG MK TABLETA VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	**90 NOVENTA**
FLUOXETINA 20 MGR CAPSULA(MOLTOBEN) VIA ORAL , TOMAR 1 CAPSULA EN LA MAÑANA	**90 NOVENTA**
PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

Claudia López
43'602 372
3206080804

321

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
71
FECHA: 14-11-2024 16:39
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393582
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,925 0 90 0 50,378
115141-QUETIAPINA MK PRELUDYO INS
TRG CAPSULAS 75 MG CAJA X 300 UNDS
500,175 0 90 0 150,053
249166-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75
MG CAJA X 30 UNDS
28,417 3 0 0 85,251

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 285,681
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 285,681
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 285,681 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONSALVE RESTREPO MARTA FE
CC 43064660
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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 511d21a76513213726a4175b6910
3a6a2df71064f6a27b9b15cc5a32cf7438
df8b450f069a87f5e8fba0dbbeadfe7f90

Marta Monsalve
C.43064.660
tel 471.2055

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Marta 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 Marta Monsalve

FECHA 11.14.2024

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

Beneficiario **MARTHA FE MONSALVE RESTREPO**	**CC 43064660** **14 11 2024**

QUETAIPIAN 25 MGR TABLETA MK **VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA EN LA NOCHE**	**90 NOVENTA**
PREGABALINA 75 MGR CAPSULA (PRELUDYO) **VIA ORAL , TOMAR 1 CAPSULA EN LA NOCHE**	**90 NOVENTA**
VENLAFAXINA 75 MGR (EFEXOR) **VIA ORAL , TOMAR 1 CAPSULA DESPUES DEL DESAYUNO**	**90 NOVENTA**
PARA 3 MESES , GTRANSCRIPCION DE ESPECIAISITA	

Firma y Sello del Médico

Marta Monsalve
C. 43064-660
tel. 411.20.55.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
82
FECHA: 14-11-2024 17:07
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393593
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
14,400 2 0 0 28,800
115500-STAFEN INST. CAPSULAS 135MG
/20MG CAJA X 30 UNDS
227,400 3 0 0 682,200
669684-SICCAFLUID INST. GEL 0.25%
CAJA 10 G
38,705 3 0 0 116,115

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 827,115
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 827,115
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 827,115 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARULANDA ALVAREZ SONIA
CC 32483282
CR 77B # 53A - 35 AP 202 BL H ES
TADIO NORTE - 3012563608
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

MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 2c31de29e54c993cf4f40f449b93
5b1fcff3fec3f3d12ca422ad5efbb9350f
99c97997ed70f8b4bcbbb0b3a8f5ea7405

Cc 32483282

Cel: 301-2563608

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sonia Alexandra identificado con cédula número 32483284, 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 Sonia Alexandra

FECHA 15/01/2024

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
SONIA MARULANDA ALVAREZ
No. Carné 70030103-C

Cédula 32483282

Fecha **14 NOVIEMBRE 2024**

EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 50 TABLETAS (LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	100 TAB	CIEN
STAFEN 135/20MG CJX30CAP (COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA)	VIA ORAL: TOMAR CADA NOCHE	90 CAP	NOVENTA
SICCAFLUID 0.25% GO FCOX10G (POLIACRILICO ACIDO 2.5mcg GO)	OFTÁLMICO: UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA	03 FCO	TRES
FORMULA POR TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN DE FÓRMULA A PARTIR DEL 08FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

C.C. 32483282
Cel 301 2563608

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317673
85
FECHA: 14-11-2024 17:24
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393596
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL)
INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
14,713 2 0 0 29,426
669681-SERETIDE DISKUS INST.(RG) P
OLVO PARA INHALACION 50/500 MCG CAJA 60 D
OSIS
128,820 1 0 0 128,820
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
29,820 2 0 0 59,640
115126-ETORICOXIB MK INST. TABLETA
S 60 MG CAJA X 14 UNDS
18,400 1 0 0 18,400
121144-TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1
G CAJA X 4 UNDS
4,359 1 0 0 4,359
132015-ALBENDAZOL GENFAR INST. TAB
LETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS
896 1 0 0 896
213384-RIFAXIMINA MK TABLETAS RECU
BIERTAS 550 MG CAJA X 14 UNDS
90,018 1 0 0 90,018

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 331,559
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 331,559
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 331,559 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA CARDONA TRINIDAD

CL 8 # 84F - 190 INT 11-13 TORRE
1 DE BALVUENA
TELEFONO: 3182225404
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:

CUFE: 8f6ef952f95dcfea13e0892455a8
c9455309feb9f7e409b7310a6965c62ee3
2b1e91124cb34d415a3f0fa0e91d9f6ab7

Jorge Correa V
1037044065
3154402625

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317678
28
FECHA: 16-11-2024 08:21
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1394040
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669681-SERETIDE DISKUS INST.(RG) P
OLVO PARA INHALACION 50/500 MCG CAJA 60 D
OSIS
128,820 1 0 0 128,820

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 128,820
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 128,820
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 128,820 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 42975319-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA CARDONA TRINIDAD
CC 42975319
CL 8 # 84F - 190 INT 11-13 TORRE
1 DE BALVUENA
TELEFONO: 3182225404
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:

CUFE: 63ac8f780732884417bbb25c8570
c7980a91c06384e114514cd1a5262bf236
e18eab97dd2544f261ce135321c38fb7ec

337

Mark Cerrato
4348558
5831992

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jorge Cinco V. identificado con cédula número 1037644085, 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 Jorge Cinco

FECHA 15/11/2024

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

Beneficiario TRINIDAD MONTOYA CARDONA — **Cédula** 42975319

No. Carné _____ **Fecha** 14 11 2024

R/.		Cantidad
SALBUTAMOL INH MK	HACER 2 PUFF CADA 8 HORAS	2 DOS
(FLUTICASONA/SALMETEROL SERETIDE DISKUS 50/500 MCG)	HACER 1 APLICACIÓN DIARIAMENTE USO INDICADO	2 DOS
CITRATO D E CALCIO 150(VITMAINA D 200UI (CITRAGEL)	VIA ORAL TOMAR 1 DIARIAMENTE DESPUES DEL ALMUERZO, NO SUSPENDERT	60 SESENTA
ETORICOXIB 60 MGR TABLETA MK	VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA DESPUES D EL DESAYUNO POR 14 DIAS	14 CATORCE
TINIDAZOL 1 GR MK TABELTAS	VIA ORAL , TOAMR 1 TABELTA DESPUES DEL DESAYUNO Y DEL ALMUERZO PÑOR 2 DIA S	4 CUATRO
ALBENDAZOL 200 MGR TABLETA MK	VIA ORAL , TOMAR LAS 2 TABLETAS JUNTAS DESPUES DEL ALMNUERZO	2 DOS
RIFAXIMINA 550 MG TABLETA MK	VIA ORAL TOMAT 1 TABELTA DESPUES DEL ALMUERZO POR 14 DIAS (INICAIAR LA PROXIMA SEMANA	14 CATORCE
	PARA 2 MESES	

Firma y Sello del Médico

Jorge Correa
1037044085
3154426725

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: EG17675
81
FECHA: 15-11-2024 14:58
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1393792
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682634-COLESTIRAMINA GENF INST. X
100 SOBRES 4 G
283,500 0 60 0 170,100

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 170,100
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 170,100
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 170,100 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21343785-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PIEDRAHITA MARTA LIA
CC 21343785
CL 35B # 86 - 46 AP 301 EDIFICIO
LA PALMA
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

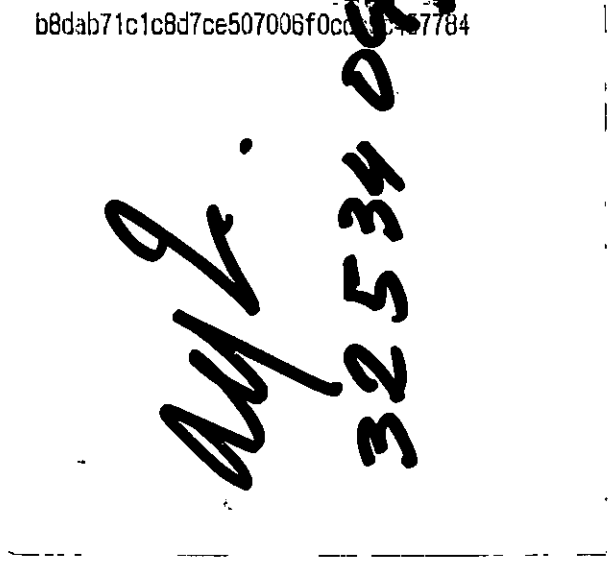
LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDE.GENERAL

OBS:

CUFE: 48d1c0256620d99a420[illegible]ce8ea

343

b8dab71c1c8d7ce507006f0cd[illegible]7784



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Victorio Ramirez identificado con cédula número 32534077 dad de beneficiario (a) del servicio médico asistencia 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 / 24

SENA	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 15 11 2024**
R/.		**Cantidad**
COLESTIRAMINA 4 MGR SOBRES	**VIA ORAL TOMAR 1 SOBRE DIARIAMENTE**	**60 SESENTA**
TRNASCRIPCIOND E GERIATRIA		

Firma y Sello del Médico

M.L.
cc 32534027
301 27 21 918

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317676
00
FECHA: 15-11-2024 16:12
VENDEDOR: LAURA VANESSA JIMENEZ QUI
SECUENCIA: 1393811
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213241-GABAPENTIN MK(RG) CAPSULAS
300 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 6 0 0 85,860

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 85,860
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 85,860
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 85;860 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAMARAZA MARIA TERESA
CC 32412270
CR 74D # 75 - 19 AP 604 UR DINAM
ARCA
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:

345

CUPE: ecef0b0b1f0c51b0f1f779be1fa1
ab8964d188a3175b36731b56dfc4e2f080
30be471537a35fed3713b773aa00b1a746

OSC

Alfredo Sanchez
71670624
2647278

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alfredo Sanchez C identificado con cédula número 71670624, 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 15-11-2024

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

Beneficiario
MARIA TERESA CAMARAZA

CC . 32412270

Fecha 15 11 2024

	Cantidad
GABAPEPTINA 300 MGR (NEURONTIN O GENERICO) VIA ORAL , TOMAR HASTA 2 TABELTAS EN LA NOCHE SIU NO LOGRA DORMIR	**180 CIENTO OCHENTA**
PARA 23MESES	

Firma y Sello del Médico

Alfredo Sanchez
71670624
264 7278

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317676
43
FECHA: 15-11-2024 17:53
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1393854
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115104-ETORICOXIB (ANEXIA) INST. T
ABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS
10,143 2 0 0 20,286
129691-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJ
A X 15 UNDS
122,325 1 0 0 122,325
115126-TRIMEBUTINA COLMED INST. TA
BLETAS 300 MG CAJA X 30 UNDS
27,000 2 0 0 54,000
123100-SPASMOMEN INST. (BROM. OTIL
ON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
42,840 1 0 0 42,840
055055-LACTULAX SOBRES CAJA X 12 U
NDS
27,876 2 6 0 69,690

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 309,141
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 309,141
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 309,141 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARCIA MARIN SANDRA
CC 43255447
DG 79 # 9 - 133 SORRENTO 1 APT 4
02 TORRE 5
TELEFONO: 5858410
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co

PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 22b75e3feb41f70e56395835fe67
a78f72e8f916a39c07216711e7bfa120ae
ce4810279e7ca8fc2948d607449a80316e

Fabor Restrepo
Tel 3145135100
CC 1044161571

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fabio Ramirez identificado con cédula número 1044101571, 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 15/11/2024

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

Beneficiario
SANDRA GARCIA MARIN
No. Carné 98553377-C

Cédula 43255447

Fecha **15 NOVIEMBRE 2024**

ETORICOXIB 120 MG CJX7TAB (ETORICOXIB 120MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 2 PM CON EL ESTÓMAGO LLENO	14 TAB	CATORCE
VERSATIS PARCHES 5% PAR CJx15 (LIDOCAINA)	TRANSDÉRMICA: APLICAR CADA DÍA POR 12 HORAS Y DESCANSAR 12 HORAS POR QUINCE DÍAS	15 PCH	QUINCE
BUMETIN RETARD 300mg TLP CJX20TAB (TRIMEBUTINA MALEATO)	VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS POR 10 DÍAS Y CONTINUAR TOMANDO UNA DIARIA, MEDIA HORA LUEGO DEL ALMUERZO	60 TAB	SESENTA
SPASMOMEN 40MG CJX30GRG (OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR 15 DÍAS	30 CAP	TREINTA
LACTULAX JARABE (LACTULOSA 5g) SOBRES	VIA ORAL: TOMAR UN SOBRE INTERDIARIO (UN DÍA SÍ Y UN DÍA NO) POR LA NOCHE	30 SOB	TREINTA
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Fabor Restrepo
TU 3145135100

CC 1044101571

359

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317678
64
FECHA: 16-11-2024 10:50
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1394077
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 3 0 0 467,208
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
4,180 3 0 0 12,540
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 100
0 MCG AMPOLLA 1 CC
1,314 6 0 0 7,884

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 487,632
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 487,632
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 487,632 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43781794-DOMICLIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
URREGO LOAIZA MIRIAM DEL SOCORRO
CC 43781794
CR 82B # 29 - 27 CASA 2 BELEN LA
PALMA
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:

CUFE: 72387660c00b801035e4a1db9d0a
b0cdff18b212ffc7fa0af196c01fb6a0d9
86e3a8ed6f46f5f7a8f51400014a551fe1

717611 48

3003579676

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ivan Rojas identificado con cédula número 71761148, 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 15-11-24

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

Nombre MIRIAN URREGO

Cedula 43781179

Fecha **15** **11** **2024**

R/	**Cantidad**
ROSUVASTATINA 20 MGR TABELTA MK VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA CON LA ULTIMA COMIDA DEL DIA NO SUSPENDER POR 6 MESES	90 NOVE0TA
FUMARAYTO FERROSO/FÓLICO /ASCÓRBICO CAPSULA (ANEMIDOX) VIA ORAL , TOMAR 1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 3 MESES	90 NOVENTA
CIANOCOBALAMINA AMPOLLA 1 ML APLICAR EN CADERA CADA SEMANA 1 MES Y LUEGO CAD A ME S POR 1 AÑO	6 SEIS
PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

71761148

3

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317683
40
FECHA: 18-11-2024 10:54
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1394587
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
79,900 3 30 0 287,640

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 287,640
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 287,640
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXENTAS: 287,640 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43075746-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDOÑO OLAYA NELCY DEL SOCORRO
CC 43075746
CR 72A # 22 - 15 SAN BERNARDO-3
005037820
TELEFONO: 3002260952
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

César Ocampo

OBS: 71633498
3005037820

CUFE: d12fad03d5cc3439f9f7a4e8c769
3e6d7ed77e6a1e779751d770e1d249d3e9
802f884183b9d369faff91abadb85233c2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cesar Olarte identificado con cédula número 71633493, 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 18/NOV/2024

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

Nombre NELCY LONDOÑO OLAYA

Cedula : 43075746

Fecha **18 11 2024**

R/		**Cantidad**
ACETAMINOFEN 500 MGR CAFEINA 65 TABLETA (DOLEX FORTE)	VIA ORAL, TOMAR 2 TABLETAS AL DIA	180 CIENTO OCHENTA
	PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

Cesar Ocampo
71633428
300 503782 20

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 32-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317683
67
FECHA: 18-11-2024 12:51
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1394614
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132003-LATANOX INST. LATANOPR (RG)
CF SOLUCION OFTALMICA 0.05 MG/ML FRASCO
5 ML
41,343 2 0 0 82,686
116300-KRYTANTEK OFTENO INST. (RG)
GOTAS OFTALMICAS CAJA 5 ML
66,415 2 0 0 132,830
118600-PROXTEN PLUS INST. (PREDNIS
OL) GOTAS OFTALMICAS 1 % CAJA 5 ML
7,908 1 0 0 7,908

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 223,424
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 223,424
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 223,424 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 54250716-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IBARGUEN GARCES GLADYS YACIRA
CC 54250716
CL 43 # 80B - 45 CS P-3 LA AMER
ICA
TELEFONO: 3226119870
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

373

OBS:

CUFE: caf498a775119401d2f1bbaada1b
9fe79577f2ec8b6f0e7d6a30c12506dfd3
663ff8869700e1641a35cb52897c829055

Vani Serna
3 + 8 6 2 2
3113181181

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Valeria Serna H identificado con cédula número 3479602, 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 18-11-24

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

Nombre
GLADYS YACIRA IBARGUEN

Cedula : 54250716

Fecha **18** **11** **2024**

R/		**Cantidad**
LATANOPROST OFTALMICO 0.05%	APLICAR EN AMBOS OJOS OJOS 1 GOTA EN LA NOCHE	2 UNO
DORZOLAMIDA 2% /TIMOLOL0.5// BRIMONIDINA0.2 % GOTAS OFTALMICAS (KRYTAN.TEC)	APLICAR EN AMBOS OJOS OJOS 1 GOTA 2 VECES AL DIA	2 UNO
ACETATO D E PREDNISOLONA 10 MG/ML	APLCIAR 1 GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 6 HORAS	1 UNO
TRANSCRIPCION DE OFTALMOLOGIA		
	PARA 2 MESES	

Firma y Sello del Médico

Yanir Serna
3178682
3113181181

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317685
40
FECHA: 19-11-2024 09:34
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1394795
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-OSMOLITE HN PLUS 1.2 KCAL S
OLUCION ORAL LATA 237 ML
16,448 90 0 0 1,480,320

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,480,320
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,480,320
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,480,320 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 21336428-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LARA DE MORALES LENNY
CC 21336428
CL 34C # 88B - 55 AP 226 BL13 PL
AZA CAMPESTRE
TELEFONO: 5367519
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:

CUFE: f6c39e337e2b25c2ce49db765d01
1e901978a4804454b9dce8799243b1addb

379

Guillermo Morales V
604 536 7519
C.C. 2920342

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Guillermo Morales identificado con cédula número 2920342, 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 Nov. 2024

8

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

Beneficiario **LENY LARA DE MORALES** **Cédula 21336428**

No. Carné 2920342 **Fecha 15 11 2024**

R/.		Cantidad
COMPLEMENMTO NUTRICIONAL (OSMOLITE HN PLUS 237 ML)	VIA ORAL TOMAR 1 LATA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
FORMULA 3 MESES		

Firma y Sello del Médico

C.C. 2920342

T. 604 5367519

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317685
86
FECHA: 19-11-2024 14:31
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1394841
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600270-ISOFACE INST. 20 MG. 30 CAP
S.
59,250 3 0 0 177,750

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 177,750
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 177,750
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 177,750 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1091964416-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
NAVARRO BERRERA CRISTIAN DAVID
CC 1091964416
CR 83A # 40A - 37 SIMON BOLIVAR
TELEFONO: 3006784905
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:

CUFE: e5b45261e2bf92d7b3ecfae1f07d
6332fd246af6ed055f6c7eeae572544d5a
e74d0a3d2c26a6b200957abb4944a59ebb

385

Cristian Navarro B
CC.1091664916
Cel: 3006784905

986

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cristian Navarro Berrio identificado con cédula número 1094964916, 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 Cristian Navarro B.

FECHA 19-11-2024

Bodega

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

Beneficiario
CRISTIAN DAVID NAVARRO BARRERA

Cédula
1091964416

No. Carné

Fecha 19 11 2024

R/.

Cantidad

ISOTRETINOINA 20 MGR TABLETA (ISOFACE)
VI AORAL , TOMAR 1 TABELTA DIARIAMENTE
POR 3 MESES

90 NOVENTA

RANSCRIPCIOND E DERMATOLOGIA

Julia JZ

Firma y Sello del Médico

Julia JZ

Cristian Navarro B
C.C. 1091964416

389

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317686
12
FECHA: 19-11-2024 16:50
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1394867
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

240119-VICITRA Z CAPSULAS 500/5 MG
CAJA X 30 UNDS
38,527 0 20 0 25,685
355124-UROXACIN COMPRIMIDOS 200 MG
CAJA X 7 UNDS
81,318 1 0 0 81,318
132070-CEFALEXINA GENFAR INST. CAP
SULAS 500 MG CAJA X 300 UNDS
158,400 0 28 0 14,784
138733-SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDO
S 300 MG CAJA X 30 UNDS
151,290 3 0 0 453,870
138229-SEROQUEL (RG) COMPRIMIDOS 2
5 MG CAJA X 30 UNDS
16,792 3 0 0 50,376
115500-STAFEN INST. (FENOFIBRATO)
CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS
129,900 3 0 0 389,700

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,015,733
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,015,733
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 21,584 4,101
EXCLUIDAS: 990,048 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32767483-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BENDECK OROZCO ZABY ESTHER
CC 32767483
CR 80E # 40 - 92 APTO 301 PALERM
O
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

OBS:

CUFE: 0f66919d8ff7556ec086b5fa03e7
682ebb33b343c0b8b03b939a949281fa2b
2a4105e95c64f4283c59a674bb50f63b7d

3238051105
Alejandro Cañón
1027801284

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alejandro Antonio Cañón Bendeck identificado con cédula número 1027801284, 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 19 Nov 2024

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 32767483

Beneficiario
ZABY ESTHER BENDECK OROZCO

No. Carné 85456099 - C

Fecha **19 NOVIEMBRE 2024**

VICITRA 500MG CJX30CDR (VITAMINA C 500MG Cápsula de cubierta dura)	VIA ORAL: TOMAR 1 CADA 12 HORAS (7 AM – 7 PM) POR 10 DÍAS	20 CAP	VEINTE
UROXACIN 200MG CJX7 CR Comprimido Recubierto (FENAZOPIRIDINA 200MG CJX7COM)	VIA ORAL: UNA CADA 24 HORAS A LAS 8 AM POR SIETE DÍAS	07 TAB	SIETE
EFALTEC CEFALEXINA 500mg CJX30CDR (CEFALEXINA HIDRATO)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS (6AM- 12M- 6PM- 10 PM)	28 TAB	VEINTIOCHO
SEROQUEL XR 300mg TLP CJX30TLP (QUETIAPINA FUMARATO)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
SEROQUEL 25MG CJX30TAB (QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
STAFEN 135/10 MG CJX30CAP (COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA10MG)	VIA ORAL: UNA CADA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR NUEVA FÓRMULA A PARTIR DEL 10FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Alejandro Cañón
3238051105
CC 1022807284

395

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317686
36
FECHA: 19-11-2024 17:55
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1394892
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

347004-RELVAR ELLIPTA (RG) POLVO P
ARA INHALACION 100/25 MCG CAJA 30 DOSIS
107,100 6 0 0 642,600
253743-SPIRIVA RESPIMAT (RG) 2.5MC
G INHALADOR 4 ML
107,313 6 0 0 643,878
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
7,250 2 0 0 14,500
001771-TRILIPIX CAPSULAS 135 MG CA
JA X 30 UNDS
201,840 2 0 0 403,680
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL)
INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
14,713 3 0 0 44,139

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,748,797
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,748,797
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,748,797 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VASQUEZ ZAPATA MARIA FABIOLA
CC 42974284
CR 92 # 38B - 7 EDF.DELFINES 3 A
P 102 SANTA MONICA
TELEFONO: 4438795
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 228fa4e75e5f9dc3341a4d609370
c210707023ba22f353b5d632f7ed37f924
ac0fc8ada4d48e268342823fd844ca7e5

Ff abila 42974284

604 4874492

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gabriela Vasquez identificado con cédula número 1297292784 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 Noviembre 20 de 2024.

