DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171740
FECHA: 12-07-2025 12:31
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146603
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS
8,800 2 0 0 17,600
600189-EUTIROZ INST. TABLETAS 25 MCG CAJA X 50 UNDS
38,150 1 0 0 38,150
2772[illegible]OLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 3 30 0 279,180
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1
8,504 3 0 0 25,512
683116-FEXOFENADINA LA SANTE INST. TABLETAS 120 MG [illegible] A 10 UNDS
6,134 9 0 0 55,206
213224-PANTOPRAZOL MK TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
15,270 3 0 0 45,810

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 461,458
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 461,458
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 182,278 | 0 |
| EXENTAS: | 279,180 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 6767-DOMICILIO
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

2

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

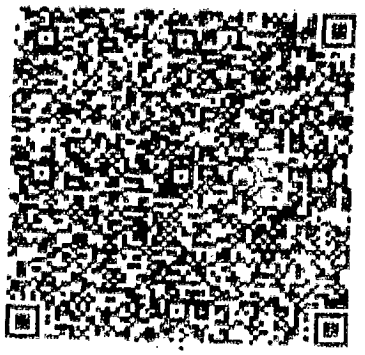
**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Tatiana Garcia Yepes identificado con cédula número 1032010577, 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 Tatiana Garcia Yepes

FECHA 19/07/2025



CUFE: a13ccc31e76a41ab5e653e4af4a0c0
ae75000ebe65c6da11fa256d949c53c544b
35aaca7b5d136e2e9312/08edd3dbe16

obs: Tatiana Garcia Yepes

ESPECIALIDAD
MEDI GENERAL

No. de Orden 6767

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ELIANA YEPES ARENAS | Documento | 21970657 |
| No. Camé | 98682204 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 28A 38F-173 LA MILAGROSA MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

EN AYUNAS DE LUNES A VIERNES

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

EN AYUNAS SABADO Y DOMINGO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

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

VECES AL DIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ROMEIRO ARCANGEL GARCIA VILLA |

LORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Tatiana García
Documento: 1032010577
Télefono: 3226872828

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6767

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ELIANA YEPES ARENAS | Documento | 21970657 |
| No. Carné | 98682204 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 28A 38F-173 LA MILAGROSA MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

1 EN AYUNAS DE LUNES A VIERNES

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

1 EN AYUNAS SABADO Y DOMINGO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

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

3 VECES AL DIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ROMEIRO ARCANGEL GARCIA VILLA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Tatiana García
Documento: 1032010577
Télefono: 3226872828

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01


3

No. de Orden 6767

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ELIANA YEPES ARENAS | Documento | 21970657 |
| No. Carné | 98682204 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 28A 38F-173 LA MILAGROSA MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| PANTOPRAZOL 40MG CJX30TAB | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 40MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , PARA 1 EN AYUNA S UNICAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ROMEIRO ARCANGEL GARCIA VILLA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Tatiana Garcia
Documento: 1032010577
Télefono: 3226872828

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6767

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ELIANA YEPES ARENAS | Documento | 21970657 |
| No. Carné | 98682204 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 28A 38F-173 LA MILAGROSA MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| PANTOPRAZOL 40MG CJX30TAB | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 40MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , PARA 1 EN AYUNA S UNICAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ROMEIRO ARCANGEL GARCIA VILLA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Tatiana Garcia
Documento: 1032010577
Télefono: 3226872828

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01


5

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172913
FECHA: 15-07-2025 15:56
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147782
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

138121-FORXIGA (RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS
141,120 3 0 0 423,360
200025-DESONIDA CREMA 0.1% CAJA 15 G
9,710 1 0 0 9,710
683158-DESONIDA MEGALABS INST. CREMA 0.1% CAJA 15 G
9,710 2 0 0 19,420
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB TEARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 1 0 0 62,967
213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 3 0 0 160,920
155060-PANOTIL GOTAS CAJA 8 ML
22,305 1 0 0 22,305
024090-ACIL-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION OFERTA 400 + 120ML
52,133 3 0 0 156,399
069016-ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUBO 50 G
35,392 3 0 0 106,176
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 3 30 0 279,180
203520-NEUROBION DC J.PRELLENADA 10000 CAJA X 1 UND
45,740 6 0 0 274,440
600184-GASTROFAST ADVANCE INST. SACHET CAJA X 10 UNDS
30,470 5 0 0 152,350
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 10 ML CAJA X 12 UNDS
38,666 3 4 0 128,887
132303-HIDROXICINA GENFAR INST. TABLETAS 25 MG CAJA X 20 UNDS
3,180 5 0 0 15,900

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,812,014
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,812,014
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 1,532,834 | 0 |
| EXENTAS: | 279,180 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 6771-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARIAS CASTAÑEDA FLOR ANGELA
CC 39556389
AV 31 # 66 - 29 CERRO AZUL TORRE 2 APTO 319
TELEFONO: 3113065769
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 Flor A.A.C
39556389
OBS:

CUFE: 5b0b1d2f4e6b97e2119dbe4b6ab4
74d9b4c203809da185606cf7bcdb203eaa
b1386d63caee12faaca28a70b1cd1cd1f5



8

a/

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Flor Angela Arias identificado con cédula número 39556389, 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 Flor A.A.C

FECHA 15-07-2025

No. de Orden 6771

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA | Documento | 39556389 |
| No. Carné | 15423483 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| FORXIGA 10 MG CJX28COM | DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

OMAR CADA 24 HORAS. SOLICITAR NUEVA FÓRMULA A PARTIR DEL 08 AGOSTO 2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| DESONIDA 0.1% CR TBOX15G | DESONIDA 1MGG Crema | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

PLICAR EN ÁREAS AFECTADAS DOS VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 30 |

PLICAR UNA GOTA EN CADA OJO C/12 HORAS SOLO POR UN MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

NTREGAR DE MK. TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO POR TRES MESE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HENRY ALBER GARCIA GARCIA |

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**cha de vencimiento:** 23/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6771

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA | Documento | 39556389 |
| No. Carné | 15423483 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| FORXIGA 10 MG CJX28COM | DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

TOMAR CADA 24 HORAS. SOLICITAR NUEVA FÓRMULA A PARTIR DEL 08 AGOSTO 2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| DESONIDA 0.1% CR TBOX15G | DESONIDA 1MGG Crema | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

APLICAR EN ÁREAS AFECTADAS DOS VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 30 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO C/12 HORAS SOLO POR UN MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO POR TRES MESE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HENRY ALBER GARCIA GARCIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Flor A A C
Documento: 39556389
Télefono: 3194602337

**Fecha de vencimiento:** 23/05/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6771

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA | Documento | 39556389 |
| No. Carné | 15423483 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| HIDROXICINA 25MG CJX30TAB | HIDROXICINA CLORHIDRATO 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA NOCHE A LAS 6 PM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| PANOTIL B 8000UI-40MG SOL OT FCOX8ML | POLIMIXINA B Sulf 10000UIML NEOMICINA Sulf | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | ÓTICA | CADA 8 HORAS | 90 |

PLICAR DOS GOTAS EN OIDO DERECHO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS Y CONTINUAR CON

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

ezclar con la crema humectante habitual y aplicar 2 veces al día

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| RTRITES GEL TOP 1% TBOX50G | DICLOFENACO SODIO 1% Gel | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

PLICAR DOS VECES AL DÍA SOBRE LAS ARTICULACIONES DOLOROSAS

| Nombre Funcionario: | HENRY ALBER GARCIA GARCIA |
|---|---|

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**cha de vencimiento:** 23/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6771

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA | Documento | 39556389 |
| No. Carné | 15423483 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| HIDROXICINA 25MG CJX30TAB | HIDROXICINA CLORHIDRATO 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 6 PM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| PANOTIL B 8000UI-40MG SOL OT FCOX8ML | POLIMIXINA B Sulf 10000UIML NEOMICINA Sulf | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | ÓTICA | CADA 8 HORAS | 90 |

APLICAR DOS GOTAS EN OIDO DERECHO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS Y CONTINUAR CON

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

Mezclar con la crema humectante habitual y aplicar 2 veces al día

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ARTRITES GEL TOP 1% TBOX50G | DICLOFENACO SODIO 1% Gel | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR DOS VECES AL DÍA SOBRE LAS ARTICULACIONES DOLOROSAS

| Nombre Funcionario: | HENRY ALBER GARCIA GARCIA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: [signature]
Documento: 39556389
Télefono: 3149602333

**Fecha de vencimiento:** 23/05/25

GTH-F-005 V.01


3

No. de Orden 6771

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA | Documento | 39556389 |
|---|---|---|---|
| No. Camé | 15423483 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| OLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG JX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

OMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR DOLOR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6 |
|---|---|---|---|
| EUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 5 0 M G M L T I A M I N A | AMPOLLA | SEIS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA SEMANA | 90 |

PLICAR INTRAMUSCULAR CADA 10 DÍAS POR 2 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | SOBRE | NOVENTA |

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

OMAR UN SOBRE CADA NOCHE ANTES DE ACOSTARSE

| Nombre Funcionario: | HENRY ALBER GARCIA GARCIA |
|---|---|

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**cha de vencimiento:** 23/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6771

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| Beneficiario | FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA | Documento | 39556389 |
|---|---|---|---|
| No. Camé | 15423483 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR DOLOR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6 |
|---|---|---|---|
| NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 5 0 M G M L T I A M I N A | AMPOLLA | SEIS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA SEMANA | 90 |

APLICAR INTRAMUSCULAR CADA 10 DÍAS POR 2 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | SOBRE | NOVENTA |

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

TOMAR UN SOBRE CADA NOCHE ANTES DE ACOSTARSE

| Nombre Funcionario: | HENRY ALBER GARCIA GARCIA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: [signature]
Documento: 39556389
Télefono: 3194602333

**Fecha de vencimiento:** 23/05/25

GTH-F-005 V.01


15

17

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
487
FECHA: 14-07-2025 14:15
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147356
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
4,500 0 60 0 900
132062-ROSUVASTATINA GENFAR INST.
TABLETAS 10 MG CAJA X 14 UNDS
2,464 4 0 0 9,856
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 2 0 0 112,200
132303-HIDROXICINA GENFAR INST. TA
BLETAS 25 MG CAJA X 20 UNDS
3,180 3 0 0 9,540

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 132,496
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 132,496
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 132,496 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6783-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: Luz marina Vasquez ©
cc 43004753

18

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz Marina Vasquez Galvis identificado con cédula número 43004753, 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 Vasquez

FECHA 14-7-2025



No. de Orden 6783

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VASQUES GALVIS | Documento | 43004753 |
| No. Carné | 70048397 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 27 #58-94 CABAÑAS BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10mg TNR CJX10TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX60 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| HIDROXICINA 25MG CJX30TAB | HIDROXICINA CLORHIDRATO 25MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | ALFREDO CANO GONZALEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 28/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6783

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VASQUES GALVIS | Documento | 43004753 |
| No. Carné | 70048397 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 27 #58-94 CABAÑAS BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10mg TNR CJX10TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX60 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| HIDROXICINA 25MG CJX30TAB | HIDROXICINA CLORHIDRATO 25MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | ALFREDO CANO GONZALEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Luz Marina Vasquez G
Documento: 43004753
Télefono: 597 44 28
3193371391

Fecha de vencimiento: 28/05/25

GTH-F-005 V.01


19

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
957
FECHA: 15-07-2025 17:16
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147826
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 2 20 0 186,120
132064-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
11,700 0 60 0 2,340
404119-DEXAPRON TABLETAS 20 MG CAJ
A X 20 UNDS
18,540 3 0 0 55,620
253483-MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 8
0 MG CAJA X 28 UNDS
29,204 2 0 0 58,408
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 2 0 0 24,120
169665-QUETIAPINA GENFAR (RG) TABL
ETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
16,770 2 0 0 33,540
600587-EUTIROX INST. 112 MCG. 50 T
BS.
44,100 2 0 0 88,200
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
38,150 2 0 0 76,300
682631-ATORVASTATINA GENFAR INST.
TABLETAS 10 MG CAJA X 100 UNDS
9,243 0 60 0 5,546
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 2 0 0 125,934
600428-GLUCOSAM+COND. COLMED RG IN
ST. SOBRES 1.500 MG / 1.200 MG CAJA
94,725 4 0 0 378,900

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,035,028
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,035,028
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 848,908 0
EXENTAS: 186,120 0
IMPOCONSUMO 0 0

FORMULA: 6804-
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE BERRIO RUBIELA LEON
CC 39400162
CL 25A # 58BB - 11 CABAÑITAS BEL
LO - 401
TELEFONO: 3052201467
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 Rubiela León
39400162
OBS:

CUFE: dd800de97b1258514cb6d4a45fb6
e4a269e57a04c5fb7743081606508b7199
d013d2fcb4f3c749eca6a2b078564b464f



22

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Rubiela León 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 León

FECHA 15-7-2025

No. de Orden 6804

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | RUBIELA LEON DE BERRIO | Documento | 39400162 |
| No. Carné | 71725389 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 112 MCG. CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODIO 112MCG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, JUNTO CON LA DE 112

| Nombre Funcionario: | ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 29/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6804

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | RUBIELA LEON DE BERRIO | Documento | 39400162 |
| No. Carné | 71725389 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 112 MCG. CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODIO 112MCG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, JUNTO CON LA DE 112

| Nombre Funcionario: | ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Rubiela Leon
Documento: 39400162
Télefono: 3052201467

**Fecha de vencimiento:** 29/05/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6804

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | RUBIELA LEON DE BERRIO | Documento | 39400162 |
| No. Camé | 71725389 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 10MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

DOS GOTAS EN CADA OJO TRES VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAMINA/CONDROITINA CD FCOX50CD | GLUCOSAMINA Sulfato 500MG CONDROITINA Sulfato 400MG | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 29/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6804

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | RUBIELA LEON DE BERRIO | Documento | 39400162 |
| No. Camé | 71725389 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 10MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

DOS GOTAS EN CADA OJO TRES VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAMINA/CONDROITINA CD FCOX50CD | GLUCOSAMINA Sulfato 500MG CONDROITINA Sulfato 400MG | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Rubiela
Documento: 39400162
Télefono: 3052204167

**Fecha de vencimiento:** 29/05/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
660
FECHA: 14-07-2025 21:54
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147529
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-COLMIBE EZETIM+ATORVA RG IN
ST. TABLETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS
154,530 3 0 0 463,590
185216-FORTEO (CF) VIAL 250 MCG BO
LSA 2.4 ML

067188-EXFORGE (RG) COMPRIMIDOS 5/
160 MG CAJA X 28 UNDS
52,052 3 0 0 156,156
134084-HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR TA
BLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
990 3 0 0 2,970
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 3 0 0 188,901
116000-CALTRATE PLUS INST. TABLETA
S 600 MG CAJA X 30 UNDS
43,800 3 0 0 131,400

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 4,801,893
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 4,801,893
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 4,801,893 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6810-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: 4876099
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

32

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

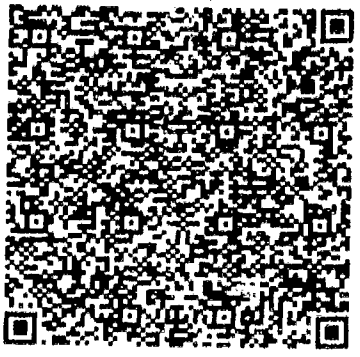
**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Sandra Patricia Arango identificado con cédula número 43483454, 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

FECHA 17-07-2025



CUFE: 3e697a304f3df7a8ef22d0b02b4d6db5b378ef89927a7a7ab68ea05aa1af9224652216 61efc2a47e6f84245 8a025f4a6

OBS: Sandra Arango 43483454

ESPECIALIDAD MEDI. GENERAL

No. de Orden 6810

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA LIGIA AYALA DE RUA | Documento | 22075128 |
| No. Carné | 42877585 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 100 68-36 MEDELLIN-BARRIO CASTILLA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ZETIMIB/ATORVAST 10MG/20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 20MGEZETIMIBE 10MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ORTEO 250MCG/ML SHI CJX1PEN | TERIPARATIDA 250µGML Solución | ESFERO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 c.c. | SUBCUTANEA | CADA 24 HORAS | 90 |

PLICAR 20 MICROGRAMOS SUBCUTANEOS CADA DÍA POR SEIS MESES. ENTREGA 3/6. PENDI

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| XFORGE 5MG/160MG CJX28COMP | VALSARTAN 160MG AMLODIPINO BESILATO 5MG | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

OMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| IDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUA LIGIA DEL SOCORRO |

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Sandra Arango
Documento: 43483454
Télefono: 3113648710

**cha de vencimiento:** 22/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6810

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA LIGIA AYALA DE RUA | Documento | 22075128 |
| No. Carné | 42877585 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 100 68-36 MEDELLIN-BARRIO CASTILLA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EZETIMIB/ATORVAST 10MG/20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 20MGEZETIMIBE 10MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FORTEO 250MCG/ML SHI CJX1PEN | TERIPARATIDA 250µGML Solución | ESFERO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 c.c. | SUBCUTANEA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR 20 MICROGRAMOS SUBCUTANEOS CADA DÍA POR SEIS MESES. ENTREGA 3/6. PENDI

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| EXFORGE 5MG/160MG CJX28COMP | VALSARTAN 160MG AMLODIPINO BESILATO 5MG | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUA LIGIA DEL SOCORRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Sandra Arango
Documento: 43483454
Télefono: 3113648710

**Fecha de vencimiento:** 22/05/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6810

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA LIGIA AYALA DE RUA | Documento | 22075128 |
| No. Carné | 42877585 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 100 68-36 MEDELLIN-BARRIO CASTILLA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 6 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

NA GOTA EN CADA OJO, TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ALTRATE PLUS M FCOX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS EN LAS MAÑLANAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUA LIGIA DEL SOCORRO |

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Sandra Arango
Documento: 43483454
Télefono: 3113648710

**cha de vencimiento:** 22/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6810

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA LIGIA AYALA DE RUA | Documento | 22075128 |
| No. Carné | 42877585 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 100 68-36 MEDELLIN-BARRIO CASTILLA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 6 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO, TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE PLUS M FCOX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS EN LAS MAÑLANAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUA LIGIA DEL SOCORRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Sandra Arango
Documento: 43483454
Télefono: 3113648710

**Fecha de vencimiento:** 22/05/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
826
FECHA: 12-07-2025 15:34
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146689
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683403-VALCOTE (ACIDO VALPR)INST.(
RG) TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
73,199 6 0 0 439,194
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
093325-VITAMINA B-12 1CC AMPOLLAS
1000 MCG CAJA X 1 UND
1,275 14 0 0 17,850
213222-EZETIMIBA/ATORVASTATINA MK
TABLETAS 10/20 MG CAJA X 30 UNDS
154,530 3 0 0 463,590
132157-DICLOFENACO GF INST. 1% GE
L CAJA 50 G
5,470 2 0 0 10,940
132003-LATANOX INST.(RG) CF SOLUCI
ON OFTALMICA 0.05 MG/ML FRASCO 5 ML
41,342 3 0 0 124,026
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1
8,504 3 0 0 25,512
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
8,800 2 0 0 17,600

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,308,052
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,308,052
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,308,052 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6831-DOMICILIO
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

38

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo LUIS CARLOS PEREZ M. identificado con cédula número 70.095917, 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 SABADO 12-JULIO-2025

PROVEEDOR TECNOLOGICO: efactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA

ESPECIALIDAD

MEDI.GENERAL

OBS: SABADO 12-JULIO-2025

CUFE: 3d6d57fcac762b3d5759774d66ab0db7b8b1722ca5527c930b39acf08da88ae5883298dca23381a92ef7057717b7cbd9df

No. de Orden 6831

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA DE LA LUZ MOLINA GRISALES | Documento | 21302675 |
| No. Carné | 70085917 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | AV 46A NRO 67-8 APTO 202 NIQUIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| alcote 500 mg TLP Caja x 10 TLP | Sodio Divalproato 500 mg TLP | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

AL DIA , NO SUSPENDER

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA |

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

DESPUES DEL DESAYUNO HASTA DIC/2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| ITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA 24 HORAS | 90 |

PLICAR DIARIAMENTE EN CADERA INTRAMUSCULAR 1 SEMANA , LUEGO CADA 8 DIAS POR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ZETIMIB/ATORVAST 10MG/20MG JX30TAB | ATORVASTATINA 20MGEZETIMIBE 10MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

K , 1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS CARLOS PEREZ MOLINA |

Recibido Por:

Firma:
Documento: 70085917
Télefono: 3104067490

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

**cha de vencimiento:** 03/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6831

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA DE LA LUZ MOLINA GRISALES | Documento | 21302675 |
| No. Carné | 70085917 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | AV 46A NRO 67-8 APTO 202 NIQUIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| Valcote 500 mg TLP Caja x 10 TLP | Sodio Divalproato 500 mg TLP | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

2 AL DIA , NO SUSPENDER

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO HASTA DIC/2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR DIARIAMENTE EN CADERA INTRAMUSCULAR 1 SEMANA , LUEGO CADA 8 DIAS POR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EZETIMIB/ATORVAST 10MG/20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 20MGEZETIMIBE 10MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , 1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS CARLOS PEREZ MOLINA |

Recibido Por:

Firma:
Documento: 70085917
Télefono: 3104067490

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 03/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6831

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA DE LA LUZ MOLINA GRISALES | Documento | 21302675 |
| No. Carné | 70085917 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | AV 46A NRO 67-8 APTO 202 NIQUIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| DICLOFENACO 1%GEL TBOX30GR | DICLOFENACO SODIO 1% Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

NO MAS D E 7 DIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| LATANOX 0.05MG/ML SO FCOX5ML | LATANOPROST 0.05MGML SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NCOHE EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

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

VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 9 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

EN AYUNA S DE LUNES A VIERNES Y 2 SABADO Y DOMINGO

Nombre Funcionario: LUIS CARLOS PEREZ MOLINA

Recibido Por:

Firma:

Documento: 70.085917

Télefono: 3104067490

LORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 03/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6831

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA DE LA LUZ MOLINA GRISALES | Documento | 21302675 |
| No. Carné | 70085917 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | AV 46A NRO 67-8 APTO 202 NIQUIA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| DICLOFENACO 1%GEL TBOX30GR | DICLOFENACO SODIO 1% Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

NO MAS D E 7 DIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| LATANOX 0.05MG/ML SO FCOX5ML | LATANOPROST 0.05MGML SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NCOHE EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

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

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 9 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

1 EN AYUNA S DE LUNES A VIERNES Y 2 SABADO Y DOMINGO

Nombre Funcionario: LUIS CARLOS PEREZ MOLINA

Recibido Por:

Firma:

Documento: 70.085917

Télefono: 3104067490

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 03/07/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333173
824
FECHA: 17-07-2025 20:18
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2148693
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,700 0120 0 67,080

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 67,080
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 67,080
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 67,080 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6938-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
AYALA SUAREZ YOLANDA
CC 31222453
CL 24 # 58 - 75 CS CABAÑAS
TELEFONO: 3103522138
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: Ruben Asciniegas H
13803090

CUFE: 814e620a27bebf7e9b7f2505dfb4
e784919506414bd71afed19b152880a6f8
71cf59ab092f7c9cb24c72ad22cad8f21b

44

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Ruben Arciniegas F. identificado con cédula número 13803090, 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 Ruben Arciniegas A

FECHA 18-07-2026

Error P...

6938

No. de Orden
6938

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Camé | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| HIDROCORTISONA 1%EMU CREMA TUBX15g | HIDROCORTISONA ACETATO | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 60 |

VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 80mg TNR CJx28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | CIENTO CUA |

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

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | SESENTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| AMANTIX 100MG CJX20TAB | AMANTADINA SULFATO 100MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 18/07/25

Recibido Por:
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 4620800

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6938

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Camé | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| HIDROCORTISONA 1%EMU CREMA TUBX15g | HIDROCORTISONA ACETATO | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 60 |

2 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 80mg TNR CJx28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | CIENTO CUA |

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

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| AMANTIX 100MG CJX20TAB | AMANTADINA SULFATO 100MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 18/07/25

Recibido Por:
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 4620800

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6938

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB | POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo | SOBRE | SESENTA |

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

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BISACODILO 5MG CJX10TAB | BISACODILO 5MG Tableta de liberación retardada | TABLETAS | SESENTA |

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

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 240 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 4 UNIDADES | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 | Aprobado |

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 8 |
|---|---|---|---|
| MONURIL 3G GDO SOBX8G | FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo | SOBRE | OCHO |

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

SEMANAL

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |

Recibido Por:

Firma: Ruben Arciniegas F
Documento: 13803090
Télefono: 462 0800

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6938

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB | POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo | SOBRE | SESENTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BISACODILO 5MG CJX10TAB | BISACODILO 5MG Tableta de liberación retardada | TABLETAS | SESENTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 240 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES) | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 4 UNIDADES | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 | Aprobado |

4 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 8 |
|---|---|---|---|
| MONURIL 3G GDO SOBX8G | FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo | SOBRE | OCHO |

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

1 SEMANAL

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |

Recibido Por:

Firma: Ruben Arciniegas F
Documento: 13803090
Télefono: 462 0800

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


49

No. de Orden 6938

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 360 |
|---|---|---|---|
| CARBIDOPA+LEVODOPA 250MG CJX30TAB | LEVODOPA 250MGCARBIDOPA 25MG Tableta | TABLETAS | TRESCIENTO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 4 HORAS | 60 |

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 50MG CJX30CPR | QUETIAPINA FUMARATO 50MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

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

EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 462080

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6938

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento: 31222453
No. Carné: 13803090 - C | Fecha autorización: 12/07/25
Dirección: CLL 24 58-75 B.Cabañitas
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 360 |
|---|---|---|---|
| CARBIDOPA+LEVODOPA 250MG CJX30TAB | LEVODOPA 250MGCARBIDOPA 25MG Tableta | TABLETAS | TRESCIENTO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 4 HORAS | 60 |

6 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 50MG CJX30CPR | QUETIAPINA FUMARATO 50MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 462080

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


51

No. de Orden
6938

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CEBION VIT C 500MG NARANJA CJX100TAB | ASCORBICO ACIDO 260MGSODIO ASCORBATO | TABLETAS | SESENTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 75 MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO VEIN |

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

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| OTOSEC 0.3% SOL OTI FCOX10ML | CIPROFLOXACINO 3MGML SoluciónGotas | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 GOTA(S) | ÓTICA | CADA 6 HORAS | 5 |

GOTAS EN AMBOS OIDOS 4 VECES AL DIA POR 5 DIA S

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Ruben Arciniegas F
Documento: 13803090
Télefono: 4620800

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6938

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CEBION VIT C 500MG NARANJA CJX100TAB | ASCORBICO ACIDO 260MGSODIO ASCORBATO | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 75 MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO VEIN |

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

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| OTOSEC 0.3% SOL OTI FCOX10ML | CIPROFLOXACINO 3MGML SoluciónGotas | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 GOTA(S) | ÓTICA | CADA 6 HORAS | 5 |

3 GOTAS EN AMBOS OIDOS 4 VECES AL DIA POR 5 DIA S

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Ruben Arciniegas F
Documento: 13803090
Télefono: 4620800

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
837
FECHA: 15-07-2025 12:48
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147706
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

119000-OPTIVE FUSION INST. GOTAS O
FTALMICAS 0.5 % CAJA 15 ML
47,310 3 0 0 141,930
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
113,850 3 0 0 341,550
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206
121088-CIPROFIBRATO GENFAR (RG) TA
BLETAS 100 MG CAJA X 20 UNDS
16,385 5 0 0 81,925

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 607,611
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 607,611
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 607,611 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6842-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FLOREZ MORENO ROCIO
CC 42759634
DG 58CC # 27B - 61 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 3146675366
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: Rocio Flores
42759634
3146675366

60

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Rocio Flores identificado con cédula número 42759634, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rocio Flores

FECHA 15.07.25

100dfd20adc9d9a32fa6a88e9b660a49d3
06a47d08a868ba0552cdfe8dae79e0bb82

61

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
873
FECHA: 12-07-2025 17:10
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146736
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

119000-OPTIVE FUSION INST. GOTAS O
FTALMICAS 0.5 % CAJA 15 ML
47,310 2 0 0 94,620
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
113,850 3 0 0 341,550
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206
121088-CIPROFIBRATO GENFAR (RG) TA
BLETAS 100 MG CAJA X 20 UNDS
16,385 5 0 0 81,925

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 560,301
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 560,301
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 560,301 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6842-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FLOREZ MORENO ROCIO
CC 42759634
DG 58CC # 27B - 61 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 3146675366
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Rocio Flores
OBS: 42759634
3146675366

62

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Rocio Flores identificado con cédula número 42759634, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rocio Flores

FECHA 12.07.25

7b4728 1db661e0b0 1d17beb413b8f9152e
79e844d3e5860 7fd3b587 4c5a7bd88ac255
CUFE: 46422841b821426429d1cdeabe