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

Beneficiario
MARIA FABIOLA VASQUEZ **Cédula 42974284**

No. Carné **Fecha 19 11 2024**

LUGAR:
MEDELLIN

R/.		**Cantidad**
FUROATO DE FLUTICASONA / VILANTERIL 100/25 (RELVAR ELLYPTA)	**HACER 2 PUFF AL DIA**	**6 SEIS**
TIOTROPIO BROMURO5 MCGR (SPIRIVA RESPIMAT 2.5/2.5)	**HACER 2 PUFF AL DIA**	**6 SEIS**
LEVORITOXINA 50 MCGR TABELTA (EUTIROX)	**VI AORAL , TOMAR 1 TABELTA EN AYUNAS**	**100 CIEN**
FENOFIBRATO 135 MGR TABELTA (TRILIPIX)	**VIA ORAL , TOMAR DIA POR MEDIO**	**60 SESENTA**
SALBUTAMOL INHALADOR (VENTILAN)	**HACER 2 PUFF A NECESIDAD**	**3 TRES**
PARA 3 MESES		

Firma y Sello del Médico

Fabiola 42604487492
42974284

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 62-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317688
12
FECHA: 20-11-2024 14:08
VENDEDOR: LAURA VANESSA JIMENEZ QUI
SECUENCIA: 1395068
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

067138-ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS
INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS
162,228 3 0 0 486,684
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 3 0 0 44,190
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100
MCG CAJA X 50 UNDS
9,714 2 0 0 19,428
115100-ESZOPICLONA (ISOKLON) INST.
RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS
28,742 13 0 0 373,646
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
42,084 3 0 0 126,252

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,050,200
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,050,200
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,050,200 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARANGO DE NIETO FANNY STELLA
CC 41397513
CR 77B # 47 - 123 VELODROMO AP 4
01 CASIBARI
TELEFONO: 3242689716
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

403

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 47cf34cc6c3d6ee67a0aba911c3b
e80f08d2fff15d92ec25e16881bdeffb93
c1ebfcef27fdc4abda5017b40405a071f4

Danny De Luna
4139573
4139425

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jamy de Jesús identificado con cédula número 43.592.573, 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 Jamy de Jesús

FECHA 21 Nov

405

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 41397513

Beneficiario
FANNY STELLA ARANGO DE NIETO
No. Carné 17092995 - C

Fecha 20 NOVIEMBRE 2024

ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG CX30CAP (INDACATEROL MALEATO 110µGDGLICOPIRRONIO)	VIA INHALATORIA: USAR UNA CÁPSULA CADA 24 HORAS	90 CAP	NOVENTA
ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB (ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR LA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
ELTROXIN 100MCG FCOX50TAB (LEVOTIROXINA SODIO 0.1MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	100 TAB	CIEN
ISOKLON 3MG CJX14TAB (ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR DOS JUNTAS CADA NOCHE	182 TAB	CIENTO OCHENTA Y DOS
ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 20MG Tableta Liberación Retardada (NEXIUM MUPS 20MG CJX28 TLR)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN DE FÓRMULA COMPLETA A PARTIR DEL 10FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Fanny de Nieto
41397513

407

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317688
13
FECHA: 20-11-2024 14:12
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1395069
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
7,250 2 0 0 14,500
100278-SERTRALINA MK INST. TABLETA
S 100 MG CAJA X 30 UNDS
2,770 3 0 0 8,310
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 3 0 0 44,190
069042-CORBIS (RG) COMPRIMIDOS 2.5
MG CAJA X 30 UNDS
10,245 3 0 0 30,735

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 97,735
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 97,735
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 97,735 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32460218-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA
CC 32460218
CL 38A # 80 - 53 BLOQUE 5 AP 61
8 JARDIN DE LOS LAURELES
TELEFONO: 4110865
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

409

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: c19110ee4b8f9ae51f38800b4922
80a7575ba0bb278c65aa6baf95cc708887
7e7f6f9baaa019de25f636b93797da86ab

Cinq 17 Botero 4386508

3013549261

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Liny M. Botero S. identificado con cédula número 43866508, 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 20 Nov. 2024

411

SENA

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

Beneficiario
ESTHER SOFIA OSSA DE GÓMEZ
No. Carné 43090277-A

Cédula 32460218

Fecha **20 NOVIEMBRE 2024**

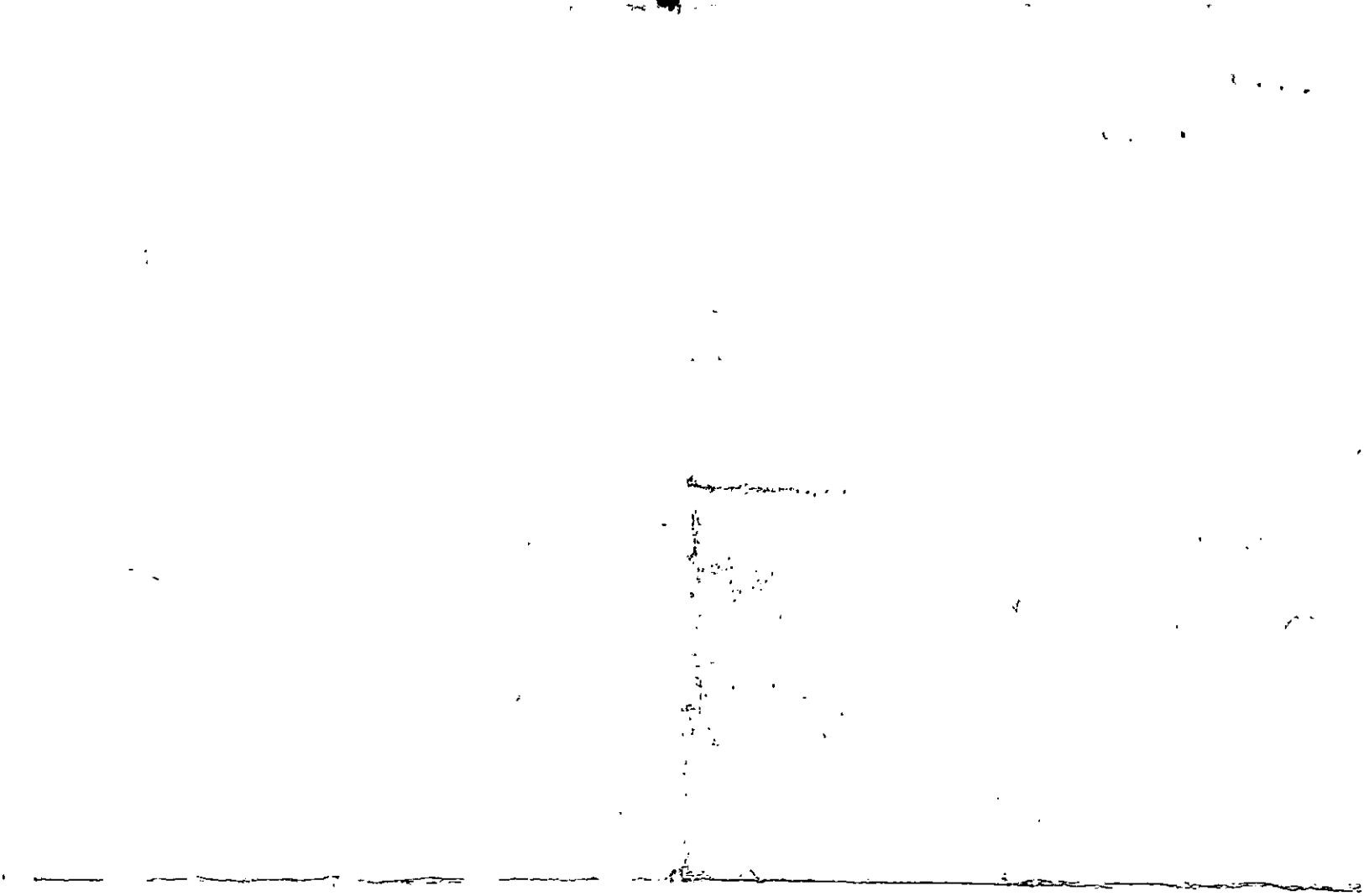
LEVOTIROXINA SODIO 0.05MG Tableta (EUTIROX 50MCG FCOX25TAB)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	100 TAB CIEN
SERTRALINA CLORHIDRATO 100MG Tableta Recubierta (SERTRALINA 100MG CJX10TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA	90 TAB NOVENTA
ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta (ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB)	VIA ORAL: TOMAR 1 CADA NOCHE	90 TAB NOVENTA
BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG TNR CJX30TAB (BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS (Recomendación del especialista) POR SEIS MESES. ENTREGA 5/6. PENDIENTE 1 ENTREGA	90 TAB NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN CARDIOLOGÍA	

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Cinn M Botero
43 866 502
3013595261

413



DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317688
14
FECHA: 20-11-2024 14:12
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1395070
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

662001-LYRICA INST. (RG) CAPSULAS
75 MG CAJA X 30 UNDS
50,017 6 0 0 300,102
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
7,250 2 0 0 14,500
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0180 0 12,420
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
84,112 3 0 0 252,336
138730-SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDO
S 50 MG CAJA X 30 UNDS
25,215 6 0 0 151,290
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 3 0 0 44,190
115110-MEMANTINA MK (MODUALZ) INST
.RG TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
644,070 0 90 0 193,221

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 968,059
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 968,059
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 968,059 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CUERVO DE JARAMILLO LUZ ESTELLA
CC 32424341
CL 65BB # 39 - 46 VILLA HERMOSA
TELEFONO: 5859352
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

415

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:

CUFE: 686022a903c97e276d1b887fc672
7239da0092db4c9db747d62c6d7d4da5e7
281de5a8cc9e211a587e9ea163eb9657ef

Wendy Bueno
91669079

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317689
48
FECHA: 21-11-2024 06:59
VENDEDOR: ANGIE NATALIA RUIZ PRESIG
SECUENCIA: 1395204
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

067047-EXELON (RG) CAPSULAS 1.5 MG
CAJA X 28 UNDS
37,356 7 0 0 261,492

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 261,492
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 261,492
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 261,492 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CUERVO DE JARAMILLO LUZ ESTELLA
CC 32424341
CL 65BB # 39 - 46 VILLA HERMOSA
TELEFONO: 5859352
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:

CUFE: 180dea711837e35f8099a5d5f1d5
780d9338879bff2787c7d0c995f9762204
63d0a8ccc1022d9a6e60401733e43b6366

417

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Omar Moreno identificado con cédula número 71668079, 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 20/1/24

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
LUZ ESTELLA CUERVO DE JARAMILLO
No. Carné 3316351-C

Cédula 32424341

Fecha **20 NOVIEMBRE 2024**

ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 40MG Tableta Liberación Retardada (NEXIUM MUPS 40MG CJX28 TLR)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, MEDIA HORA ANTES DEL DESAYUNO, POR DOS MESES	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura (PREGABALINA 75MG CJX30CAP)	VIA ORAL: TOMAR 1 CADA 12 HORAS	180 CAP	CIENTO OCHENTA
LEVOTIROXINA SODICA 50mcg (EUTIROX® 50 MCG CAJA X 50 TABLETAS)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	100 TAB	CIEN
LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta (LOSARTAN 50MG X 30TAB)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS	180 TAB	CIENTO OCHENTA
QUETIAPINA FUMARATO 50MG Tableta Recubierta (SEROQUEL 50MG CJX30TAB)	VIA ORAL: TOMAR DOS JUNTAS CADA NOCHE	180 TAB	CIENTO OCHENTA
ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta (ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE	90 TAB	NOVENTA
RIVASTIGMINA 1.5MG CÁPSULAS	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS (8AM-8PM) POR TRES MESES	180 CAP	CIENTO OCHENTA
MEMANTINA 10mg TAB CJX30TAB (MEMATINA CLORHIDRATO 10MG Tableta)	VIA ORAL: UNA CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN NEUROLOGÍA. RENOVAR A PARTIR DEL 10FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

7166907

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317688
16
FECHA: 20-11-2024 14:31
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1395072
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

529765-SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS
14,360 2 0 0 28,720
260168-SEDORM TABLETAS 7.5 MG CAJA
X 20 UNDS
14,360 1 0 0 14,360

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 43,080
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 43,080
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 43,080 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32516214-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:

CUFE: 3470ba8711b36cc9d57d9f65c772
66ba1108e627c007d255bad4e95b616458
d613708d805b18c6984411a165aec2d88b

JHANZA C.
CC. 43117700
3022483192

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317688
21
FECHA: 20-11-2024 14:53
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1395077
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
155,736 2 0 0 [illegible]
132064-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
12,000 0 60 0 2,400
203240-GLUCOPHAGE INST. (METFORMIN
A) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS
68,610 2 0 0 137,220
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLE
TAS 100/12.5 MG CAJA X 30 UNDS
11,070 2 0 0 22,140

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 473,232
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 473,232
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 473,232 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32516214-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

425

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: TATIANA C. CC43117700 3022483192

CUFE: b1bc3ec80ad78fb6d90b87e81c5c
00d9791461ecf4ab716c787e099989fabf
a544a8b1e814a1964af6ead6366a38af4d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Tatiana Cataño identificado con cédula número 43117100, 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 19-11-24

427

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

Beneficiario LUZ MARY CASTRO _____ **Cédula** 32516214

No. Carné _____ **Fecha** 19 11 2024

R/.		Cantidad
LOSARTAN 100 MGR/HCZ 12.5 MGR TABLETA (SATOREN H)	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA CADA DIA	60 SESENTA
ROSUVASTATINA 20 MGR MK TABLETA	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA CADA NOCHE	60 SESENTA
ZOPICLONA 7.5 MGR (SEDORM)	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	60 SESENTA
AMLODIPINO 10 MG MK TABLETA	VIA ORAL , TOMAR 1TABLETA AL DIA	60 SESENTA
METFORMNA 850 MGR TABELTA (GLUCOPHAGE)	VIA ORAL TOMAR 1 TABELTA DESPUES DEL ALMUERZO	60 SESENTA
	PARA 2 MESES	

Firma y Sello del Médico

TATIANA CATANO
3022483192 CC. 43117700.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317688
22
FECHA: 20-11-2024 15:01
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1395078
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116500-PANTOPRAZOL COLMED INST. CA
PSULAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
15,420 3 0 0 46,260
115500-STAFEN INST. CAPSULAS 135MG
/20MG CAJA X 30 UNDS
227,400 2 0 0 454,800
181744-STAFEN CAPSULAS 135MG/20MG
CAJA X 30 UNDS
227,400 1 0 0 227,400

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 728,460
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 728,460
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 728,460 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 43025021-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 LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 0f6047ae618d140d81299a76ac90
9ddd4162a31d3b6837ac639b9dc78ee5c7
068268a3e8bc483e24b4f1ee20ef5e6b63

Cecilia Esther Serme M.
CC. 43025021

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cecilia Esther Sena identificado con cédula número 43025021, 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 Cecilia Esther Sena M

FECHA 11. 20. 2024

433

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 43025021

Beneficiario
CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ
No. Carné 70094201 - C

Fecha **20 NOVIEMBRE 2024**

GAMO 20MG TR CJX28TAB (S-PANTOPRAZOL SÓDICO TRIHIDRAT 20MG Tableta de Liberación Prolongada)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
STAFEN 135/20 MG CJX30CAP (COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR LA NOCHE	90 CAP	NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN DE FÓRMULA COMPLETA A PARTIR DL 10FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Cecilia Esther Serna M.
CC. 43025021.
tel. 3004576131.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317689
85
FECHA: 21-11-2024 11:17
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1395249
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

028096-CLOZAPINA HUMAX TABLETAS 10
0 MG CAJA X 20 UNDS
26,955 3 0 0 80,865

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 80,865
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 80,865
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 80,865 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 32424341-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CUERVO DE JARAMILLO LUZ ESTELLA
CC 32424341
CL 65BB # 39 - 46 VILLA HERMOSA
TELEFONO: 5859352
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: Hernán 42.533.498

CUFE: 64bc244be7f4100df83e836a0117
9475290597040Od1223513cc357bd9419b
7e72520f65f2b100781c709b08a670b57d

437

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Henry Jaramillo identificado con cédula número 98.553.198, 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 21 Dic

439

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
LUZ ESTELLA CUERVO DE JARAMILLO
No. Carné 3316351-C

Cédula 32424341

Fecha **20 NOVIEMBRE 2024**

CLOZAPINA 100MG CJX20TAB (CLOZAPINA 100MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS, POR SEIS MESES. ENTREGA 2/6. PENDIENTE CUATRO)	60 TAB SESENTA
FORMULA PARA UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN PSIQUIATRÍA. FÓRMULA DE CONTROL	

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

43.533.198

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317690
62
FECHA: 21-11-2024 17:33
VENDEDOR: LAURA VANESSA JIMENEZ QUI
SECUENCIA: 1395346
CODIGO-NOMBRE
V.UNT ENT FRA DTO PARCIAL

600580-DIOVAN HCT INST. 80/12.5 MG
COMPRIMIDOS X 28 UNDS
25,144 3 0 0 75,432
115143-SERTRALINA MK INST. TABLET
AS 50 MG CAJA X 30 UNDS
8,010 3 0 0 24,030
117400-ALZIT INST.(RG) TABLETAS 10
MG CAJA X 28 UNDS
130,578 3 0 0 391,734
115600-ROSUVASTATINA ECAR INST. TA
BLETAS 20 MG CAJA X 250 UNDS
155,250 0 90 0 55,890
102029-MYRBETRIC (RG) TABLETAS 50
MG CAJA X 30 UNDS
143,460 3 0 0 430,380

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 977,466
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 977,466
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 977,466 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DIMICILIO
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:
cFactura cadena NIT: 890 930 534-0

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: f350d8b5b843d2ca1c7048610a8c
5980a4a70c132cb252277f34ebb9674f12
032f6ee792faf6298d5ddc5cfc333b35cd

Claudia Vargas
43828.395

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Claudia Vargas identificado con cédula número 43828392 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 Claudia Vargs

FECHA Nov. 21/2024

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

Beneficiario **BEATRIZ GOMEZ BAUTISTA** **C.C 41300634**

21 **11** **2024**

LUGAR: MEDELLIN

VALSARTAN 80/12.5 HCTZ MGR TABLETA (DIOVAN H)	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA	**90 NOVENTA**
SERTRALINA 50 MGR MK TABLETA	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO	**90 NOVENTA**
DONAPECILO 10 MGR	TABLETA VI A ORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIA	**90 NOVENTA**
ROSUVASTATINA 20 MGR TABLETA	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE**	**90 NOVENTA**
MIRABEGRON 50 MGR TABLETA (MYRBETRIC)	**VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA DIARIAMENTE**	**90 NOVENTA**

PARA 3 MESES

Claudia Vargas
43828-395

FIRMA Y SELLO MÉDICO

447

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317690
66
FECHA: 21-11-2024 17:48
VENDEDOR: NATALIA YEPES HERRERA
SECUENCIA: 1395350
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

138066-SYMBICORT RAPIHALER (RG) IN
HALADOR 160/4.5 MCG CAJA 120 DOSIS
110,016 1 0 0 110,016
115116-BECLOMETASONA FORTE MK INST
. INHALADOR 250 MCG CAJA 200 DOSIS
55,142 1 0 -0 55,142
115108-ETORICOXIB MK INST. TABLETA
S 120 MG CAJA X 7 UNDS
18,284 1 0 0 18,284
600315-MELOXICAM GENFAR INST. TABL
ETAS 15 MG CAJA X 30 UNDS
4,920 0 20 0 3,280

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 186,722
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 186,722
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 186,722 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 41689031-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDONA POSADA BEATRIZ
CC 41689031
CL 48B # 88 - 11 CS 1P FLORESTA
LOS ALCAZARES
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 ARTZA WENDY LAURA

449

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: e8099877d47712dc5da06b5ef876
23c6cae2b9000ddbdc09e1f1ae229f555c
977bde80bb8538a1e460a04eb90e697ccb

Beatriz Cardona P.
1689031

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Beatriz Cardona P. identificado con cédula número 41669037, 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 Nov 21- 2024

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 41689031

Beneficiario
BEATRIZ CARDONA POSADA
No. Carné 11371474-C

Fecha **21 NOVIEMBRE 2024**

SYMBICORT INH TBO 160/4.5 FCXO120D (BUDESONIDA 160µGDFORMOTEROL)	VIA INHALATORIA: HACER DOS PUFF DIARIOS	01 FCO	UNO
BECLOMETASONA 250MCG SHN INHBUCX200DOS (B E C L O M E T A S O N A DIPROPIONATO 250µGD)	INHALATORIO: HACER DOS PUFF CADA 6 HORAS (6AM - 12PM - 6PM - 10 PM) POR 10 DÍAS	01 FCO	UNO
ETORICOXIB 120 MG CJX7TAB (ETORICOXIB 120MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 2 PM CON EL ESTÓMAGO LLENO	07 TAB	SIETE
MELOXICAM 15MG Tableta (MELOXICAM 15 MG CJX10TAB)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS (6 PM) POR 10 DÍAS, CON EL ESTÓMAGO LLENO. INICIAR LUEGO DEL ETORICOXIB	15 TAB	QUINCE
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Beatriz Cardona P.
41689031