No. de Orden 6842

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO FLOREZ MORENO | Documento | 42759634 |
| No. Camé | 15482391 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | DIAG 58CC NRO 27B-61 CABAÑAS BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| **Optive Fusion (5+9+1)mg/mL Solución Oftálmica Frasco x 15 mL** | **Sodio Carboximetilcelulosa + Glicerina + Sodio Hialuronato** | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 8 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS POR TRES MESES. ENTREGA FINAL

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **ANEMIDOX FCOX30 CAPS** | **FUMARATO FERROSO ASCORBICO ACIDO FOLICO** | CÁPSULA | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL** | **MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda** | CÁPSULA | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **CIPROFIBRATO 100MG CJX10TB** | **CIPROFIBRATO 100MG Tableta** | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Nombre Funcionario: | ALBEIRO DE JESUS HERRERA LORA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Rocio Flores
Documento: 42759634
Télefono: 3146675366

**Fecha de vencimiento:** 17/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6842

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario ROCIO FLOREZ MORENO | Documento 42759634
No. Camé 15482391 - C | Fecha autorización 11/07/25
Dirección DIAG 58CC NRO 27B-61 CABAÑAS BELLO
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Optive Fusion (5+9+1)mg/mL Solución Oftálmica Frasco x 15 mL | Sodio Carboximetilcelulosa + Glicerina + Sodio Hialuronato | FRASCO | TRES
Dosis 8 GOTA(S) | Vía Admon. OFTÁLMICA | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 90
APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS POR TRES MESES. ENTREGA FINAL

ANEMIDOX FCOX30 CAPS | FUMARATO FERROSO ASCORBICO ACIDO FOLICO | CÁPSULA | NOVENTA
Dosis 1 CÁPSULA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 90
TOMAR CADA 24 HORAS

MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL | MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | NOVENTA
Dosis 1 CÁPSULA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 90
TOMAR CADA NOCHE

CIPROFIBRATO 100MG CJX10TB | CIPROFIBRATO 100MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 90
TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario: ALBEIRO DE JESUS HERRERA LORA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rocio Flores
Documento: 42759634
Télefono: 3146675366

Fecha de vencimiento: 17/07/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
841
FECHA: 12-07-2025 16:01
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146704
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---

115800-VIREX INST. UNGUENTO CAJA 3
0 G
64,548 2 0 0 129,096
051047-VIREX UNGUENTO CAJA 30 G
64,548 1 0 0 64,548
600193-EUTIROX INST. TABLETAS 150
MCG CAJA X 50 UNDS
22,000 2 0 0 44,000
213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20
MG CAJA X 30 UNDS
53,640 2 0 0 107,280
203520-NEUROBION DC J.PRELLENADA
10000 CAJA X 1 UND
45,740 6 0 0 274,440
332039-OLVISION S VITALIS SOLUCION
OFTALMICA 0.2 % CAJA 2.5 ML
34,011 2 0 0 68,022
102917-XALATAN (CF) (RG) GOTAS OFT
ALMICAS 0.05 MG/ML FRASCO 2.5 ML
20,671 2 0 0 41,342
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 4 0 0 224,400
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 1 40 0 139,590
662021-LYRICA INST.(RG) (PREGABALI
NA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
16,671 4 0 0 66,684
669684-SICCAFLUID INST. GEL 0.25%
CAJA 10 G
37,581 2 0 0 75,162

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,234,564
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,234,564
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,094,974 0
EXENTAS: 139,590 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6862-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE

66

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

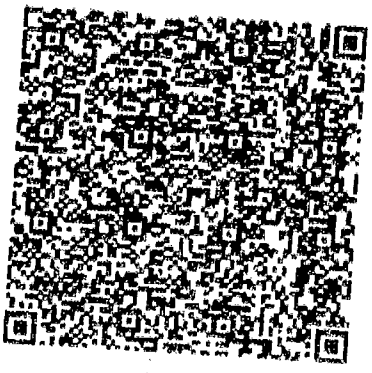
**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Nubia Elena López A identificado con cédula número 42.678.242, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 12 Julio - 2021.



LOPEZ HENAO NUBIA ELENA
CC 42678242
CR 55A # 29 - 56 APTO 202 FLORID
A BELLO 3113015834
TELEFONO: 6137031
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: 42.678.742 31/30/VD 21

CUFE: 34ffbb40d4de8b2837da3a09c0daf
048c33626ba3721962ed93d3b0e8f0f65
8a0d09164e48d59fafd43307da99f93ad

No. de Orden 6862

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NUBIA ELENA LOPEZ HENAO | Documento | 42678242 |
| No. Carné | 70254256 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 55A #29-56 Apto 202 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| VIREX 5g CRE CJX10TUB | ACICLOVIR | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

NTREGAR VIREX CREMA TUBO DE 30 GR. APLICAR TRES A CUATRO VECES AL DÍA EN ÁREAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 150 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODIO 150MCG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

OMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO DE LUNES A VIERNES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX10TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta de | TABLETAS | SESENTA |

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

OMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO. ENTREGAR DE MK

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6 |
|---|---|---|---|
| NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MG MLTIAMINA | AMPOLLA | SEIS |

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

PLICAR UNA INTRAMUSCULAR CADA 10 DÍAS POR DOS MESES INICIALES.

Nombre Funcionario: HERNAN DARIO RAMIREZ ZULETA

ENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 24/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6862

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NUBIA ELENA LOPEZ HENAO | Documento | 42678242 |
| No. Carné | 70254256 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 55A #29-56 Apto 202 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| VIREX 5g CRE CJX10TUB | ACICLOVIR | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 60 |

ENTREGAR VIREX CREMA TUBO DE 30 GR. APLICAR TRES A CUATRO VECES AL DÍA EN ÁREAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 150 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODIO 150MCG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO DE LUNES A VIERNES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX10TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta de | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO. ENTREGAR DE MK

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6 |
|---|---|---|---|
| NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MG MLTIAMINA | AMPOLLA | SEIS |

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

APLICAR UNA INTRAMUSCULAR CADA 10 DÍAS POR DOS MESES INICIALES.

Nombre Funcionario: HERNAN DARIO RAMIREZ ZULETA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por: Nubia Elena
Firma:
Documento: 42.678.242
Télefono: 311 30 18 32

Fecha de vencimiento: 24/07/25

GTH-F-005 V.01


62

No. de Orden 6862

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NUBIA ELENA LOPEZ HENAO | Documento | 42678242 |
| No. Camé | 70254256 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 55A #29-56 Apto 202 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OLVISION OLOPATADINA 0.2% FCOX2.5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 0.2% SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO 2 VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| XALATAN 50MC/1ML GOT FCOX2.5ML | LATANOPROST 0.05MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

UNA GOTA EN CADA OJO CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| CALCIBON D 800UI TNR FCOX60 TAB | CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | TABLETAS | CIENTO VEIN |

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNAN DARIO RAMIREZ ZULETA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6862

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: NUBIA ELENA LOPEZ HENAO | Documento: 42678242
No. Camé: 70254256 - C | Fecha autorización: 11/07/25
Dirección: CRA 55A #29-56 Apto 202
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: OLVISION OLOPATADINA 0.2% FCOX2.5ML | Molécula: OLOPATADINA CLORHIDRATO 0.2% SoluciónGotas | Tipo: FRASCO | Total 2: DOS
Dosis: 4 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
UNA GOTA EN CADA OJO 2 VECES AL DÍA

Medicamentos: XALATAN 50MC/1ML GOT FCOX2.5ML | Molécula: LATANOPROST 0.05MGML SoluciónGotas | Tipo: FRASCO | Total 2: DOS
Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
UNA GOTA EN CADA OJO CADA NOCHE

Medicamentos: CALCIBON D 800UI TNR FCOX60 TAB | Molécula: CALCIO CITRATO VITAMINA D3 | Tipo: TABLETAS | Total 120: CIENTO VEIN
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM

Medicamentos: DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | Molécula: A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 90: NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

Nombre Funcionario: HERNAN DARIO RAMIREZ ZULETA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: Nubia Elena
Documento: 42.678.242
Télefono: 311 301 1073
Fecha de vencimiento: 24/07/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6862

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NUBIA ELENA LOPEZ HENAO | Documento | 42678242 |
| No. Camé | 70254256 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 55A #29-56 Apto 202 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| **LYRICA 25MG CJX30CAP** | **PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura** | CÁPSULA | CIENTO VEIN |

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) PARA MANEJO DEL DOLOR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| **SICCAFLUID 0.25% GO FCOX10G** | **POLIACRILICO ACIDO 2.5mcg GO** | FRASCO | DOS |

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

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNAN DARIO RAMIREZ ZULETA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6862

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NUBIA ELENA LOPEZ HENAO | Documento | 42678242 |
| No. Camé | 70254256 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 55A #29-56 Apto 202 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| **LYRICA 25MG CJX30CAP** | **PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura** | CÁPSULA | CIENTO VEIN |

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) PARA MANEJO DEL DOLOR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| **SICCAFLUID 0.25% GO FCOX10G** | **POLIACRILICO ACIDO 2.5mcg GO** | FRASCO | DOS |

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

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | HERNAN DARIO RAMIREZ ZULETA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Nubia Elena L.
Documento: 42.678.242
Télefono: 311 30 [illegible]

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
791
FECHA: 12-07-2025 14:18
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146654
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO · PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 2 20 0 186,120
213575-OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA
5 ML
11,107 2 0 0 22,214
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
38,150 1 0 0 38,150
100279-CRESTOR INST. (ROSUVASTATIN
A) COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 30 UNDS
332,670 2 0 0 665,340

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 911,824
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 911,824
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 725,704 | 0 |
| EXENTAS: | 186,120 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 6863-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TRUJILLO MARTINEZ LUZ ASTRID
CC 43069254
DG 52 # 43 - 97 AP 301 NIQUIA PA
RTE BAJA
TELEFONO: 5994518
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: Julio 12/2025

74

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Juan G. Perez identificado con cédula número 70568645, 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 Junio 12/2021

No. de Orden 6863

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ASTRID TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 43069254 |
| No. Carné | 70568646 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | DIAG 52 NRO 43-97 APTO 301 PANAMERICANA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

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

2 aldia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 | |

en la noche en ambos ojos

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

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

en ayunas

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

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

en ayuna s

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN GUILLERMO PEREZ ARANGO |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70568646
Télefono: 3117037438

**Fecha de vencimiento:** 12/06/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6863

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ASTRID TRUJILLO MARTINEZ | Documento | 43069254 |
| No. Carné | 70568646 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | DIAG 52 NRO 43-97 APTO 301 PANAMERICANA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

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

2 aldia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 | |

en la noche en ambos ojos

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

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

1 en ayunas

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | SESENTA |

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

1 en ayuna s

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN GUILLERMO PEREZ ARANGO |

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70568646
Télefono: 3117037438

**Fecha de vencimiento:** 12/06/25

GTH-F-005 V.01


25

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
846
FECHA: 12-07-2025 16:08
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146709
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116800-SYSTANE INST. GOTAS OFTALMI
CAS CAJA 15 ML
49,090 1 0 0 49,090

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 49,090
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 49,090
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 49,090 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 6872-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
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OMAR GOMEZ

OBS:

CUFE: afb02d4ef34c711a88f6c47166c0
9061efbf3f031f4e0a85a8cda763fbc013
cbecb7d1494799de17686a8d50e01a1ab6

78

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo OMAR GOMEZ identificado con cédula número 70048841, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 12-07-2021

No. de Orden
6872

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANATILDE SANCHEZ RESTREPO | Documento | 43593007 |
| No. Carné | 70048841 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

VECES AL DIA POR 6 MESE S

| Nombre Funcionario: | OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 18/06/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6872

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANATILDE SANCHEZ RESTREPO | Documento | 43593007 |
| No. Carné | 70048841 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

3 VECES AL DIA POR 6 MESE S

| Nombre Funcionario: | OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 70048841
Télefono: 3122899773

**Fecha de vencimiento:** 18/06/25

GTH-F-005 V.01


29

81

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
843
FECHA: 12-07-2025 16:04
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146706
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

967022-SLINDA TABLETAS 4 MG CAJA X
28 UNDS
50,336 1 0 0 50,336
169665-QUETIAPINA GENFAR (RG) TABL
ETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
16,770 1 0 0 16,770
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 109,312
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 109,312
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 109,312 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6873-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
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OMAR GOMEZ

OBS:

CUFE: bd2133226b1b25db9763186fcd72
46238c9226a5ebcb21c0336da9c31830f4
f8521c4ce863ed4490f7ca11d5af0cf483

82

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo OMAR GIRALDO identificado con cédula número 70048841, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 12-07-2025

No. de Orden 6873

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANATILDE SANCHEZ RESTREPO | Documento | 43593007 |
| No. Camé | 70048841 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| 6LINDA® | DROSPIRENONA 4mg | TABLETAS | TREINTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

n la noche 1 tableta

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB | MELATONINA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA |

LORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**echa de vencimiento:** 13/06/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6873

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

**COPIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANATILDE SANCHEZ RESTREPO | Documento | 43593007 |
| No. Camé | 70048841 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| SLINDA® | DROSPIRENONA 4mg | TABLETAS | TREINTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1n la noche 1 tableta

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB | MELATONINA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA |

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

1 EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 70048841
Télefono: 3122899730

**Fecha de vencimiento:** 13/06/25

GTH-F-005 V.01

83

85

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
856
FECHA: 12-07-2025 16:28
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146719
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

123000-DIFFERIN INST. GEL 0.3% CAJ
A 30 G
110,257 1 0 0 110,257
116501-ALAP INST. (OLOPATADINA) GO
TAS OFTALMICAS 0.2 % CAJA 3 ML
7,646 2 0 0 15,292
116800-SYSTANE INST. GOTAS OFTALMI
CAS CAJA 15 ML
49,090 2 0 0 98,180

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 223,729
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 223,729
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 223,729 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6879-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA HENAO LORENA
CC 1001389864
CR 47 # 50 - 106 LA PEDRERA COPA
CABANA
TELEFONO: 6003335
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: 1093544/2375
12/07/25

CUFE: cd26e3aef01498ec6e6316d4584f
0d88a2a7f57d4bf1d7ce0673c41db5d954
174563ed7302455b28cf9be39c0e502c17

86

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Santiago Rivera Henao identificado con cédula número 1035442335, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 12/09/25

No. de Orden 6879

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LORENA RIVERA HENAO | Documento | 1001389864 |
| No. Camé | 15504904 - E | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | cr47#50-106 piso 3 la pedrera copacabana. | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 1 |
|---|---|---|---|---|
| DIFFERIN GEL 0.3% TUBX30GR | ADAPALENO 0.3G GEL | TUBO | UN | |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NOCHE DIA POR MEDIO POR 3 SEMANAS Y LUEGO DIARIAMEHTE SI LO TOLERA, POR 4 M

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total | 2 |
|---|---|---|---|---|
| ALAP 0.2% FCOX3ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS - | |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

SOLO SI , HAY ARDOR EN LA NOCHE

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

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

3 VECES AL DIA SI HAY ARDOR

| Nombre Funcionario: | JUAN BAUTISTA RIVERA HENAO |
|---|---|

Recibido Por:

Firma:

Documento: 1035414/2335

Télefono: 3206296113

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6879

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: LORENA RIVERA HENAO | Documento: 1001389864

No. Carné: 15504904 - E | Fecha autorización: 12/07/25

Dirección: cr47#50-106 piso 3 la pedrera copacabana.

Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: DIFFERIN GEL 0.3% TUBX30GR | Molécula: ADAPALENO 0.3G GEL | Tipo: TUBO | Total 1: UN

Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90

EN LA NOCHE DIA POR MEDIO POR 3 SEMANAS Y LUEGO DIARIAMEHTE SI LO TOLERA, POR 4 M

Medicamentos: ALAP 0.2% FCOX3ML | Molécula: OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | Tipo: FRASCO | Total 2: DOS

Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90

SOLO SI , HAY ARDOR EN LA NOCHE

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

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

3 VECES AL DIA SI HAY ARDOR

Nombre Funcionario: JUAN BAUTISTA RIVERA HENAO

Recibido Por:

Firma:

Documento: 1035414/2335

Télefono: 3206296113

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01

89

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
388
FECHA: 14-07-2025 10:33
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147257
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600167-EGOGYN INST. CAPSULAS BLAND
AS 1000 UI CAJA X 30 UNDS
31,890 1 0 0 31,890
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 2 0 0 83,400
213575-OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA
5 ML
11,107 2 0 0 22,214
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 1 10 0 93,060
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
115500-STAFEN INST. (FENOFIBRATO)
CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UNDS
126,090 3 0 0 378,270

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 818,174
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 818,174
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 725,114 0
EXENTAS: 93,060 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6880-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO MARIN MARIA ISABEL
CC 43420315
CR 47 # 50 - 106 BARRIO LA PEDRE
RA COPACABANA
TELEFONO: 6003335
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

91

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333175
315
FECHA: 21-07-2025 20:24
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2150184
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
261088-EGOGYN CAPSULAS 1.000 UI CA
JA X 30 UNDS
31,890 2 0 0 63,780

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 63,780
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 63,780
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 63,780 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6880-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO MARIN MARIA ISABEL
CC 43420315
CR 47 # 50 - 106 BARRIO LA PEDRE
RA COPACABANA
TELEFONO: 6003335
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: 1035442335
22/07/25

CUFE: 2052a7b11ac74ca462c89ea65d9e
112e8570b0fc6a1a2751b806baf8710c78
909e82d44aeddf93fb01f32cfaf2ed07b7

Scanned with CamScanner

90

92

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Santiago Ravery Herrera identificado con cédula número 1035442335, 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 22/07/2025

Pasteur
Farmacia desde 1910

## SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 14/07/25 CÉDULA: 43423/5

USUARIO: Isabel Hernao # ORDEN: 6880

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Egogyr 1000 Ut | 60 tbs | 5 dias habiles |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| Angi Correa | Bello | 3014381971 |

No. de Orden 6880

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ISABEL HENAO MARIN | Documento | 43420315 |
| No. Carné | 15504904 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | cr47#50-106 piso 3 la pedrera copacabana. | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/10 MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | NOVENTA |

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

EN LA NOCHE NO SUSPENDER

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EGOGYN 1000UI CBL CJX30CAP | DL-ALFATOCOFERIL ACETATO | CÁPSULA | NOVENTA |

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

DIARIAMENTE

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

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

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

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario: JUAN BAUTISTA RIVERA HENAO

Recibido Por:

Firma: Ma Isabel H.
Documento: 43420315
Télefono: 3206296113

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 25/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6880

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: MARIA ISABEL HENAO MARIN | Documento: 43420315
No. Carné: 15504904 - C | Fecha autorización: 12/07/25
Dirección: cr47#50-106 piso 3 la pedrera copacabana.
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/10 MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 EN LA NOCHE NO SUSPENDER

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EGOGYN 1000UI CBL CJX30CAP | DL-ALFATOCOFERIL ACETATO | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

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

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS |

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

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario: JUAN BAUTISTA RIVERA HENAO

Recibido Por:

Firma: Ma Isabel H.
Documento: 43420315
Télefono: 3206296113

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 25/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6880

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ISABEL HENAO MARIN | Documento | 43420315 |
| No. Camé | 15504904 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | cr47#50-106 piso 3 la pedrera copacabana. | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

1 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA |

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

DESPUES D EL DESAYUNO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN BAUTISTA RIVERA HENAO |

Recibido Por:

Firma: Ma Isabel H
Documento: 43 420315
Télefono: 320 6296115

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 25/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6880

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA ISABEL HENAO MARIN | Documento | 43420315 |
| No. Camé | 15504904 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | cr47#50-106 piso 3 la pedrera copacabana. | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DESPUES D EL DESAYUNO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JUAN BAUTISTA RIVERA HENAO |

Recibido Por:

Firma: Ma Isabel H.
Documento: 43420315
Télefono: 320 6296113

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 25/07/25

GTH-F-005 V.01

99

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
852
FECHA: 12-07-2025 16:22
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146715
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

286010-SOLOR REPAIR PROTECTOR SOLA
R SPF 50+ TUBO 100 G
104,393 2 0 0 208,786

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 208,786
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 208,786
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 175,450 33,336
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6881-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO MARIN MARIA ISABEL
CC 43420315
CR 47 # 50 - 106 BARRIO LA PEDRE
RA COPACABANA
TELEFONO: 6003335
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: 1035414335
12/07/25

CUFE: fdf5f162a3a113041d42fd093031
075440bd51e05303433f0af3afc52694d9
7d7098069089bbfc7ab9f5169dc0f089d5

100

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Santiago Rivera Henao identificado con cédula número 1035442335, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 12/07/25

101

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

**Beneficiario** MARIA ISABEL HENAO M. — **CC . 43420315**

**Fecha** 12 07 2025

| | Cantidad |
|---|---|
| PROTECTOR SOLAR(SOLOR GEL 40) APLICAR 2 VECES AL DIA EN AREAS EXPUESTAS | 2 DOS |
| PARA 3 MESES | |

Gloria J.

Firma y Sello del Médico

1093442375

**CODIGO 6881**

Gloria J.

103

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
392
FECHA: 14-07-2025 10:41
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147261
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
200066-BETARRETIN GEL 0.025% CAJA
30 G
46,443 1 0 0 46,443
669368-CLORFENIRAMINA ECAR INST. J
ARABE FRASCO 120 ML
5,526 1 0 0 5,526
155215-FLUIMUCIL SOBRES 600 MG NAR
ANJA CAJA X 30 UNDS
90,030 0 20 0 60,020

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 111,989
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 111,989
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 111,989 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6903-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:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---

OBS Adriana Carvajal

CUFE: e53f7a180d4d620f75d6253c19f1
2645d55a3fffaf82c3281f9739f1ac93b0
0d6c56e36accaa35a8f25fcc82d8701ab8

104

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Adriana Correa Gil, identificado con cédula número 43079388, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Adriana Correa Gil

FECHA Lunes 14/Julio/2025

No. de Orden 6903

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUCIANA HURTADO CARVAJAL | Documento | 1011513171 |
| No. Camé | 43437835 - G | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 111E NRO 64-50 TOSCANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| BETARRETIN 0.025% CR TBOX30G | RETINOICO ACIDO TRETINOINA 0.25MGG Crema | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR SIGUIENDO RECOMENDACION DE DERMATOLOGÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| CLORFENIRAMINA 0.04% SHJ FCOX120ML | CLORFENIRAMINA MALEATO | FRASCO | UN |

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

TOMAR UNA CUCHARADA GRANDE CADA NOCHE A LAS 5 PM HASTA TERMINAR EL FRASCO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| FLUIMICIL 600MG TE CJX20 TE | N-ACETILCISTEINA 600MG TE | SOBRE | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 12 HORAS | 10 |

TOMAR UN SOBRE CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CARVAJAL CATANO EDITH DEL SOCORRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 43079388
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6903

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUCIANA HURTADO CARVAJAL | Documento | 1011513171 |
| No. Camé | 43437835 - G | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 111E NRO 64-50 TOSCANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| BETARRETIN 0.025% CR TBOX30G | RETINOICO ACIDO TRETINOINA 0.25MGG Crema | TUBO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR SIGUIENDO RECOMENDACION DE DERMATOLOGÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| CLORFENIRAMINA 0.04% SHJ FCOX120ML | CLORFENIRAMINA MALEATO | FRASCO | UN |

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

TOMAR UNA CUCHARADA GRANDE CADA NOCHE A LAS 5 PM HASTA TERMINAR EL FRASCO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| FLUIMICIL 600MG TE CJX20 TE | N-ACETILCISTEINA 600MG TE | SOBRE | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA 12 HORAS | 10 |

TOMAR UN SOBRE CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | CARVAJAL CATANO EDITH DEL SOCORRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 43079388
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
656
FECHA: 14-07-2025 21:44
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147525
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 23 0 0 835,728
100279-DIMOFLAX INST. TABLETAS CAJ
A X 60 UNDS
73,740 3 0 0 221,220
682634-COLESTIRAMINA GENF INST. X
100 SOBRES 4 G CAJA X 100 UNDS
275,300 0 45 0 123,885
137175-ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBI
BLES CAJA X 10 UNDS
75,080 5 0 0 375,400
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 1 80 0 205,920
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1
8,504 3 0 0 25,512
115300-XIGDUO XR INST. (RG) TABLET
AS 10MG/1000MG CAJA X 28 UNDS
157,752 4 0 0 631,008
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLE
TAS 100/12.5 MG CAJA X 30 UNDS
10,740 3 0 0 32,220
682560-ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG
CAJA X 1000 UNIDS
36,000 0 90 0 3,240
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 3 0 0 125,100
115110-NIMODIPINO MK INST. TABLETA
S 30 MG CAJA X 150 UNDS
62,250 0100 0 41,500
682160-CALCITRIOL COLMED INST. CAP
SULAS 0.25 MCG X 30 UNDS
5,460 3 0 0 16,380

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,637,113
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,637,113
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO

EXCLUIDAS: 2,637,113 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6904-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HERNANDEZ DE CASTRO ROSALIA
CC 21680157
CL 47A # 53 - 42 BARRIO OBRERO C
OPACABANA
TELEFONO: 2749550
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: d93d498ac634fa67c959f336e4bd
ee41bf07992b454094da2e7094f4e61268
d0957434fa4d377fe8d7d28b31e32fbfe7



801

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo JOHN JAIRO CASTAÑO HOYOS identificado con cédula número 15501175, 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 15-05-2025.

No. de Orden 6904

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | ROSALIA HERNANDEZ DE CASTRO | Documento | 21680157 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 8255630 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 49 NRO 17C -27 B.Buenos Aires | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | DOSCIENTOS |

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

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1800 |
|---|---|---|---|
| DIMOFLAX 150/80/25MG TRP CJX60TAB | PANCREATINA SIMETICONA LEVOSULPIRIDE | TABLETAS | MIL OCHOC |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

N AYUNA S Y ANTES DE LA ULTIMA COMIDA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 45 |
|---|---|---|---|
| COLESTIRAMINA 4G POV CJX15SOB | COLESTIRAMINA 4G Gránulo | SOBRE | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 SOBRE | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

OMAR 1 DIA POR MEDIO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 45 |
|---|---|---|---|
| ENTEROGÉRMINA SUSP CJX10AMP BEB | ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión | AMPOLLA | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 AMPOLLAS | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

OMAR 1 DIA POR MEDIO

| Nombre Funcionario: | ORLANDO A CASTRO HERNANDEZ |
|---|---|

Gloria J.

LORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: CC 1037...
Télefono: 3133...

15-05-2025

Fecha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6904

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| Beneficiario | ROSALIA HERNANDEZ DE CASTRO | Documento | 21680157 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 8255630 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 49 NRO 17C -27 B.Buenos Aires | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | DOSCIENTOS |

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

3 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1800 |
|---|---|---|---|
| DIMOFLAX 150/80/25MG TRP CJX60TAB | PANCREATINA SIMETICONA LEVOSULPIRIDE | TABLETAS | MIL OCHOC |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

EN AYUNA S Y ANTES DE LA ULTIMA COMIDA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 45 |
|---|---|---|---|
| COLESTIRAMINA 4G POV CJX15SOB | COLESTIRAMINA 4G Gránulo | SOBRE | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 SOBRE | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

TOMAR 1 DIA POR MEDIO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 45 |
|---|---|---|---|
| ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB | ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión | AMPOLLA | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 AMPOLLAS | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

TOMAR 1 DIA POR MEDIO

| Nombre Funcionario: | ORLANDO A CASTRO HERNANDEZ |
|---|---|

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6904

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALIA HERNANDEZ DE CASTRO | Documento | 21680157 |
| No. Carné | 8255630 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 49 NRO 17C -27 B.Buenos Aires | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

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

VECE SLA DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 112 |
|---|---|---|---|
| IGDUO XR 10MG/1000MG CJX28TLS | CLORHIDRATO DE METFORMINA | TABLETAS | CIENTO DOC |

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

DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATOREN H FORTE 100/12.5MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | NOVENTA |

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

EN LA MAÑANA

| Nombre Funcionario: | ORLANDO A CASTRO HERNANDEZ |
|---|---|

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1
Télefono: 3137458476

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

**cha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

15-07-2025


No. de Orden 6904

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALIA HERNANDEZ DE CASTRO | Documento | 21680157 |
| No. Carné | 8255630 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 49 NRO 17C -27 B.Buenos Aires | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

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

3 VECE SLA DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 112 |
|---|---|---|---|
| XIGDUO XR 10MG/1000MG CJX28TLS | CLORHIDRATO DE METFORMINA | TABLETAS | CIENTO DOC |

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

1 DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100/12.5MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Nombre Funcionario: | ORLANDO A CASTRO HERNANDEZ |
|---|---|

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01


113

No. de Orden 6904

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALIA HERNANDEZ DE CASTRO | Documento | 21680157 |
| No. Carné | 8255630 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 49 NRO 17C -27 B.Buenos Aires | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 1MG FCOX100TAB | FOLICO ACIDO 1MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | NOVENTA |