1453

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317692
94
FECHA: 22-11-2024 13:55
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1395583
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121623-LOPERAMIDA GENFAR TABLETAS
2 MG CAJA X 6 UNDS
7,510 15 0 0 112,650

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 112,650
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 112,650
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	112,650	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 21336428-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LARA DE MORALES LENNY
CC 21336428
CL 34C # 88B - 55 AP 226 BL13 PL
AZA CAMPESTRE
TELEFONO: 5367519
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: 21336428

CUFE: 6be8859f11e97b09b6503419382e

455

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Leny Lara de M identificado con cédula número 21336428, 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 22 - Nov. 2024

8

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

Beneficiario
LENY LARA DE MORALES **Cédula 21336428**

No. Carné 2920342 **Fecha 22 NOVIEMBRE 2024**

R/.		Cantidad
LOPERAMIDA 2 MGR	VIA ORAL , TABLETA TOMAR DE 1 A 5 AL DIA SEGÚN LOS SINTOMAS	90 NOVENTA
FORMULA 3 MESES		

Leny Lara de Morales
CC 21336428

Firma y Sello del Médico

459

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # 02-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E917692
96
FECHA: 22-11-2024 13:59
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1395585
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 0 10 0 11,790
041072-BUSCAPINA GRAGEAS 10 MG CAJ
A X 20 UNDS
23,240 0 10 0 14,620
137175-ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBI
BLES CAJA X 10 UNDS
77,330 0 5 0 38,665

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 65,075
---------[FORMAS DE PAGO]---------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 65,075
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 65,075 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1033267231-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR ARANGO ISABELLA
RC 1033267231
CL 9 # 72 - 50
TELEFONO: 3168771061
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 Glenna Escobar

461

OBS: 43495412

CUFE: d4cf1a686f191fec03a1be608392
f80b71f138103c7cb6be88d7ade9c88c6a
b997620bd90d17e5661c8f3343c66a87eb

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Cecilia Escobar A identificado con cédula número 43495412, 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 22-NOV-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
ISABELLA ESCOBAR ARANGO
No. Carné 43495412 - E

Cédula 1033267231

Fecha 22 NOVIEMBRE 2024

DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB (ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 8 HORAS POR TRES DÍAS (6 AM – 2 PM – 10 PM)	10 TAB	DIEZ
HIOSCINA BUTILBROM 10mg TNR CJX300TAB (HIOSCINA NBUTILBROMURO)	VIA ORAL: TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS (6AM-2PM-10PM) POR TRES DÍAS	10 TAB	DIEZ
ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión (ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA A PARTIR DE MAÑANA	05 AMP	CINCO
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

6landescobar
43498412.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E317 1 A: E317 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317692
99
FECHA: 22-11-2024 14:04
VENDEDOR: LAURA VANESSA JIMENEZ QUI
SECUENCIA: 1395588
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 0 10 0 11,790
137175-ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBI
BLES CAJA X 10 UNDS
77,330 0 5 0 38,665
041072-BUSCAPINA GRAGEAS 10 MG CAJ
A X 20 UNDS
29,240 0 10 0 14,620

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 65,075
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 65,075
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 65,075 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR ARANGO MATIAS
RC 1033264710
CL 3 S # 50G - 10 CS 1
TELEFONO: 1033264710
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:

CUFE: 15a8c798d5ceb87db0f6267b4584
d2ca815bac081f893ed6e1045f2d66c46a
4b234ef65c6aef270a3da21c1864c32f5a

Olma Escobar
43495412

897

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Glenaleeshaescobar A identificado con cédula número 43465412, 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 Glenaleescobar

FECHA 22-nov-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
MATIAS ESCOBAR ARANGO
No. Carné 43495412 - D

Cédula 1033264710

Fecha 22 NOVIEMBRE 2024

DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB (ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 8 HORAS POR TRES DÍAS (6 AM – 2 PM – 10 PM)	10 TAB	DIEZ
HIOSCINA BUTILBROM 10mg TNR CJX300TAB (HIOSCINA NBUTILBROMURO)	VIA ORAL: TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS (6AM-2PM-10PM) POR TRES DÍAS	10 TAB	DIEZ
ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión (ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB)	VIA ORAL: TOMAR 1 DIARIA A PARTIR DE MAÑANA	05 AMP	CINCO

FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Glonia Escobar
43495412.

471

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
ARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328604
08
FECHA: 01-11-2024 19:50
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1103575
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253017-JARDIANCE (RG) TABLETAS 25
MG CAJA X 30 UNDS
277,222 3 0 0 831,666
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 60 UN
S
33,120 1 30 0 49,680
132733-SERTRALINA GENFAR INST. TAB
LETAS 50 MG CAJA X 10 UNDS
1,510 3 0 0 4,530
133018-SERTRALINA GENFAR INST. TAB
LETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS
45,300 0 60 0 9,060
115143-RINAID(FUR.MOMETASONA) INST
. SPRAY NASAL 0.05 % FRASCO 18 G
187,486 3 0 0 562,458

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,457,394
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,457,394
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,457,394 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICIL.
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS ESPINOSA CARMEN ELENA
CC 36540504
CL 46 S # 46C - 100 APT 113
TELEFONO: 3799540
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena, NIT: 890 930 534-0

473

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carmen Elena Vargas identificado con cédula número 36540504, 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 Carmen Elena Vargas

FECHA 2 NOV /24

Carmen Elena Vargas
CC# 36540504
Tel: 316 255 3485

2fb4a47655058a32486902/1b2bc711fc2
4d593324210d14c4e38973921ae1420446 5
CUFE: 12582a484936a15a7e7f0a94bc17

OBS:

MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD
HUENO ARIZA WENDY LAURA

DATOS DEL MEDICO

4741

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
CARMEN ELENA VARGAS ESPINOSA
No. Carné 70054166 - C

Cédula 36540504

Fecha **01 NOVIEMBRE 2024**

JARDIANCE 25 mg CJX30TAB (EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR 6 MESES. (QUEDA UNA ENTREGA PENDIENTE)	90 TAB	NOVENTA
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP (VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR 6 MESES. (QUEDA UNA ENTREGA PENDIENTE)	90 CAP	NOVENTA
SERTRALINA 50MG CJX10TAB (SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta)	VÍA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA	90 TAB	NOVENTA
MOMETASONA FUROATO HIDRATO 0.5MGML Suspensión (MOMETASONA SPRAY NASAL ADUL FCOX18ML)	VIA NASAL: 2 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA NOCHE	03 FCOS	TRES

FORMULA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Carmen Elena Vargas
CC# 36540504
Tel: 316 2553488

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328604
23
FECHA: 01-11-2024 20:28
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1103590
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249464-LYRICA (RG) CAPSULAS 50 MG
CAJA X 30 UNDS
33,345 9 0 0 300,105
155215-FLUIMUCIL SOBRES 600 MG NAR
ANJA CAJA X 30 UNDS
92,700 3 0 0 278,100
2550. BERODUAL GOTAS NEBULIZAR (R
G) CAJA 20 ML
30,000 9 0 0 270,000
067138-ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS
INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS
162,228 3 0 0 486,684
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
55,260 3 0 0 165,780
213115-COMPLEJO B MK TABLETAS CAJA
X 250 UNDS
60,042 0 90 0 21,615
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
38,500 1 0 0 38,500
385626-PROCTO-GLYVENOL SUPOSITORIO
S CAJA X 5 UNDS
59,095 18 0 0 1,063,710
100279-XYLOPROCTO INST. (CF) UNGUE
NTO CAJA 20 G
69,430 6 0 0 416,580

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 3,041,164
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,041,164
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 3,041,164 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034-1

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328604
26
FECHA: 01-11-2024 20:35
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1103593
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682932-HALOPERIDOL HUMAX INST. SOL
UCION ORAL FRASCO 20 ML
6,492 3 0 0 19,476

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 19,476
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 19,476
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 19,476 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PNEDIENT-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CORRES ROLDAN MARIA EDITH
CC 32396418
CR 59A # 69C - 9 URB.COLINA VERD
E-BLOQUE 6 APTO.624
TELEFONO: 6184259
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Factura cadena. NIT: 890.930.534-0
TOS DEL MEDICO

IO ARIZA WENDY LAURA
CIALIDAD
.GENERAL

OBS:

CUFE: 2c81bc2c0ac94b8c8d567aa8dd03
585d9e8db28f7b407899b7baba7d3aa4aa
2ed2b34108c3e8282f19b3a71a4fd78f61

477

TORRES ROLDAN MARIA EDITH
CC 32396418
CR 59A # 69C - 9 URB.COLINA VERD
E-BLOQUE 6 APTO.624
TELEFONO: 6184259
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:

CUFE: d1c6c89bbe2c340d299db43592a6
fc37df2367420fbe3cce2a9fbce64bc34c
febce2a24b2936ee5b46d19676a884

8163177
3113250878

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Camilo A. López Torres identificado con cédula número 8.163.177, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pastaur S.A

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

FIRMA

FECHA 05/11/2024

DE [illegible]
899994[illegible]
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2508/5
AUT. DIAN [illegible]/CT.18764042529101 Pu
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/0
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: [illegible]
14
FECHA: 08 [illegible] 024 13:28
VENDEDOR: [illegible] TATIANA CORREA [illegible]
SECUENCIA: [illegible]1283
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENTERA DTO PARCIAL

100219 DOLEX AVANZADO INST. TAB
AS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 17 0 0 3[illegible] 6[illegible]

---------[TOTAL DE FACTURA]
TOTAL: 3[illegible]
---------[FORMAS DE PAGO]
MEDIO DE PAGO: CREDITO 320,[illegible]
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO:
---------[RESUMEN DE IMPUESTOS]
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 320,688 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE.
IOPRES ROLDAN MARIA EDITH
CC 32396418
CR 59A # 69C - 9 URB.COLINA VERD
E-BLOQUE 6 APTO.624
TELEFONO: 6184259
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema [illegible] propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. [illegible]: 890.930 [illegible]
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY URA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 6c563e5d[illegible]fd9eb582c8a1be1829
9b88599ecf9d7a0be1d9f18a2fc264f4[illegible]9
3c6f993dd85e64c229e11363ace513c8b0

479

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo CAMILO A. LÓPEZ TORRES identificado con cédula número 8163177, 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 05/11/2024

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo CAMILO A. LÓPEZ TORRES identificado con cédula número 8163177, 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 05/11/2024

3143250878

8163177

Camilo A. Lopez T.