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

DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NIMODIPINO 30MG CJX20TAB | NIMODIPINO 30MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALCITRIOL 0.25 mcg | CALCITRIOL 0.25 mcg | CÁPSULA | NOVENTA |

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

EN LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ORLANDO A CASTRO HERNANDEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1152187878
Télefono: 3137888776

Fecha de vencimiento: 23/07/25

11-07-2025

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6904

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALIA HERNANDEZ DE CASTRO | Documento | 21680157 |
| No. Carné | 8255630 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 49 NRO 17C -27 B.Buenos Aires | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 1MG FCOX100TAB | FOLICO ACIDO 1MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NIMODIPINO 30MG CJX20TAB | NIMODIPINO 30MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALCITRIOL 0.25 mcg | CALCITRIOL 0.25 mcg | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ORLANDO A CASTRO HERNANDEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01


115

No. de Orden 6904

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALIA HERNANDEZ DE CASTRO | Documento | 21680157 |
| No. Carné | 8255630 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 49 NRO 17C -27 B.Buenos Aires | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ORLANDO A CASTRO HERNANDEZ |

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

LORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

12-07-2025

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6904

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALIA HERNANDEZ DE CASTRO | Documento | 21680157 |
| No. Carné | 8255630 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 49 NRO 17C -27 B.Buenos Aires | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ORLANDO A CASTRO HERNANDEZ |

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

112

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
475
FECHA: 14-07-2025 13:37
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147344
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
123000-EPIDUO FORTE INST. GEL 0.3/
2.5% CAJA 30 G
124,251 1 0 0 124,251
041069-BUSCAPINA FEM COMPRIMIDOS C
AJA X 6 UNDS
12,419 2 0 0 24,838
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 2 0 0 44,820
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG
CAJA X 200 UNDS
143,200 0120 0 85,920
669120-ACIDO RETINOICO INST. LOCIO
N 0.05 % FRASCO 60 ML
20,213 2 0 0 40,426

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 320,255
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 320,255
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 320,255 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6920-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MALLAMA SUAREZ GERALDINE
CC 1020307057
CL 107 # 70 - 65 AP 201 3205668
305
TELEFONO: 3128856615
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

1018456305

120

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Javier Hallama identificado con cédula número 1277854, 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 14-07-2025



CUFE: a688a3ob193f6f451b08f552469
0e0fe3e9702ead92060404413edf890003a
535ac86c632b0dcded5e8ed88c56fb0da8

OBS:

No. de Orden 6920

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GERALDINE MALLAMA SUAREZ | Documento | 1020307057 |
| No. Carné | 12991856 - E | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 107 No 70 65 Apto 201 B.Tejelo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| EPIDUO FORTE 2.5% / 0.3% GEL FCOX30G | PERÓXIDO DE BENZOILO 2.5GADAPALENO 0.3G | TUBO | UN |

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

EN LA NOCHE EN CARA , CAPA DELGADA POR 4 MESES , PRIMERA ENTREGA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| BUSCAPINA FEM 20/400 MG CJX6 TAB | HIOSCINA n-butil bromuro/IBUPROFENO 20/400 | CAJA | DOS |

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

AL DIA POR 3 DIAS

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

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

d espues del desayuno por 6 meses

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

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

asta 3 al dia en caso d e dolor

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JAVIER ORLANDO MALLAMA BENAVIDES |

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 12991856
Télefono: 3765606305

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6920

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GERALDINE MALLAMA SUAREZ | Documento | 1020307057 |
| No. Carné | 12991856 - E | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 107 No 70 65 Apto 201 B.Tejelo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| EPIDUO FORTE 2.5% / 0.3% GEL FCOX30G | PERÓXIDO DE BENZOILO 2.5GADAPALENO 0.3G | TUBO | UN |

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

EN LA NOCHE EN CARA , CAPA DELGADA POR 4 MESES , PRIMERA ENTREGA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| BUSCAPINA FEM 20/400 MG CJX6 TAB | HIOSCINA n-butil bromuro/IBUPROFENO 20/400 | CAJA | DOS |

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

2 AL DIA POR 3 DIAS

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

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

1 d espues del desayuno por 6 meses

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

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

hasta 3 al dia en caso d e dolor

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | JAVIER ORLANDO MALLAMA BENAVIDES |

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01


121

No. de Orden
6920

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GERALDINE MALLAMA SUAREZ | Documento | 1020307057 |
| No. Carné | 12991856 - E | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 107 No 70 65 Apto 201 B.Tejelo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ACIDO RETINOICO LOC 0.05% FCOX60ML | RETINOICO ACIDO 0.5MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 APLICAR | TÓPICA | CADA SEMANA | 60 |

EN LA NOCHE DIA POR MEDIO , EN ESPALDA , POR 4 MESES , PRIMERA ENTREGA

| Nombre Funcionario: | JAVIER ORLANDO MALLAMA BENAVIDES |
|---|---|

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1020712856
Télefono: 3205668309

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6920

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GERALDINE MALLAMA SUAREZ | Documento | 1020307057 |
| No. Carné | 12991856 - E | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 107 No 70 65 Apto 201 B.Tejelo | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| ACIDO RETINOICO LOC 0.05% FCOX60ML | RETINOICO ACIDO 0.5MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 APLICAR | TÓPICA | CADA SEMANA | 60 |

EN LA NOCHE DIA POR MEDIO , EN ESPALDA , POR 4 MESES , PRIMERA ENTREGA

| Nombre Funcionario: | JAVIER ORLANDO MALLAMA BENAVIDES |
|---|---|

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01


123

125

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
439
FECHA: 14-07-2025 12:15
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147308
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

375751-SERETIDE (RG) 25/250 MCG IN
HALADOR 120 DOSIS
123,300 3 0 0 369,900
115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
36,450 0 90 0 21,870
100218-DIOVAN INST. (RG) TABLETAS
80 MG CAJA X 28 UNDS
22,344 8 0 0 178,752
132058-ESCITALOPRAM GENFAR INST. T
ABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
20,520 3 0 0 61,560
529765-SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS
13,920 5 0 0 69,600
203240-GLUCOPHAGE INST. (METFORMIN
A) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS
66,600 3 0 0 199,800
600523-ZALDIAR INST. (ACETAM+TRAMA
D) TABLETAS 325/37.5MG CAJA X 20 UNDS
8,180 9 0 0 73,620
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930
213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20
MG CAJA X 30 UNDS
53,640 3 0 0 160,920
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 3 0 0 36,180
116900-CARDIOASPIRINA INST. TABLET
AS 81 MG CAJA X 30 UNDS
28,590 3 0 0 85,770
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
8,800 2 0 0 17,600
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 3 0 0 125,100

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,485,808
----------[FORMAS DE PAGO]----------

MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,485,808
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 1,485,808 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 6931-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

Olga Amparo Llano
OBS: 32309153

CUFE: 184c33f9cfc3ad1cc7c71b02977b
75bea3e84ee318516908f756a0a779b63d
3116fd0d95e40d29067479776ea553b76c



**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Olga Amparo Haro 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 Haro

FECHA julio 14 de 2025

No. de Orden 6931

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Camé | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| SERETIDE 25/250 C/CONT SUSP INHX120DO | PROPIONATO FLUTICASONA 250µG SALMETEROL | INHALADO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | INHALATORIA | CADA 12 HORAS | 90 |

puff en la mañana y 2 puff en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | NOVENTA |

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

mk 1 tableta al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 208 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 80MG TNR CJX28TAB | VALSARTAN 80MG Tableta Recubierta | TABLETAS | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 20MG CJX30COM | ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Comprimido | TABLETAS | NOVENTA |

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

tabelta despues del desayuno

| Nombre Funcionario: | ALONSO TEJADA BUSTAMANTE |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Fecha de vencimiento: 18/07/25

Recibido Por:
Firma: Olga Amparo Llano
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6931

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Camé | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| SERETIDE 25/250 C/CONT SUSP INHX120DO | PROPIONATO FLUTICASONA 250µG SALMETEROL | INHALADO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | INHALATORIA | CADA 12 HORAS | 90 |

2 puff en la mañana y 2 puff en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | NOVENTA |

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

mk 1 tableta al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 208 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 80MG TNR CJX28TAB | VALSARTAN 80MG Tableta Recubierta | TABLETAS | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 20MG CJX30COM | ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Comprimido | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 tabelta despues del desayuno

| Nombre Funcionario: | ALONSO TEJADA BUSTAMANTE |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Fecha de vencimiento: 18/07/25

Recibido Por:
Firma: Olga Amparo Llano
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

GTH-F-005 V.01


129

No. de Orden
6931

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Carné | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| SEDORM 7.5MG TNR CJX20TNR | ZOPICLONA | TABLETAS | CIEN |

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

diaria en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

diaria

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ZALDIAR CJX20TAB | ACETAMINOFEN 325MG TRAMADOL | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK PARA 1 EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | ALONSO TEJADA BUSTAMANTE |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Olga Amparo Llano
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6931

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Camé | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| SEDORM 7.5MG TNR CJX20TNR | ZOPICLONA | TABLETAS | CIEN |

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

1 diaria en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 diaria

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ZALDIAR CJX20TAB | ACETAMINOFEN 325MG TRAMADOL | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK PARA 1 EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | ALONSO TEJADA BUSTAMANTE |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Olga Amparo Llano
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6931

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Camé | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , 1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB | MELATONINA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | NOVENTA |

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

EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 81mg TAB FCOX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 81MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

DIARIA

Nombre Funcionario: ALONSO TEJADA BUSTAMANTE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

Fecha de vencimiento: 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6931

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento: 32309153
No. Camé: 8387919 - C | Fecha autorización: 12/07/25
Dirección: AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB — ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta — TABLETAS — NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
MK , 1 EN AYUNAS

MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB — MELATONINA 3MG Tableta Recubierta — TABLETAS — NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 EN LA NOCHE

NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP — INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada — TABLETAS — NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 EN LA MAÑANA

CARDIOASPIRINA 81mg TAB FCOX30TAB — ACETIL SALICILICO ACIDO 81MG Tableta — TABLETAS — NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 DIARIA

Nombre Funcionario: ALONSO TEJADA BUSTAMANTE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

Fecha de vencimiento: 18/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6931

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Camé | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

EN AYUNA S D E LUNES A VIERNES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | NOVENTA |

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

DIARIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALONSO TEJADA BUSTAMANTE |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Olga Amparo Llano
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6931

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Camé | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

1 EN AYUNA S D E LUNES A VIERNES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALONSO TEJADA BUSTAMANTE |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Olga Amparo Llano
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01

137

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172418
FECHA: 14-07-2025 11:40
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147287
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALURON RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
72,880 4 0 0 291,520

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 291,520
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 291,520
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 291,520 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 6932-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: Olga Amparo Llano 32309153

CUFE: 35759b05b7921f337b4bc79b2cdc7982da4df36a60243967518d1237559d75e944fd43cb1bf7e90ec1d8a34c3dbe8fcc

138

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Olga Quiroz Hoyos identificado con cédula número 32309453, 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 Quiroz Hoyos

FECHA julio 14 de 2025

No. de Orden
6932

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Camé | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| AGRICEL 4MG/ML SHN CJX20AMP OFT | HIALURONATO SODIO 4MG Solución | CAJA | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

Olga Amparo Llano CC. 32309153

Nombre Funcionario: ALONSO TEJADA BUSTAMANTE

Recibido Por:

Firma: Olga Amparo Llano
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6932

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Camé | 8387919 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4 |
|---|---|---|---|
| LAGRICEL 4MG/ML SHN CJX20AMP OFT | HIALURONATO SODIO 4MG Solución | CAJA | CUATRO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario: ALONSO TEJADA BUSTAMANTE

Recibido Por:

Firma: Olga Amparo Llano
Documento: 32309153
Télefono: 3006139083

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 18/07/25

GTH-F-005 V.01


130

141

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172513
FECHA: 14-07-2025 15:04
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147382
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS
17,600 2 0 0 35,200
138733-SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDOS 300 MG CAJA X 30 UNDS
151,290 3 0 0 453,870
225987-ZOPICLONA GENFAR INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS
5,690 9 0 0 51,210
115509-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D3) TABLETAS 7000UI CAJA X 12 UNDS
54,672 4 0 0 218,688
093325-VITAMINA B-12 1CC AMPOLLAS 1000 MCG CAJA X 1 UND
1,275 7 0 0 8,925

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 767,893
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 767,893
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 767,893 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6936-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE LEON PENAGOS MARIA TERESA
CC 32500032
CR 53 # 25 - 75 BL 6 APTO 419 CA BAÑAS
TELEFONO: 2737824
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

142

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Maria teresa Delgado identificado con cédula número 32500032, 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 Mario Luis Delgado P.

FECHA 15-07-25

CUFE: 0523056944fea48fb1e8206eff9bf3
f7e23852630b73c0a40b6d8df89af8fbd6
ad15ce22a50b4d0fca4cc23f52572 9a500

OBS: 32500032

No. de Orden 6936

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA TERESA DE LEON PENAGOS | Documento | 32500032 |
| No. Camé | 8297678 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CRA 53 # 25-75 Bloque 6 Apto 419 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| **EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS** | **LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG** | TABLETAS | CIEN |

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

EN AYUNA S DE LUNES A SABADO , DESCANSAR EL DOMINGO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **SEROQUEL XR 300mg TLP CJX30TLP** | **QUETIAPINA FUMARATO** | TABLETAS | NOVENTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **ZOPICLONA 7.5MG CJX20TAB** | **ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | NOVENTA |

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

EN LA NOCHE GEN FAR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 40 |
|---|---|---|---|
| **NUEVI D 7000UI TR CJX12TR** | **VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta** | CÁPSULA | CUARENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

CAPSULA VIERNES , SABADO Y DOMINGO POR 6 MESE S

Nombre Funcionario: MANUEL ANTONIO REY QUIJANO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 30/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6936

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA TERESA DE LEON PENAGOS | Documento | 32500032 |
| No. Camé | 8297678 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CRA 53 # 25-75 Bloque 6 Apto 419 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| **EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS** | **LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG** | TABLETAS | CIEN |

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

EN AYUNA S DE LUNES A SABADO , DESCANSAR EL DOMINGO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **SEROQUEL XR 300mg TLP CJX30TLP** | **QUETIAPINA FUMARATO** | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **ZOPICLONA 7.5MG CJX20TAB** | **ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 EN LA NOCHE GEN FAR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 40 |
|---|---|---|---|
| **NUEVI D 7000UI TR CJX12TR** | **VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta** | CÁPSULA | CUARENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

1 CAPSULA VIERNES , SABADO Y DOMINGO POR 6 MESE S

Nombre Funcionario: MANUEL ANTONIO REY QUIJANO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 32500032
Télefono: 3013213393

**Fecha de vencimiento:** 30/05/25

GTH-F-005 V.01

3013213393

No. de Orden
6936

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA TERESA DE LEON PENAGOS | Documento | 32500032 |
| No. Carné | 8297678 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CRA 53 # 25-75 Bloque 6 Apto 419 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 7 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | SIETE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 90 |

PLICAR EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA SEMANA 1 MES Y LUEGO CADA MES HAST

| Nombre Funcionario: | MANUEL ANTONIO REY QUIJANO |
|---|---|

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**cha de vencimiento:** 30/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6936

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA TERESA DE LEON PENAGOS | Documento | 32500032 |
| No. Carné | 8297678 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CRA 53 # 25-75 Bloque 6 Apto 419 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 7 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | SIETE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 90 |

APLICAR EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA SEMANA 1 MES Y LUEGO CADA MES HAST

| Nombre Funcionario: | MANUEL ANTONIO REY QUIJANO |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 30/05/25

GTH-F-005 V.01


175

147

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
649
FECHA: 14-07-2025 21:13
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147518
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115109-HIDROCORTISONA MK INST. CRE
MA 1 % CAJA 15 G
4,930 2 0 0 9,860
100218-DIOVAN INST. (RG) TABLETAS
80 MG CAJA X 28 UNDS
22,344 5 0 0 111,720
102029-MYRBETRIC (RG) TABLETAS 50
MG CAJA X 30 UNDS
143,460 2 0 0 286,920
682630-AMANTADINA (ZINTERGIA) INST
. TABLETAS 100 MG CAJA X 300 UNDS
301,800 0 60 0 60,360
115110-PEG POLIETILENGLICO INST. 3
350 SOBRES X 12 SOBRES
26,412 5 0 0 132,060
028052-BISACODILO HUMAX TABLETAS 5
MG CAJA X 100 UNDS
21,200 0 60 0 12,720
323154-PAÑAL TENA SLIP ULTRA PROTE
CT TALLA L BOLSA X 21 UNDS
92,726 11 0 0 1,019,986
323149-PAÑAL TENA SLIP ULTRA PROTE
CT TALLA L BOLSA X 9 UNDS
43,002 1 0 0 43,002
155047-MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJ
A X 1 UND
18,741 8 0 0 149,928
132982-CARBIDOPA LEVOD.INST.GENFAR
RG TABLETAS 25/250 MG CAJA X 30 UND
14,400 12 0 0 172,800
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 2 0 0 83,400
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 2 0 0 31,892
203019-CEBION T. MASTICABLES 500 M
G NARANJA CAJA 100UNDS
65,649 0 60 0 39,389
249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 30 UNDS
50,010 4 0 0 200,040
117000-OTOSEC HC INST. GOTAS CAJA
10 ML
13,519 1 0 0 13,519

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,367,596
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,367,596
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| IVA DE: 19 | 893,267 | 169,721 |
| EXCLUIDAS: | ,304,608 | 0 |
| IMPOC ISUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 6938 DOMICILIO 6938
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
AYALA SUAREZ YOLANDA
CC 31222453
CL 24 # 58 - 75 CS CABAÑAS
TELEFONO: 3103522138
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: Ruben Jaramillo A
1380309D
15/07/2025

CUFE: f635cc04374a9afecd43b8d6a8d2
bb8468b0647d373b3058d29ec105f4f029
251ec771b541478e02fa0bc42ecf6c1cb4



8h1

149

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333173824
FECHA: 17-07-2025 20:18
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2148693
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,700 0120 0 67,080

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 67,080
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 67,080
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

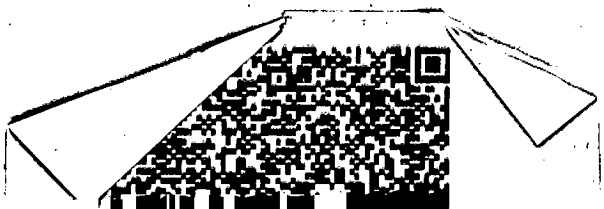
| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 67,080 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: 6938-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
AYALA SUAREZ YOLANDA
CC 31222453
CL 24 # 58 - 75 CS CABAÑAS
TELEFONO: 3103522138
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: Ruben Arciniegas F
13803090
3127678232

CUFE: 814e620a27bebf7e9b7f2505dfb4e784919506414bd71afed19b152880a6f871cf59ab092f7c9cb24c72ad22cad8f21b



151

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Ruben Arciniegas F. identificado con cédula número 13803090 /, 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 Ruben Arciniegas F.

FECHA 15/07/2025

Pasteur Farmacia desde 1910

**SENA - PRODUCTOS PENDIENTES**

FECHA: 14/07/25 CÉDULA: 31222453

USUARIO: Yolanda Ayala # ORDEN: 6988

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Seroquel XR 50mg | 60 tbs | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| Angi Correa | BELLO | 3014381971 |

No. de Orden 6938

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| HIDROCORTISONA 1%EMU CREMA TUBX15g | HIDROCORTISONA ACETATO | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 60 |

VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 140 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 80mg TNR CJx28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | CIENTO CUA |

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

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | SESENTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMANTIX 100MG CJX20TAB | AMANTADINA SULFATO 100MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |

Gloria J.

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 3127678232

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6938

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| HIDROCORTISONA 1%EMU CREMA TUBX15g | HIDROCORTISONA ACETATO | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 60 |

2 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 140 |
|---|---|---|---|
| DIOVAN 80mg TNR CJx28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | CIENTO CUA |

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

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| AMANTIX 100MG CJX20TAB | AMANTADINA SULFATO 100MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 3127678232

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


153

No. de Orden 6938

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB | POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo | SOBRE | SESENTA |

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

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| BISACODILO 5MG CJX10TAB | BISACODILO 5MG Tableta de liberación retardada | TABLETAS | SESENTA |

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

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 240 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES) | DOSCIENTOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 4 UNIDADES | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 60 | Aprobado |

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 8 |
|---|---|---|---|
| MONURIL 3G GDO SOBX8G | FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo | SOBRE | OCHO |

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

SEMANAL

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 3127678232

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6938

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento: 31222453
No. Carné: 13803090 - C | Fecha autorización: 12/07/25
Dirección: CLL 24 58-75 B.Cabañitas
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB | Molécula: POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo | Tipo: SOBRE | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 SOBRE | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 EN LA NOCHE

Medicamentos: BISACODILO 5MG CJX10TAB | Molécula: BISACODILO 5MG Tableta de liberación retardada | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 EN LA NOCHE

Medicamentos: PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | Molécula: PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | Tipo: PAÑAL(ES) | Total 240: DOSCIENTOS
Dosis: 4 UNIDADES | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60 | Aprobado
4 AL DIA

Medicamentos: MONURIL 3G GDO SOBX8G | Molécula: FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo | Tipo: SOBRE | Total 8: OCHO
Dosis: 1 SOBRE | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA SEMANA | Tiempo tratamiento: 60
1 SEMANAL

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 3127678232
Fecha de vencimiento: 18/07/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6938

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Camé | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 360 |
|---|---|---|---|
| CARBIDOPA+LEVODOPA 250MG CJX30TAB | LEVODOPA 250MGCARBIDOPA 25MG Tableta | TABLETAS | TRESCIENTO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 4 HORAS | 60 |

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 50MG CJX30CPR | QUETIAPINA FUMARATO 50MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

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

EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 3127678232

Fecha de vencimiento: 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6938

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Camé | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 360 |
|---|---|---|---|
| CARBIDOPA+LEVODOPA 250MG CJX30TAB | LEVODOPA 250MGCARBIDOPA 25MG Tableta | TABLETAS | TRESCIENTO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 4 HORAS | 60 |

6 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 60 |

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SEROQUEL XR 50MG CJX30CPR | QUETIAPINA FUMARATO 50MG Tableta de liberación | TABLETAS | SESENTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |
|---|---|

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 3127678232

Fecha de vencimiento: 18/07/25

GTH-F-005 V.01


157

No. de Orden 6938

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento | 31222453 |
| No. Carné | 13803090 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 24 58-75 B.Cabañitas | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| CEBION VIT C 500MG NARANJA CJX100TAB | ASCORBICO ACIDO 260MGSODIO ASCORBATO | TABLETAS | SESENTA |

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

DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 75 MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO VEIN |

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

AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| OTOSEC 0.3% SOL OTI FCOX10ML | CIPROFLOXACINO 3MGML SoluciónGotas | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 GOTA(S) | ÓTICA | CADA 6 HORAS | 5 |

GOTAS EN AMBOS OIDOS 4 VECES AL DIA POR 5 DIA S

| Nombre Funcionario: | RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 3127678232

**Fecha de vencimiento:** 18/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6938

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: YOLANDA AYALA SUAREZ | Documento: 31222453
No. Carné: 13803090 - C | Fecha autorización: 12/07/25
Dirección: CLL 24 58-75 B.Cabañitas
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: CEBION VIT C 500MG NARANJA CJX100TAB | Molécula: ASCORBICO ACIDO 260MGSODIO ASCORBATO | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
1 DIARIAMENTE

Medicamentos: LYRICA 75 MG CJX30CAP | Molécula: PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | Tipo: CÁPSULA | Total 120: CIENTO VEIN
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
2 AL DIA

Medicamentos: OTOSEC 0.3% SOL OTI FCOX10ML | Molécula: CIPROFLOXACINO 3MGML SoluciónGotas | Tipo: FRASCO | Total 1: UN
Dosis: 3 GOTA(S) | Vía Admon.: ÓTICA | Frecuencia: CADA 6 HORAS | Tiempo tratamiento: 5
3 GOTAS EN AMBOS OIDOS 4 VECES AL DIA POR 5 DIA S

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Ruben Arciniegas
Documento: 13803090
Télefono: 3127678232

Fecha de vencimiento: 18/07/25

GTH-F-005 V.01


159

165

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
498
FECHA: 14-07-2025 14:33
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147367
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

1155Q0-STAFEN INST. (FENOFIBRATO)
CAPSULAS 135 MG /10 MG CAJA X 30 UND
126,090 2 0 0 252,180
093325-VITAMINA B-12 1CC AMPOLLAS
1000 MCG CAJA X 1 UND
1,275 3 0 0 3,825
132405-WELLBUTRIN XL (RG) INST. TA
BLETAS 300 MG CAJA X 30 UNDS
117,091 3 0 0 351,273
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
38,150 2 0 0 76,300
115106-RISPERIDONA MK INST.(RG) TA
BLETAS 2 MG CAJA X 20 UNDS
18,088 5 0 0 90,440
669675-RISPERIDONA MK INST. (RG) T
ABLETAS 1 MG CAJA X 20 UNDS
9,040 5 0 0 45,200

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 819,218
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 819,218
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 819,218 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6951-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESPITIA PORRAS DIANA VIOLEDI
CC 52183938
TV 39 # 70A - 4
TELEFONO: 3122708676
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

166

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Diana Espitia Ponras identificado con cédula número 52'183938, 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 Diana Espitia

FECHA 14/07/2025

CC. 52'183938

OBS:

CUFE: 7da482cfbae7f7b6bd39db9488a5
02c83cc805e4cf1bb070c9e83a352c96de
d7318152a20b53a2be7ccab4789798223 08

No. de Orden 6951

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DIANA VIOLEDI ESPITIA PORRAS | Documento | 52183938 |
| No. Camé | 8293196 - H | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | TRANSV .39 70A-4 LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/10 MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | N/A | 90 |

CAPSULA EN LA NOCHE DIA POR MEDIO HASTA TERMINARLAS Y SUSPENDER

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 90 |

N CADERA INTRAMUSCULAR CADA MES ,

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| WELLBUTRIN XL 300MG FCOX30TAB | BUPROPION CLORHIDRATO 300MG Tableta de liberación | TABLETAS | NOVENTA |

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

DESPUES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | CIEN |

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

EN AYUNAS

| Nombre Funcionario: | NESTOR GONZALEZ DE JESUS |
|---|---|

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**cha de vencimiento:** 17/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6951

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DIANA VIOLEDI ESPITIA PORRAS | Documento | 52183938 |
| No. Camé | 8293196 - H | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | TRANSV .39 70A-4 LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| STAFEN 135/10 MG CJX30CAP | COLINA FENOFIBRATO 135MGROSUVASTATINA | CÁPSULA | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | N/A | 90 |

1 CAPSULA EN LA NOCHE DIA POR MEDIO HASTA TERMINARLAS Y SUSPENDER

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 90 |

EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA MES ,

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| WELLBUTRIN XL 300MG FCOX30TAB | BUPROPION CLORHIDRATO 300MG Tableta de liberación | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN AYUNAS

| Nombre Funcionario: | NESTOR GONZALEZ DE JESUS |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Diana ESPitia
Documento: 52183938
Télefono: 3122708676

**Fecha de vencimiento:** 17/07/25

GTH-F-005 V.01


167

No. de Orden
6951

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DIANA VIOLEDI ESPITIA PORRAS | Documento | 52183938 |
| No. Carné | 8293196 - H | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | TRANSV .39 70A-4 LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| RISPERIDONA 2MG CJX20TAB | **RISPERIDONA 2MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN L A NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| RISPERIDONA 1MG CJX20TAB | **RISPERIDONA 1MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | CIEN |

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

TABLETA EN LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | NESTOR GONZALEZ DE JESUS |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma:
Documento:
Télefono:

**Fecha de vencimiento:** 17/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6951

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | DIANA VIOLEDI ESPITIA PORRAS | Documento | 52183938 |
| No. Carné | 8293196 - H | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | TRANSV .39 70A-4 LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| RISPERIDONA 2MG CJX20TAB | **RISPERIDONA 2MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN L A NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| RISPERIDONA 1MG CJX20TAB | **RISPERIDONA 1MG Tableta Recubierta** | TABLETAS | CIEN |

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

1 TABLETA EN LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | NESTOR GONZALEZ DE JESUS |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: DianaEspitia
Documento: 52183938
Télefono: 3122708676

**Fecha de vencimiento:** 17/07/25

GTH-F-005 V.01


169

171

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2609/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333171
833
FECHA: 12-07-2025 15:45
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2146696
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