480

SENA

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

Beneficiario
MARÍA EDITH TORRES ROLDÁN
No. Carné 70036453-C

Cédula 32396418

Fecha **01 NOVIEMBRE 2024**

DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB (ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 8 HORAS (7AM – 3PM - 10PM) POR DOLOR	270 TAB	DOSCIENTOS SETENTA
LYRICA 50 MG CJX30CAP (PREGABALINA 50MG Cápsula de cubierta dura)	VIA ORAL: TOMAR CADA 8 HORAS (9AM – 5PM – 1AM)	270 CAP	DOSCIENTOS SETENTA
FLUIMICIL 600MG TE CJX20 TE (N-ACETILCISTEINA 600MG TE)	VIA ORAL: TOMAR UN SOBRE DIARIO	90 SOB	NOVENTA
FENOTEROL BROMOHIDRATO 50µGDIPRATROPIO BROMURO 25µGD 0.50mg / 0.25mg / ml Gotas para Nebulizar	INHALADO: APLICAR 12 GOTAS EN 3 ML DE SOLUCIÓN SALINA CADA 8 HORAS	09 FCO	NUEVE
ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG CX30CAP (INDACATEROL MALEATO 110µGDGLICOPIRRONIO)	INHALATORIA: USAR UNA CÁPSULA CADA 24 HORAS INHALADA	90 CAP	NOVENTA
ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB (ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	90 TAB	NOVENTA
COMPLEJO B MK (TABLETAS)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
HALOPERIDOL 2MG/ML SOLUCIÓN ORAL. FCO GOTERO X 20ML	VIA ORAL: TOMAR 12 GOTAS CADA NOCHE	03 FCO	TRES
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL (MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda)	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE	90 CAP	NOVENTA
TRIBENOSIDO 400MGLIDOCAINA 40MG Supositorio (PROCTO-GLYVENOL 400-40MG SUP CJX5UN)	APLICAR UNO INTRARRECTAL CADA NOCHE	90 SUP	NOVENTA
LIDOCAINA 50MG GHIDROCORTISONA ACETATO 2.8MGG Ungüento (LIDOPROCTO 5-60MG UNG TBOX10G)	APLICAR INTRARRECTAL CADA NOCHE	06 TBO	SEIS
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar Genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN MEDICINA DOMICILIARIA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Camilo Lopez T.
8163177
3113250878

481

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509, 13
AUT. NUM. FACT.18764042529101 F
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/198
RETENEDORES DE IVA

FACT ELECTRONICA DE VENTA: E32660
28
FECHA: 01 [illegible]-2024 10:48
VENDEDOR: ANGI LIL ANA CORREA RONDO
SECUENCIA 1103595
CODIGO DESCRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115145 HIDROMORFONA HCL INST. AMP
[illegible]G 2 MG/1 ML CAJA X 10 UNDS
52,500 4 5 0. 236,250

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 236,250
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 236,250
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 236,250 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TORRES ROLDAN MARIA EDITH
CC 32396418
CR 59A # 69C - 9 URB.COLINA VERD
E-BLOQUE 6 APTO.624
TELEFONO: 6184259
POLITICA DE PROTECCIO. DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.5[illegible]-0
DATOS DEL MEDI .

BUENO ARIZA M.D. LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: c28ce62299[illegible]0e97b3db8fe9b58b7
c1ca7651df475ea9954cafb886b50138ed
eaac88ce505b0cff2ba25f275dc50dd982

483

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo CAMILO ANDRÉS LÓPEZ T. identificado con cédula número 8163.177, 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 02/11/24

3113250878
8163.177
Camilo Lopez T.
484

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
MARÍA EDITH TORRES ROLDÁN

Cédula 32396418

No. Carné 70036453-C

Fecha 01 **NOVIEMBRE** **2024**

HIDROMORFONA CLORHIDRATO (HIDROMORFONA CLORH2MG/MLSHI 10AMP)	**VIA SUBCUTÁNEA: APLICAR 0.4 MG CADA 4 HORAS CON DOSIS RESCATE DE 0.2 MG**	**45 AMP**	**CUARENTA Y CINCO**

FORMULA DE CONTROL PARA UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar Genérico o comercial equivalente)

TRANSCRIPCIÓN MEDICINA DOMICILIARIA

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Camilo López T.
8.163.177
3113250878

485

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328613
46
FECHA: 06-11-2024 13:56
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1104515
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS
48,944 2 0 0 97,888
115507-SYNTHE[illegible]ST. TABLETAS 25
MCG CAJA X 90 UNDS
77,580 1 0 0 77,580
365[illegible] AMPOLLA 7 MG CAJA
1 X 1 ML
22,798 1 0 0 22,798
100278-FARMA[illegible] INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
58,064 3 0 0 174,192

-------[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 372,458
----------[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 372,4[illegible]
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 372,458 0
IMPOCONSUMO .0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE MUÑOZ LUCILA
CC 37804361
CR 25 # 10 - 40 APT : 1306
TELEFONO: 5400778
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.53
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD

487

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONÁL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lucila Díaz de Muñoz identificado con cédula número 37804861, 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 Lucila Díaz de Muñoz

FECHA Noviembre 6 / 2024.

37804861
Lucila Díaz de Muñoz

CUFE: 204e7d348b057f58f11fb041bada
52cfe1480dd169d7a8df008529e3772342
2353545245b39a77bb22207721f3485ce34
OBS:
MEDI. GENERAL

4880

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

Beneficiario LUCILA DIAZ DE MUÑOZ		CC 37804861 FECHA 06 11 2024

		Cantidad
ROSUVASTATINA 10 MGR MK TABLETA	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE NO SUSPENDER	60 SESENTA
LEVOTIROXINA 25 UGR TABLETA (SYNTHROID)	VIA ORAL, TOMAR 1 EN AYUNAS	90 NOVENTA
BETAMETASONA DIPROPIONATO//DIFOSFATODI SODICO (DIPROFOS 1 ML)	APLCIA R ,EN CADERA INTRAMUSCU LAR	1 UNA
VITAMINA D 2000 UI CAPSULA (FARMA D)	VIA ORAL , TOMAR 1 CAPSULA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
FORMULA 3 MESES		

Firma y Sello del Médico

Lucila Diaz de Muñoz.
37804861

4189

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941088-1
FARMACIAS PASTEUR (ENVIGADO)
CR # 36SUR-68
TELEFONO: 3441490 - 6043802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 0009/99
AUT. NUM. FACT.18764042529[illegible]
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA: 06-07-2024
DE [illegible] A: E328 300000
AUTORET RES RES 1 DE 11/01/1989
RETENEDOR DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328613
48
FECHA: 06-11-2024 13:58
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORR[illegible] RONDO
SECUENCIA: 1104517
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 3 0 0 44,190
132001-LOSARTAN GENFAR INST TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 [illegible]3
62,100 0180 0 12,420
115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
37,650 0 90 0 22,590
529765-SEDORM INST. 7.5 MG 20 TBS
14,530 4 10 0 64,620
11530 FORXIGA INST. (RG) TABLETAS
10 MG CAJA X 28 UNDS
141,034 3 0 0 423,402

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 567,222
--------- [FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 567,222
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
------- [RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 567.222 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034 1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA DE CARDENAS STELLA
CC 22085596
TV 35C S # 32 - 64 PRIMER PISO 10
1
TELEFONO: 3006282356
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
[illegible] NIT 900 900 604 9

497

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jesús Arturo Londoño identificado con cédula número 3472467, 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 Nov. 6/2012

CUFE: c5dd4759276279407461b6a4bdec
982fa4236b6007d5b9068...3a448befc8e0
d5f618465c55ad3dcce8814...3d33b7919

OBS:

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIP
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO

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

Beneficiario: STELLA RIVERA DE CARDENA — **C.C.** 22085596

Fecha 06 11 2024

	Cantidad
ATORVASTATINA 20 MG MK TABLETA VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
LOSARTAN 50 MG GEN FAR TABLETA VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE	180 CIENTO OCHENTA
AMLODIPINO 5 MG MK TABLETA VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
ZOPICLONA 7,5 MGR TABLETA (SEDORM) VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA
DAPAGLIFOZINA 10 MGR TABLETA (FORXIGA) VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
PARA MESES	

C.C. 13.472467
Tel: 3006282856

Firma y Sello del Médico

493

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1363 1./01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328618
FECHA 28-11-2024 18:51
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1104996
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600189-EUTIROX INC. TABLETAS M
CG CAJA X 50 UNDS
,39 300 2 0 0 78,600
138053-BIT ZOK (RG) TABLETAS 5
0 MG CAJA X 30 UNDS
18,525 3 0 0 55,575
115101-HIDROCLOROTIAZIDA MK INST.
TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
10,200 0 90 0 3,060
115500-STAFEN INST. (FENOFIBRATO,
CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS
129,900 3 0 0 389,700

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 526,935
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 526,935
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 526,935 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTELLANOS DE SALAZAR CARMEN ELISA
CC 42996760
CL 22 S # 40 - 63 AP 405 TR 6B LA
ABADIA
TELEFONO: 3105157186
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

4495

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carmen de Salazar identificado con cédula número 42996760, 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 Carmen de Salazar

FECHA 08-NOV-2024

Carmen de Salazar
42996760
3105154186

ORS:

CUFE: 1bf1d18eb323dcfe0b0ee74c 38?
6551923 1-1315a70dd9ff27d8c03e6c 1d9
27c91c.124.8335328a98c4ff735c?19 730

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
BUENO ARIZA WENDY LAURA

DATOS DEL MEDICO

4496

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
CARMEN ELISA CASTELLANOS DE SALAZAR
No. Carné 14978242 - C

Cédula 42996760

Fecha **08 NOVIEMBRE 2024**

EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS (LEVOTIROXINA SODICA 25mcg)	**VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO**	**100 TAB**	**CIEN**
BETALOC ZOK 50MG TLP CJX30TLP (METOPROLOL SUCCINATO 50MG TLP)	**VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS**	**90 TAB**	**NOVENTA**
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB (HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta)	**VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA**	**90 TAB**	**NOVENTA**
COLINA FENOFIBRATO 135MG ROSUVASTATINA CALCICA ANHIDRA 10MG Cápsula de cubierta dura (STAFEN 135/10 MG CJX30CAP)	**VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE**	**90 CAP**	**NOVENTA**
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR REFORMULACIÓN A PARTIR DEL 02FEB2025 CON LA FÓRMULA COMPLETA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Carmen de Salazar
42996760
3105157186

497

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328631
86
FECHA: 14-11-2024 15:47
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1106355
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

869584-SICOFLUID INST. GEL 0.25%
CAJA 10 G
38,705 1 0 0 38,705
216322-IBANDROMET (ACIDO IBAN) RGI
NST TABLETAS 150 M. CAJA X 1 UND
78,732 2 0 0 157.464

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 196,169
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 196,169
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 196,169 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: pendiente-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS DE BERNAL GLORIA
CC 37795854
CL 65 S # 42B - 14 AP 306 T2 PASE
O SAN FRANCISCO
TELEFONO: 3153504745
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

CUFE: 9f993dd4a9cee20ded6ae55dffd6
5f5c99e3447ca002269f3255ba163155f8
c7df028d17a7bf23196c641e65cfea45be

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA: 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328629
80
FECHA: 13-11-2024 17:26
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1106149
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115125-ATORVASTATINA MK (ESCITALOPRAM) INST
ABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
247,000 1 0 0 49,400
004[illegible]-ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON)I
NST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
17,836 1 0 0 17,836
13[illegible]-ROSUVASTATINA GENFAR INST. (RG
) TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
146,550 0180 0 87,930
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,730 3 0 0 44,190
253475-MICARDIS AMLO (RG) COMPRIMI
DOS 80/10 MG CAJA X 28 UNDS
85,321 3 0 255,963
600326-NATRILIX SR INST. (RG) TABL
ETAS 1.5 MG CAJA X [illegible] UNDS
12,060 3 0 0 36,180

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 491,499
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 491,499
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 491,499 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS DE BERNAL GLORIA
CC 37795854
CL 65 S # 42B - 14 AP 306 T2 PASE
O SAN FRANCISCO
TELEFONO: 3153504745
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Vargas de Bernal identificado con cédula número 37.795.854, 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 Vargas de Bernal