137175-ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBI
BLES CAJA X 10 UNDS
75,080 6 0 0 450,480
662001-LYRICA INST.(RG) (PREGABALI
NA) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
50,016 2 0 0 100,032
100218-ALGIMIDE F (ACETAM+CODE) IN
ST TABLETAS 325MG/30MG CAJA X 100 UNI
38,400 2 0 0 76,800
115135-MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG
) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
15,083 2 0 0 30,166
100279-VIREX INST. (ACICLOVIR) TAB
LETAS 400 MG CAJA X 35 UNDS
43,120 4 0 0 172,480
100218-DOLEX INST. TABLETAS 500 MG
CAJA X 200 UNDS
143,200 0180 0 128,880
132040-ACIDO ACETILSALICILIC GF IN
ST. TABLETAS 100 MG CAJA X 900 UNDS
38,700 0 60 0 2,580

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 961,418
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 961,418
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 961,418 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6957-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 ARI / WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

172

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Jairo Velasquez identificado con cédula número 70119124, 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 14-07-2025


obs: 70119124 30433421/3

CUFE: 53f0655ba85b20e3720d2b7527dc7be7079552025b76394a8f28d203d0a22a1ce8515e9df9ddf6c7bde6bbf3c45d2bb1d

173

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333173190
FECHA: 16-07-2025 11:01
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2148059
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS
10,100 1 0 0 10,100
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS
8,800 1 0 0 8,800

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 18,900
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 18,900
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 18,900 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 6957-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: 70119124 3043342113

CUFE: 1abe69890b077d30302cd8b461a16aed22406b0fe756dcoddbc34bc689c212ff142a72e703e29f8af01ebbe0b7b17fd3

474

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Iván Velasquez identificado con cédula número 70119124, 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 16-07-2025

175

Pasteur
Farmacia desde 1910

## SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 12/07/25 CÉDULA: 32016291

USUARIO: Rosalba Ruiz # ORDEN: 6957

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Eltroxin 100mcg | 50 tbs | agotado |
| Eltroxin 50mcg | 50 tbs | agotado |
| la medica autoriza | | cambio |
| | | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| Angi Correa | Bello | 3014381971 |

No. de Orden 6957

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA RUIZ RAMIREZ | Documento | 32016291 |
| No. Camé | 70119124 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB | ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión | TABLETAS | SESENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PREGABALINA 75MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | SESENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN/CODEINA 500/30MG CJX30TAB | A C E T A M I N O F E N 500MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO OCH |

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

OMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR | M I R T A Z A P I N A 3 0 M G Comprimido | TABLETAS | SESENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO VELASQUEZ JAIRO |

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

cha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6957

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA RUIZ RAMIREZ | Documento | 32016291 |
| No. Camé | 70119124 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB | ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PREGABALINA 75MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN/CODEINA 500/30MG CJX30TAB | A C E T A M I N O F E N 500MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO OCH |

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

TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR | M I R T A Z A P I N A 3 0 M G Comprimido | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO VELASQUEZ JAIRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

Fecha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01


197

No. de Orden 6957

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA RUIZ RAMIREZ | Documento | 32016291 |
| No. Camé | 70119124 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| ACICLOVIR 400mg TAB CJX250 TAB | ACICLOVIR | TABLETAS | 120 CIENTO VEIN |

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

OMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| ELTROXIN 100MCG FCOX50TAB | LEVOTIROXINA SODIO 0.1MG Tableta | TABLETAS | 50 CINCUENTA |

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

OMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| ELTROXIN 50MCG FCOX50TAB | LEVOTIROXINA SODIO 0.05MG Tableta | TABLETAS | 50 CINCUENTA |

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

OMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO DE ACUERDO CON ESQUEMA

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

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

OMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO VELASQUEZ JAIRO |

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

cha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6957

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA RUIZ RAMIREZ | Documento | 32016291 |
| No. Camé | 70119124 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| ACICLOVIR 400mg TAB CJX250 TAB | ACICLOVIR | TABLETAS | 120 CIENTO VEIN |

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| ELTROXIN 100MCG FCOX50TAB | LEVOTIROXINA SODIO 0.1MG Tableta | TABLETAS | 50 CINCUENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total |
|---|---|---|---|
| ELTROXIN 50MCG FCOX50TAB | LEVOTIROXINA SODIO 0.05MG Tableta | TABLETAS | 50 CINCUENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO DE ACUERDO CON ESQUEMA

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

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

TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO VELASQUEZ JAIRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

Fecha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01


129

No. de Orden
6957

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA RUIZ RAMIREZ | Documento | 32016291 |
| No. Carné | 70119124 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **ACIDO ACETIL SALICI 100MG CJX100TAB** | **ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta** | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO VELASQUEZ JAIRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6957

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSALBA RUIZ RAMIREZ | Documento | 32016291 |
| No. Carné | 70119124 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| **ACIDO ACETIL SALICI 100MG CJX100TAB** | **ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta** | TABLETAS | SESENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ALFONSO VELASQUEZ JAIRO |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01


181

185

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333172
946
FECHA: 15-07-2025 16:55
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2147815
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---

116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 2 0 0 83,400
115509-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D
3) TABLETAS 7000UI CAJA X 12 UNDS
54,672 2 0 0 109,344
213702-ROSUVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 28 UNDS
151,200 3 0 0 453,600
385852-VOLTAREN GEL 1 % CAJA 30 G
35,861 2 0 0 71,722
213575-OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA
5 ML
11,107 3 0 0 33,321
200127-DERMACORTINE EMULSION 1 % C
AJA 60 ML
66,753 2 0 0 133,506
024001-CREMA ACID-MANTLE CAJA 60
G
36,167 3 0 0 108,501

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 993,394
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 993,394
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 993,394 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7042-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

186

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Diana Isabel Agudelo identificado con cédula número 1007240123 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 Diana Isabel Agudelo

FECHA 18 de julio/2025



DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA

ESPECIALIDAD

MEDI.GENERAL

OBS: Diana Isabel Agudelo 1007240123

No. de Orden 7042

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA ELENA FLOREZ BETANCUR | Documento | 43457932 |
| No. Camé | 15255198 - C | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | VEREDA MANGA ARRIBA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 28 |
|---|---|---|---|
| NUEVI D 7000UI TR CJX12TR | VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta | CÁPSULA | VEINTIOCHO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

TOMAR 1 CAPSULA SABADO Y DOMINGO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , PARA 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VOLTAREN EMULGEL 1% GEL TBOX30G | DICLOFENACO DIETILAMINA 1% Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

2 VECES AL DIA EN AREA DOLOROSA

| Nombre Funcionario: | VICTOR MANUEL AGUDELO ALVAREZ |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 7042

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA ELENA FLOREZ BETANCUR | Documento | 43457932 |
| No. Camé | 15255198 - C | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | VEREDA MANGA ARRIBA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 28 |
|---|---|---|---|
| NUEVI D 7000UI TR CJX12TR | VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta | CÁPSULA | VEINTIOCHO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

TOMAR 1 CAPSULA SABADO Y DOMINGO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR | ROSUVASTATINA CALCICA | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , PARA 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VOLTAREN EMULGEL 1% GEL TBOX30G | DICLOFENACO DIETILAMINA 1% Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

2 VECES AL DIA EN AREA DOLOROSA

| Nombre Funcionario: | VICTOR MANUEL AGUDELO ALVAREZ |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Diana Isabel A
Documento: 1007240123
Télefono: 3017215397

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


182

No. de Orden
7042

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA ELENA FLOREZ BETANCUR | Documento | 43457932 |
| No. Camé | 15255198 - C | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | VEREDA MANGA ARRIBA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NOCHE EN AMBO S OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| DERMACORTINE EMULSION FCOX60ML | MOMETASONA FUROATO 1MGML Emulsión | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

SEGUN INDICACIONES DE LA DERMATOLOGA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ACID-MANTLE PH 4.2 CRE TUBX60G | ALUMINIO ACETATO | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

uso indicado por dermatologa

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | VICTOR MANUEL AGUDELO ALVAREZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7042

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA** COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ANA ELENA FLOREZ BETANCUR | Documento | 43457932 |
| No. Camé | 15255198 - C | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | VEREDA MANGA ARRIBA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NOCHE EN AMBO S OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| DERMACORTINE EMULSION FCOX60ML | MOMETASONA FUROATO 1MGML Emulsión | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

SEGUN INDICACIONES DE LA DERMATOLOGA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ACID-MANTLE PH 4.2 CRE TUBX60G | ALUMINIO ACETATO | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

uso indicado por dermatologa

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | VICTOR MANUEL AGUDELO ALVAREZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Diana Isabel A
Documento: 1007240173
Télefono: 3017215397

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


189

191

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333173
799
FECHA: 17-07-2025 19:08
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2148668
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 3 0 0 36,180
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1!
8,504 3 0 0 25,512
213316-LOSARTAN MK TABLETAS 100 MG
CAJA X 30 UNDS
18,330 3 0 0 54,990
351867-VYTORIN (RG) COMPRIMIDOS 10
/20 MG CAJA X 28 UNDS
85,484 3 0 0 256,452
203240-GLUCOPHAGE INST. (METFORMIN
A) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS
66,600 3 0 0 199,800
213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20
MG CAJA X 30 UNDS
53,640 3 0 0 160,920
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS
BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
23,320 14 0 0 326,480

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,060,334
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,060,334
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,060,334 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7043-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA DE PEREZ BLANCA LILA
CC 21765989
CL 10 # 12 - 11 GIRARDOTA
TELEFONO: 2802719
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

192

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Blanca monroya identificado con cédula número 21765989, 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 Blanca monroya

FECHA 17 - 07 - 2025

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI. GENERAL

OBS: Blanca monroya 21765989

CUFE: 80e71ab4e8a7de2bc4780c14d8b63
d02eedaabc11f7412b750ef9a25cc432d4
c38bd6cd6d1346942203a44b1b0c7f9d2

No. de Orden 7043

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA LILA MONTOYA DE PEREZ | Documento | 21765989 |
| No. Camé | 39356157 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | CALLE NRO 12 -63 APTO 301 GIRARDOTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | NOVENTA |

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

EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

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

VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 100MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

IK 1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 98 |
|---|---|---|---|
| VYTORIN 10/20MG CJX14TAB | SIMVASTATINA 20MGEZETIMIBA 10MG | TABLETAS | NOVENTA Y O |

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

EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: LILIANA PEREZ MONTOYA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 7043

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA LILA MONTOYA DE PEREZ | Documento | 21765989 |
| No. Camé | 39356157 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | CALLE NRO 12 -63 APTO 301 GIRARDOTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

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

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 100MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK 1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 98 |
|---|---|---|---|
| VYTORIN 10/20MG CJX14TAB | SIMVASTATINA 20MGEZETIMIBA 10MG | TABLETAS | NOVENTA Y O |

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: LILIANA PEREZ MONTOYA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Blanca Montoya
Documento: 21765989
Télefono: 3107884597

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


193

No. de Orden 7043

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA LILA MONTOYA DE PEREZ | Documento | 21765989 |
| No. Carné | 39356157 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | CALLE NRO 12 -63 APTO 301 GIRARDOTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

DESPUES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| SOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

K , PARA 1 EN AYUNA S

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

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

AL DIA , ENTREGAR DOLEX ACTIVGEL

| Nombre Funcionario: | LILIANA PEREZ MONTOYA |
|---|---|

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**ha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 7043

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BLANCA LILA MONTOYA DE PEREZ | Documento | 21765989 |
| No. Carné | 39356157 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | CALLE NRO 12 -63 APTO 301 GIRARDOTA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DESPUES DEL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , PARA 1 EN AYUNA S

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

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

3 AL DIA , ENTREGAR DOLEX ACTIVGEL

| Nombre Funcionario: | LILIANA PEREZ MONTOYA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Blanca Montoya
Documento: 21765989
Télefono: 310 788 4597

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


195

197

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333173
185
FECHA: 16-07-2025 10:56
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2148054
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLET
AS 100 MG X 30 UNDS
40,950 3 0 0 122,850
692136-DOMINIUM INST. (SERTRALINA)
CAPSULAS 25 MG CAJA X 10 UNDS
49,605 9 0 0 446,445
001846-VALCOTE ER(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
81,643 3 0 0 244,944
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 3 0 0 47,838
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 1 80 0 205,920
213296-HIDROCLOROTIAZIDA MK TABLET
AS 25 MG CAJA X 300 UNDS
65,831 0 90 0 19,749

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,307,346
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,307,346
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,307,346 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7054-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARCIA SIERRA AURA ROSA
CC 21607794
CL 58 # 56B - 35 LA CUMBRE INT 3
50
TELEFONO: 3005238528
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

198

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Beatriz Sierra C identificado con cédula número 32.317.944, 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 C

FECHA 17/7


CUFE: 1e2dce5b8614217e7962456f6342d63dbaee6d3cc5374dc338a4c28df60b5f0532ef6977985d4e90974de7c47eeddfad


Beatriz Sierra C
32.317.944

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
afactura cadena: NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio

Pasteur
Farmacia desde 1910

## SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 16/07/25 CÉDULA: 2160794

USUARIO: Aura Garcia # ORDEN: 7054

| PRODUCTO PENDIENTE | CANTIDAD | FECHA ENTREGA |
|---|---|---|
| Carvedilol 6.25 mg | 180 tbs | Agotado |
| Janumet (50/1000 mg) | 112 tbs | Agotado |
| | | |
| | | |
| | | |
| Beatriz Sierra | 6. 32-31 y 64. | |

| VENDEDOR | PUNTO DE VENTA | TELÉFONO |
|---|---|---|
| Angi Correa | Bello | 3014388497 |

No. de Orden
7054

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA ROSA GARCIA SIERRA | Documento | 21607794 |
| No. Carné | 98579394 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ARVEDILOL 6.25MG | CARVEDILOL | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

OMAR CADA 12 HORAS (7AM-7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| OMINIUM 25MG CJX10TAB | SERTRALINA CLORHIDRATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR UNA CON EL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| IDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |

NDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 37.310.144
Télefono: 366 5838528

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7054

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA ROSA GARCIA SIERRA | Documento | 21607794 |
| No. Carné | 98579394 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| CARVEDILOL 6.25MG | CARVEDILOL | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM-7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DOMINIUM 25MG CJX10TAB | SERTRALINA CLORHIDRATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR UNA CON EL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 37-310.844
Télefono: 300 5238522

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


201

No. de Orden
7054

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA ROSA GARCIA SIERRA | Documento | 21607794 |
| No. Carné | 98579394 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 112 |
|---|---|---|---|
| ANUMET (50+1000)MG CJX56TAB | SITAGLIPTINA Fosfato Hidrato + METFORMINA Clorhidrato | TABLETAS | CIENTO DOC |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 112 |