FECHA 14-11-24

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Vargas de Bernal identificado con cédula número 37.795.854, 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 Vargas de Bernal

FECHA 14-11-24

Gloria Vargas de Bernal
C.C. 37.795.854

Gloria Vargas de Bernal
C.C. 37.795.854

OBS:

CUFE: 0e3591b07157926d36c42d1 .5aa
477157ac75bbb8aa2ceaebd5d39c133f5
7226a51858ffccbb8dd5e8815ff .dS-7.d

ESPECIALIDAD
M.D1.GENERAL

500

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328632
15
FECHA: 14-11-2024 17:01
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1106384
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

119701-MELIBA(IBANDRONATO) INST. T
ABLETA 150 MG CAJA X 1 UND
51,907 2 0 0 103,814

---------[TOTAL DE FACTURA]--------
TOTAL: 103,814
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 103,814
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 103,814 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS DE BERNAL GLORIA
CC 37795854
CL 65 S # 42B - 14 AP 306 T2 PASE
O SAN FRANCISCO
TELEFONO: 3153504745
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:

CUFE: e3b0c38b6fa4dc95b85fa8f3b41b
7bce05b3b07c23fb811d480b111294f944

501

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Vargas de Bernal identificado con cédula número 37.795.854, 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 Vargas de Bernal

FECHA 15-11-24

Gloria Vargas de Bernal
CC. 37.795.854

/84ZA6/14/0UZ80B9D3A441D1176A/02804

COMPROBANTE DE INFORME DIARIO

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
GLORIA VARGAS DE BERNAL

Cédula 37795854

No. Carné: 8216918-A

Fecha **12 NOVIEMBRE 2024**

SICCAFLUID® 2.5 MG/G GEL OFTALMICO GO FCOX10G (CARBOMERO 974 P ACIDO POLIACRILICO-2.5mcg GO)	OFTÁLMICO: APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 3 VECES AL DÍA POR TRES MESES. ENTREGA FINAL. (TRANSCRIPCIÓN OFTALMOLOGÍA)	01 FCO	UNO
ESCITALOPRAM 10MG MK CJX30TAB (ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA DÍA A LAS 8 AM	90 TAB	NOVENTA
METOPROLOL 50MG CJX30TAB (METOPROLOL Tartrato 50MG TABLETAS)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS (8AM-8PM)	180 TAB	CIENTO OCHENTA
ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB (ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA NOCHE A LAS 8 PM	90 TAB	NOVENTA
IBANDRONATO SODIO HIDRATO 150MG CJX2TAB	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA MES	04 TAB	CUATRO
MICARDIS AMLO 80MG/10MG CJX28TAB (TELMISARTAN 80MGAMLODIPINO BESILATO)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS	84 TAB	OCHENTA Y CUATRO
NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP (INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada)	VÍA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS	90 TAB	NOVENTA
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DE 07FEB2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Gloria Vargas de Bernal
c.c. 37.795.854

503

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E326 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E3286631
91
FECHA: 14-11-2024 15:59
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1106360
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115108-ETORICOXIB MK INI... TABLETA
S 120 MG CAJA X 7 UNDS
18,284 1 0 0 18,284

----------[TOTAL DE FACTURA]----
TOTAL: 18,284
----------[FORMAS DE PAGO]----
MEDIO DE PAGO: CREDITO 18,284
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 18,284 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BEDOYA GOMEZ SEBASTIAN
CC 1000412333
CL 53C S # 40B - 80 APT 308
TELEFONO: 3784037
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:

CUFE: 1ab5f42838e46216cef91da0ddd2
ace0543d8011167b2c8906f07adc2b7026
5ee2faa4eaaac8638a691fzd2ec6ff95da

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E32[illegible]
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E32[illegible]29
92
FECHA: 13-11-2024 18:03
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1106161
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

069016-ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUB
O 50 G
25,996 2 0 0 51,992
012[illegible] [illegible]QUO GEL 0.1% / 2.5[illegible]
30 G
102,551 1 0 0 102,551

--------[TOTAL DE FACTURA]----
TOTAL: 154,543
----------[FORMAS DE PAGO]----
MEDIO DE PAGO: CREDITO 154,543
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 154,543 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: pendiente-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BEDOYA GOMEZ SEBASTIAN
CC 1000412333
CL 53C S # 40B - 80 APT 308
TELEFONO: 3784037
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:

CUFE: 874a1f8db559d37[illegible]9ueef07b983c

505

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sebastian Bedoya Gómez identificado con cédula número 1000412333, 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 BG

FECHA 14/11/2024

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sebastian Bedoya Gómez identificado con cédula número 1000412333, 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 BG

FECHA 14/11/2024

Sebastian BG
C.C.1000412333

506

Sebastian BG
C.C.1000412333

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
SEBASTIAN BEDOYA GOMEZ
No. Carné 43432333 - E

Cédula 1000412333

Fecha 13 NOVIEMBRE 2024

ETORICOXIB 120 MG CJX7TAB (ETORICOXIB 120MG Tableta)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 2 PM CON EL ESTÓMAGO LLENO por SIETE DÍAS	07 TAB	SIETE
ARTRITES GEL TOP 1% TBOX50G (DICLOFENACO SODIO 1% Gel)	TÓPICA: APLICAR EN ÁREAS AFECTADAS TRES VECES AL DÍA	02 TBO	DOS
BENZOILO PEROXIDO HIDRATO 2.5G ADAPALENO 0.1G Gel (EPIDUO GEL 0.1/25% TBOX30G)	VIA TÓPICA: APLICAR EN LAS ZONAS AFECTADAS DE LA CARA CADA NOCHE, EN ESCASA CANTIDAD, DE LA FORMA EXPLICADA DURANTE CONSULTA	01 TBO	UNO

FORMULA PARA DOS MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Sebastian BG
CC: 1000412333
Cel: 3054060780

569

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 A: E328 30 000
AUTORET IFOUES RES 136F 1/01/1989
ETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E3286
92
FECHA: 14-11-2024 16:05
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RUIDO
SECUENCIA: 1106361
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PAR IAL

213141-DOXICICLINA MK TABLETAS 100
MG CAJA X 15 UNDS
5,250 2 0 0 10,500
292742-SOPHIXIN DX UNGUENTO OFTALM
ICO 0.3% / 0.1% CAJA 3.5 G
95,565 1 0 0 95,565

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 106,065
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 106,065
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 106,065 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: PENDIENTE-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ GOMEZ GLORIA PATRICIA
CC 42999897
CR 46B # 74 S - 2 INTERIOR401 SA
BANETA
TELEFONO: 3065637
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cade NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL M O

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Gloria Patricia Sánchez 42.999897

508

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Diana Patricia Sánchez Gómez identificado con cédula número 42.999.897, 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 14-11-2024

CUFE: 0fe4b0c4cda88d4bd1cb49b1a004
4ff5fdebdf148fdfa25bfc398b0aa39969
27e2379c0b2373380bbbbd05cd7947f70

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

Versión 01 Código: GTH-F-005

Beneficiario
GLORIA PATRICIA SANCHEZ **CC**

No. Carné **14 11 2024**

R/.		Cantidad
DOXICICLINA 100 MGR TABLETA MK	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA 2 VECE S AL DIA POR 1 SENMANA Y LUEGO 1 DIARIA HASTA TERMINARLAS	30 TREINTA
CIPROFLOXACINA/DEXAMETASONA UNGUENTO (SOPHIXINDXUNGENA)	APLICAR EL UNGUENTO ,EN BORDE DE PARPADOS 2 VECES AL DIA POR 15 DIAS	1 UNO
TRANSCRIPCION DE OFTALMOLOGIA		

Gloria J.

Gloria J. 42.929897

CUADRE DE CAJA

14/11/2024 6:03:07 a. m.	14/11/2024 11:59:59 p. m.	$ 5.564.009	$0	-$5,564,009

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-08
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2 09/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E326 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: 1328636
61
FECHA: 16-11-2024 14:59
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 1106830
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132610-MELOXICAM GENFAR INST. 15 M
G/1.5 ML CAJA X 5 UNDS
10,005 1 0 0 10,005
134487-MELOXICAM GENFAR COMPRIMIDO
S 15 MG CAJA X 10 UNDS
13,035 1 0 0 13,035
118700-KETUM INST. GEL 2.5% CAJA 3
0 G
19,437 2 0 0 38,874
203521-NEUROBION DC J.PRELLENADA
10000 CAJA X 3 UND
114,897 2 0 0 229,794

----------[TOTAL DE FACTURA]--------
TOTAL: 291,708
----------[FORMAS DE PAGO]--------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 291,7[illegible]
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 291,708 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: Cod pend.- DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTELLANOS DE SALAZAR CARMEN ELISA
CC 42996760
CL 22 S # 40 - 63 AP 405 TR 6B LA
ABADIA
TELEFONO: 3105157186
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

513

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carmen de Salazar identificado con cédula número 42996760, 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 Carmen de Salazar

FECHA NOV- 16- 2024

30/15/2024

0f472e9c6708c531d5755bba7924c68a2b

CUFE: 30b734 7aeb96a7a54ac49ab53fc6

e98605389d1c4d1d1fc01d1375702 4be48

OBS:

42996760

MEDI.GENERAL

514

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
CARMEN ELISA CASTELLANOS DE SALAZAR

Cédula 42996760

No. Carné 14978242 - C

Fecha **15 NOVIEMBRE 2024**

MELOXICAM 15MG Tableta (MELOXICAM 15 MG CJX10TAB)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS (6 PM) POR 10 DÍAS, CON EL ESTÓMAGO LLENO. INICIAR LUEGO DE APLICAR LAS AMPOLLAS DE MELOXICAM.	10 TAB	DIEZ
MELOXICAM 15MG/1.5ML Solución Inyectable (MELOXICAM MK 15 MG CJX3AMP)	INTRAMUSCULAR: APLICAR UNA CADA TRES DÍAS POR 10 DÍAS	03 AMP	TRES
KETUM GEL 2.5% TBOX30G (KETOPROFENO 25MG/G)	TÓPICA: APLICAR EN ÁREAS INFLAMADAS DE DOS A TRES VECES POR DÍA, DE ACUERDO CON NECESIDAD	02 TBO	DOS
NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL (PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50 MGML TIAMINA)	APLICAR UNA INTRAMUSCULAR CADA 10 DÍAS POR DOS MESES	06 AMP	SEIS
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Comunidad Sabas

42996760
3105157186

515

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT ELECTRONICA DE VENTA: E328643
03
FECHA: 19-11-2024 13:16
VENDEDOR: ADRIANA MARIA ORREGO GONZ
SECUENCIA: 1107472
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
14,400 1 0 0 14,400
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. IN
ST. POLVO CAJA X 30 UNDS
22,650 3 0 0 67,950
213384-RIFAXIMINA MK TABLETAS RECU
BIERTAS 550 MG CAJA X 14 UNDS
90,018 1 0 0 90,018
213375-ALBENDAZOL MK TABLETAS 200
MG CAJA X 2 UNDS
2,965 1 0 0 2,965

---------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 175,333
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 175,333
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-- ----
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 175,333 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: Cod Pendi- DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HINCAPIE DE DUQUE LUZ ELENA
CC 32344964
CL 48 S # 39 - 60 ENVIGADO
TELEFONO: 2764154
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.[illegible]asteur.com.co
Sistema POS Propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD

515

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Antonio J. Duque M identificado con cédula número 3514920, 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 Antonio M

FECHA Nov. 19 – 24

Tel 2364152

3514920

Antonio M

OBS:

CUFE: 5cd9ff782cd7b2c 1e81f088e34c9
2516d9ce3ac734df24d2c1a4bd3370026c
8de93914b5f6d063df11aff2384222bc077

548

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328644
81
FECHA: 20-11-2024 12:29
VENDEDOR: ADRIANA MARIA ORREGO CANZ
SECUENCIA: 1107651
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

123100-SPASMOMEN INST. (BROM. UTIL
ON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
42,840 1 0 0 42,840
121144-TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1
G CAJA X 4 UNDS
4,359 1 0 0 4,359

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 47,199
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 47,199
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 47,199 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: Cod Pend- DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
[illegible]PIE DE DUQUE LUZ ELENA
CC 32344964
CL 38 S # 39 - 60 ENVIGADO
TELEFONO: 2764154
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:

CUFE: b23520f377c43edaa03d8fba02da

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Antonio J. Duque M. identificado con cédula número 3514920, 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 Antonio J. Duque M.

FECHA 20-11-24

Antonio J. Duque M.
cc. 3514920
Tel. 2764154

320

7ceab1e9bfb1779105f4d2a0d943199481

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

Beneficiario LUZ ELENA HINCAPIE **Cédula** 32344964

No. Carné _____ **Fecha** 18 11 2024

R/.		Cantidad
LEVOTIROXINA 75 UGR TABLETA (EUTIROX)	TOMAR 1 TABLETA EN AYUNAS	100 CIEN
CITRATO D E CALCIO 500/VITAMINA D 200UI TABELTA (BIOCALCIUM D EFERVECENTE)	VIA ORAL, TOMAR 1 SOBRE DILUIDO EN AGUA DIARIAMENTE	90 NOVENTA
RIFAXIMINA 550 MG MK	VIA ORAL , TOMAR 1 AL DIA POR 14 DIA S	14 CATORCE
ALBENDAZOL 200 MGR TABLETA MK	VIA ORAL TOMAR LAS 2 TABELTA S JUNTES DESPUES DEL ALMUERZO	2 DOS
TINIDAZOL 1 GR TABLETA MK	VIA ORAL TOMAR 1 TABLETA DESPUE S DEL DESAYUNO Y DEL ALMUERZO POR 2 DIA S	4 CUATRO
BROMURO D E OTILONIO 40 MGR TABLETA (SPASMOMEN)	VIA ORAL , TOMAR HASTA 3 TABELTA AL DIA EN CASO DE DOLRO	3 TRES
	PARA 3 MESES	

Gloria JJ

Firma y Sello del Médico

Antonio J Duque M
cc 3514920
Tel. 2764152

Gloria JJ

524

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328643
26
FECHA: 19-11-2024 15:40
VENDEDOR: ADRIANA MARIA ORREGO GONZ
SECUENCIA: 1107495
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213206-DESVENLAFAXINA MK(RG) TABLE
TAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
44,880 2 0 0 89,760
100219-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 16 UNDS
18,864 8 0 0 150,912
115110-PANTOPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
17,250 2 0 0 34,500
132987-ZOPICLONA MK INST. TABLETAS
7.5 MG CAJA X 10 UNDS
3,110 6 0 0 18,660

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 293,832
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO. 293,832
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 293,832 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: Cod Pen- DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CADAVID DE RODRIGUEZ ROCIO
CC 32330409
TV 32C S # 32 - 6
TELEFONO: 3317503
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

523

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocío Cadavid identificado con cédula número 32 330 104, 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 Rocío Cadavid

FECHA 19 11 2024

OBS:

CUFE: 6407524df7bb34b0bf3cf111 5e01
ffea2f161a23878249bdccaef6699401 3d
3daa25e895e0570f53c0658 2fc9d59d25d1

Rocío Cadavid
32 330 104

524

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

Beneficiario ROCIO CADAVID DE R. **C.C** 32330409

Fecha 19 11 2024

		Cantidad
DESVENLAFAXINA 50 MGR	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO	60 SESENTA
ACETAMINOFEN 500 MGR TABELTA (DOLEX AVANZADO)	VIA ORAL, TOMAR 2 TABLETAS AL DIA	120 CIENTO VEINTE
PANTOPRAZOL 20 MGR MK	VIA ORAL,TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE EN AYUNAS	60 SESENTA
ZOPICLONA 7.5 MGR TABLETA GEN FAR	VIA ORAL, TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	60 SESENTA
	PARA 2 MESES	

Firma y Sello del Médico

Rocío Cadrid
32 330409

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328644
70
FECHA: 20-11-2024 11:39
VENDEDOR: ADRIANA MARIA ORREGO GONZ
SECUENCIA: 1107640
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115500-STAFEN INST. (FENOFIBRATO)
CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS
129,900 3 0 0 389,700

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 389,700
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 389,700
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 389,700 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: COD PEND-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ DE MORENO SUSANA
CC 41634387
CR 39E # 48C S - 103 APAR 914 MA
GDALENA DE LA CUENCA
TELEFONO: 3002880802
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:

CUFE: 26bb6c46b657f7bd333cffc6713f
60c1268be2837ff0828c49413d2c81c183
83c8d8e51251db6766414775ceab39cd6f

327

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Liliana A. Del Moral identificado con cédula número 1163937387, 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 Nov. 20/24

C.C. 1163937387
Tel: 3002880802

528

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 41634387

Beneficiario
SUSANA ALVAREZ DE MORENO
No. Carné 17127339

Fecha **19 NOVIEMBRE 2024**

STAFEN 135/10 MG CJX30CAP (COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA10MG)	**VIA ORAL: UNA CADA NOCHE**	**90 TAB**	**NOVENTA**
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	**SOLICITAR NUEVA FÓRMULA A PARTIR DEL 10FEB2025**		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

41634387
tel. 3002880802

529

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT. 18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328645
17
FECHA: 20-11-2024 15:26
VENDEDOR: ADRIANA MARIA ORREGO GONZ
SECUENCIA: 1107687
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116501-CROMUS INST. (RG) UNGUENTO
0.1% CAJA 30 G
165,000 1 0 0 165,000
375029-AVODART (RG) CAPSULAS 0.5 M
G CAJA X 30 UNDS
65,459 3 0 0 196,377

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 361,377
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 361,377
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 361,377 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: Cod Pen- DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZEA MONSALVE LUZ MARINA
CC 42965646
CL 27D S # 27B - 101 CONJUNTO CAM
INO DE CUMBRE AP615 TO3
TELEFONO: 3022619511
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:

531

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Marina Zea de G. identificado con cédula número 42965646, 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 Marina Zea de G.

FECHA 17-12-2024.

Luz Marina Zea de G
42965646
3022619577

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE FACT E328 1 A: E328 300000
AUTORRETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E[illegible]JC49
66
FECHA: 22-11-2024 15:41
VENDEDOR: ADRIANA MARIA ORR[illegible]ONZ
SECUENCIA: 1108136
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121211-MINOXIDIL GENFAR LOCION 5%
FRASCO 60 ML
52,541 1 0 0 52,541

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 52,541
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 52,541
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 52,541 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: COD PEND-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZEA MONSALVE LUZ MARINA
CC 42965646
CL 27D S # 27B - 101 CONJUNTO CAM
INO DE CUMBRE AP615 TO3
TELEFONO: 3022619511
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:

CUFE: f42440173d395f874d9e8062d713
10993abcb73f5229830c9a9d4f06aee088

533

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Marina Zea Arc identificado con cédula número 42965644, 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 Marina Zea Arc.

FECHA 17-12-2024.

Luz Marina Zea Arc
42965644
302 261 95 79.

5334

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
LUZ MARINA ZEA DE GALEANO
No. Carné 8297895 - C

Cédula 42965646

Fecha **19 NOVIEMBRE 2024**

TACROLIMUS HIDRATO 1MG Ungüento (CROMUS 0.1% UNG TBOX30G)	TÓPICA: APLICAR SIGUIENDO LA RECOMENDACIÓN EXACTA DE LA FÓRMULA ORIGINAL DE DERMATOLOGÍA	01 TBO	UNO
AVODART 0.5MG CJX30CAPS (DUTASTERIDE 0.5MG Cápsula de gelatina blanda)	VIA ORAL: TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES	90 CAP	NOVENTA
PILOGAN ULTRA 5G LOC FCOX60ML (MINOXIDIL)	TÓPICA: APLICAR SIGUIENDO LA RECOMENDACIÓN EXACTA DE LA FÓRMULA ORIGINAL DE DERMATOLOGÍA	01 FCO	UNO
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN DERMATOLOGÍA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

luz Marina zea de G
42965646
3022619577

535

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073602
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT. NUM. FACT.18764042529101 POS
FECHA INICIO 06-01-2023
HASTA 06-07-2024
DE: E328 1 A: E328 300000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328647
41
FECHA: 21-11-2024 17:29
VENDEDOR: ADRIANA MARIA ORREGO GONZ
SECUENCIA: 1107911
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL.

132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
62,100 0 90 0 6,210
115500-STAFEN INST. (FENOFIBRATO)
CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS
129,900 3 0 0 389,700
115143-SERTRALINA MK INST. TABLET
AS 50 MG CAJA X 30 UNDS
8,010 3 0 0 24,030
682128-TRAZODONA GENFAR INST. TABL
ETAS 50 MG CAJA X 50 UNDS
4,750 1 40 0 8,550
253016-JARDIANCE (RG) TABLETAS 10
MG CAJA X 30 UNDS
110,889 3 0 0 332,667
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
42,084 1 0 0 42,084

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 803,241
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 803,241
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 803,241 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: COD PEND-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GIL PEÑA LUZ STELLA
CC 32467499
CL 48B S # 39B - 70 AP 301. ED E
L TRIANON. ENVIGADO
TELEFONO: 3175109101
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo IGNACIO ARIAS identificado con cédula número 8032772, 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 IGNACIO ARIAS G.

FECHA 21-11-2024

IGNACIO ARIAS
CC 8032772

CUFE: b5151126cef105e8ce45901e40f
50fa39fd9ccf6c9462f238befc8ce271b
f32d5955548336a52b7b8fb71ac945a94

OBS:

LOPEZ VEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

PROVEEDOR TECNOLOGICO:
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

338

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

Beneficiario **C.C 32467499**

STELLA GIL PEÑA **Fecha 22 11 2024**

LUGAR: MEDELLIN

	CANTIDAD
LOSARTAN 50 MGR TABLETA GEN FAR VIA ORAL . TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA	90 NOVENTA ✓
ROSUVASTATINA 10/FENOFIBRATO 135(STAFEN VIA ORAL ,TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA ✓
SERTRALINA 50 MGR TABLETA MLK VIA OPRAL TOMAR 1 TABLETA 8 AM	90 NOVENTA ✓
TRAZODONA T ABELTA VIA ORAL TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	90 NOVENTA ✓
EMPAGLIFOZINA 10 MGR TABELTA (JARDIANCE) VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIAMENTE	90 NOVENTA ✓
ESOMEPRAZOL 20 MGR TABLETA (NEXIUM) VIA ORAL TOMAR 1 EN AYUNA S	28 VEINTIOCHO ✓
PARA 3 MESES	

Firma y Sello del Médico

IGNACIO ARIAS
CC 8032772

539