OMAR CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| -ALCOTE ER 500MG TLS CJX30TAB | VALPROICO ACIDO | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR UNA CADA 24 HORAS (RECOMENDACIÓN NEUROLOGÍA)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 98 |
|---|---|---|---|
| EXIUM MUPS 40MG CJX14TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 40MG Tableta de | TABLETAS | NOVENTA Y O |

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

OMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO (6:30 AM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| REEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 6 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

NA GOTA EN CADA OJO, TRES VECES AL DÍA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.318.044
Télefono: 3005258520

**ha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7054

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA ROSA GARCIA SIERRA | Documento | 21607794 |
| No. Carné | 98579394 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 112 |
|---|---|---|---|
| JANUMET (50+1000)MG CJX56TAB | SITAGLIPTINA Fosfato Hidrato + METFORMINA Clorhidrato | TABLETAS | CIENTO DOC |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 112 |

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| VALCOTE ER 500MG TLS CJX30TAB | VALPROICO ACIDO | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR UNA CADA 24 HORAS (RECOMENDACIÓN NEUROLOGÍA)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 98 |
|---|---|---|---|
| NEXIUM MUPS 40MG CJX14TLR | ESOMEPRAZOL MAGNESIO Trihid 40MG Tableta de | TABLETAS | NOVENTA Y O |

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO (6:30 AM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 6 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO, TRES VECES AL DÍA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.318.844
Télefono: 3005258520

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


203

No. de Orden
7054

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA ROSA GARCIA SIERRA | Documento | 21607794 |
| No. Camé | 98579394 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| OLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

NTREGAR ACTIV GEL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS (9AM-9PM)

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |

NDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.318.944
Télefono: 3005258520

**ha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7054

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | AURA ROSA GARCIA SIERRA | Documento | 21607794 |
| No. Camé | 98579394 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

ENTREGAR ACTIV GEL: TOMAR UNA CADA 12 HORAS (9AM-9PM)

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.318.944
Télefono: 3005258520

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


205

211

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333173
163
FECHA: 16-07-2025 09:33
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2148032
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132748-TAMSULOSINA INST. GENFAR T
ABLETA 0.4 MG CAJA X 30 UNDS
24,330 3 0 0 72,990
115101-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
34,110 3 0 0 102,330
115108-ENALAPRIL MK INST. TABLETAS
5 MG CAJA X 150 UNDS
19,950 0 90 0 11,970
138121-FORXIGA (RG) TABLETAS 10 MG
CAJA X 28 UNDS
141,120 3 0 0 423,360
203111-CONCOR (RG) TABLETAS 2.5 MG
CAJA X 30 UNDS
10,500 3 0 0 31,500
030060-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 40 MG CAJA X 30 UNDS
82,920 3 0 0 248,760
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1
8,504 3 0 0 25,512
118600-HIALTEARS INST. GOTAS OFTAL
MICAS 0.4 % CAJA 10 ML
15,945 3 0 0 47,838
115101-FUROSEMIDA MK INST. TABLETA
S 40 MG CAJA X 300 UNDS
16,500 0 90 0 4,950
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 1
0 ML CAJA X 12 UNDS
38,666 22 6 0 869,985

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,839,195
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,839,195
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,839,195 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7057-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SIERRA RENGIFO CARLOS ARTURO
CC 610703

212

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Beatriz Sierra identificado con cédula número 32.318.844, 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

FECHA 7/7/17

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

BOENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Beatriz Sierra 32.318.844

CUFE: a5199ef9575223a31fb3946dda492
b1401d67aa3a2008b6770581f26dd0c7c2
4ade022ab79e7d59757776abe12162d4c6

No. de Orden
7057

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO | Documento | 610703 |
| No. Carné | 98579394 - B | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| AMSULOSINA 0.4MG CJX30CAPS | TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | NOVENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS.

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ENALAPRIL 5MG CJX50TAB | ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| ORXIGA 10 MG CJX28COM | DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

OMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.311.944
Télefono: 3005285 25

**cha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7057

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO | Documento | 610703 |
| No. Carné | 98579394 - B | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| TAMSULOSINA 0.4MG CJX30CAPS | TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS.

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ENALAPRIL 5MG CJX50TAB | ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| FORXIGA 10 MG CJX28COM | DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.318.644
Télefono: 3005285520

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


213

No. de Orden 7057

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO | Documento | 610703 |
| No. Carné | 98579394 - B | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG TNR CJX30TAB | BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 6 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| HIALTEARS 0.4% FCOX10ML | SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO DOS VECES AL DÍA

| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.314.44
Télefono: 30052520

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 7057

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO | Documento: 610703
No. Carné: 98579394 - B | Fecha autorización: 15/07/25
Dirección: DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG TNR CJX30TAB | BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 6 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| HIALTEARS 0.4% FCOX10ML | SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 4 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO DOS VECES AL DÍA

Nombre Funcionario: RUBEN DARIO SIERRA GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.314.44
Télefono: 60058520

Fecha de vencimiento: 30/07/25

GTH-F-005 V.01


2/5

No. de Orden 7057

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| Beneficiario | CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO | Documento | 610703 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 98579394 - B | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| -UROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

OMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | SOBRE | DOSCIENTOS |

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

OMAR UNA VCADA 8 HORAS ENCIMA DE CADA COMIDA

| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |
|---|---|

:NDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.314.844
Télefono: 600 5258520

**:ha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 7057

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| Beneficiario | CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO | Documento | 610703 |
|---|---|---|---|
| No. Carné | 98579394 - B | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | DIAG 56 NRO 21A -40 LA NAVARRA BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| GASTROFAST ADVANCE | ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | SOBRE | DOSCIENTOS |

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

TOMAR UNA VCADA 8 HORAS ENCIMA DE CADA COMIDA

| Nombre Funcionario: | RUBEN DARIO SIERRA GARCIA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Beatriz Sierra
Documento: 32.318.844
Télefono: 600 5258520

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01

21

219

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333173
288
FECHA: 16-07-2025 15:17
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA MARTINEZ
SECUENCIA: 2148157
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

134009-BETAMETASONA GENFAR CREMA 0
.05 % CAJA 40 G
5,261 2 0 0 10,522
134145-DEXAMETASONA GF 2 ML AMPOLL
AS 8 MG CAJA X 10 UNDS
12,780 0 1 0 1,278
134030-CETIRIZINA GENFAR TABLETAS
10 MG CAJA X 10 UNDS
7,020 3 0 0 21,060
019085-TRANEXAM TABLETAS 500 MG CA
JA X 10 UNDS
32,880 2 0 0 65,760

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 98,620
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 98,620
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 98,620 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7111-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GUERRA RUA KELY YOHANA
CC 1035871551
FINCA-ZARZAL CURAZAO
TELEFONO: 3502406413
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: Oscar Gonzalez
4588108

220

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Oscar Gonzalez identificado con cédula número 45881 08, 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 Oscar Gonzalez

FECHA 16-07/25

CUFE: ff33f27627 9eb8049e3d4424654 5
bf9c6d5f1c70a39d2d8d864bd81cd57450
a0bf282235 7cd12c577e99de30cd1d3b8d

No. de Orden
7111

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | KELY YOHANA GUERRA RUA | Documento | 1035871551 |
| No. Carné | 71214638 - C | Fecha autorización | 16/07/25 |
| Dirección | Cra 56 62-90 Medellin | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| BETAMETASONA 0.05% CRE TUBX40G | BETAMETASONA VALERATO 0.05G | TUBO | DOS |

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

PLICAR EN ZONAS AFECTADAS DURANTE LA CRISIS URTICARIFORME

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| DEXAMETASONA 8MG/2mL SHN CJX1AMP | DEXAMETASONA FOSFATO SODICO 8MG Solución | AMPOLLA | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | DOSIS ÚNICA | 1 |

PLICAR HOY IM EN DOSIS UNICA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ETIRIZINA 10 MG TNR CJX10TAB | CETIRIZINA DICLORHIDRATO 10MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

OMAR CADA NOCHE A LAS 6 PM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| RANEXAM 500MG CJX10TAB | TRANEXAMICO ACIDO 500MG Tableta | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 5 |

OMAR DOS JUNTAS CADA 12 HORAS POR CINCO DÍAS

| Nombre Funcionario: | OSCAR ALONSO GONZALEZ MUÑOZ |
|---|---|

NDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**ha de vencimiento:** 31/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7111

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | KELY YOHANA GUERRA RUA | Documento | 1035871551 |
| No. Carné | 71214638 - C | Fecha autorización | 16/07/25 |
| Dirección | Cra 56 62-90 Medellin | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| BETAMETASONA 0.05% CRE TUBX40G | BETAMETASONA VALERATO 0.05G | TUBO | DOS |

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

APLICAR EN ZONAS AFECTADAS DURANTE LA CRISIS URTICARIFORME

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| DEXAMETASONA 8MG/2mL SHN CJX1AMP | DEXAMETASONA FOSFATO SODICO 8MG Solución | AMPOLLA | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | DOSIS ÚNICA | 1 |

APLICAR HOY IM EN DOSIS UNICA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| CETIRIZINA 10 MG TNR CJX10TAB | CETIRIZINA DICLORHIDRATO 10MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 6 PM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| TRANEXAM 500MG CJX10TAB | TRANEXAMICO ACIDO 500MG Tableta | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 5 |

TOMAR DOS JUNTAS CADA 12 HORAS POR CINCO DÍAS

| Nombre Funcionario: | OSCAR ALONSO GONZALEZ MUÑOZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Oscar Gonzalez
Documento: 1588108
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 31/07/25

GTH-F-005 V.01


221

223

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333173
696
FECHA: 17-07-2025 15:12
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA MARTINEZ
SECUENCIA: 2148565
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253743-SPIRIVA RESPIMAT (RG) 2.5MC
G INHALADOR 4 ML
107,313 3 0 0 321,939
115107-CIPROFLOXACINA MK INST. TAB
LETA 500 MG CAJA X 10 UNDS
8,190 2 0 0 16,380
213620-PREDNISONA MK TABLETAS 50 M
G CAJA X 100 UNDS
89,200 0 10 0 8,920

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 347,239
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 347,239
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 347,239 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7154-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: 32309153

CUFE: b06aba30f147890180d44459a2a9
272a1b1de9ee56c5563991a4e884feb7c1
f20b5a25bf618334867c6870c7c96719b4

224

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Olga Amparo Haro 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 Haro

FECHA julio 17 de 2025

No. de Orden 7154

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento | 32309153 |
| No. Carné | 8387919 - C | Fecha autorización | 17/07/25 |
| Dirección | AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| SPIRIVA RESPIMAT 2.5/5MCG FCOX30DOS | TIOTROPIO BROMURO HIDRATO 5µGD Solución | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 90 |

PUFF DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| CIPROFLOXACINA 500MG TNR CJX10TAB | CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500MG | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 7 |

MK , PARA 2 AL DIA SOLO POR 7 DIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| PREDNISONA 50MG CJX100TAB | PREDNISONA 50MG Tableta | TABLETAS | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 3 |

DESPUES DEL ALMUERZO POR 3 DIA S Y SUSPENDER

| Nombre Funcionario: | ALONSO TEJADA BUSTAMANTE |
|---|---|

Recibido Por:

Firma: _____

Documento: _____

Télefono: _____

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 01/08/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 7154

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: OLGA AMPARO LLANO DE TEJADA | Documento: 32309153

No. Carné: 8387919 - C | Fecha autorización: 17/07/25

Dirección: AV 40 NRO 51-110 B3 APTO 1310 B PUERTA DEL NORTE BELLO

Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| SPIRIVA RESPIMAT 2.5/5MCG FCOX30DOS | TIOTROPIO BROMURO HIDRATO 5µGD Solución | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 PUFF | INHALATORIA | CADA 24 HORAS | 90 |

2 PUFF DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 20 |
|---|---|---|---|
| CIPROFLOXACINA 500MG TNR CJX10TAB | CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500MG | TABLETAS | VEINTE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 7 |

MK , PARA 2 AL DIA SOLO POR 7 DIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| PREDNISONA 50MG CJX100TAB | PREDNISONA 50MG Tableta | TABLETAS | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 3 |

1 DESPUES DEL ALMUERZO POR 3 DIA S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario: ALONSO TEJADA BUSTAMANTE

Recibido Por:

Firma: Olga Amparo Llano

Documento: 32309153

Télefono: 3006139083

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 01/08/25

GTH-F-005 V.01


225

227

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 25[illegible]/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-[illegible]
HASTA 18-08-202[illegible]
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333174
394
FECHA: 19-07-2025 12:31
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2149263
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 3 0 0 47,838
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
255251-GLUCOQUICK G30A TIRILLAS CA
JA X 50 UNDS
36,500 2 0 0 73,000
100218-FLEXTRIL C (GLUCOSAM+COND)
INS SOBRES NARANJA CAJA X 15 UNDS
94,725 6 0 0 568,350
115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS
50 MG CAJA X 150 UNDS
33,600 1 30 0 40,320
132613-PIROXICAM GENFAR INST GEL 0
.5 % CAJA 40 G
5,716 2 0 0 11,432
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS
BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
23,320 13 0 0 303,160
253017-JARDIANCE (RG) TABLETAS 25
MG CAJA X 30 UNDS
277,200 3 0 0 831,600
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
28,950 6 0 0 173,700
249[illegible] LIPITOR TABLETAS 20 MG CAJA
X 30 UNDS
129,200 3 0 0 387,600
2130[illegible] ASA MK TABLETAS 100 MG CAJA
X 100 UNDS
11,700 0 90 0 10,530
891051-G-MET TABLETAS 1000 MG CAJA
X 40 UNDS
72,851 5 0 0 364,255
132140-DERMACORTINE INST. LOCION 0
.1% FRASCO 30 ML
75,103 2 0 0 150,206
351363-JANUVIA (RG) TABLETAS 100 M
G CAJA X 14 UNDS
70,924 6 0 0 425,544

---

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 3,596,875

Scanned with CamScanner

[FORMAS DE PAGO]
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,596,875
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 3,596,875 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7208-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE GUTIERREZ MARIA BERTILDA
CC 32509153
CR 58B # 31 - 4 CS 1 PS CABAÑAS

TELEFONO: 4524755
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 19-07-2025
MEDI.GENERAL
Andres Gutierrez
OBS: 98647527

CUFE. 53e4ca3ebbe4af0c95e2d6913de2
4a0ad5c723cebbd1c479723d639894fee3
a871507d0f791ab42b8b032c453b325b9e



**No. de Orden 7208**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ | Documento | 32509153 |
| No. Carné | 8260683 - C | Fecha autorización | 18/07/25 |
| Dirección | Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 90 |

USAR UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECS AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| TIRAS REACTIVAS GLUCOQUICK CJX50UN | INSUMOS TIRAS DE GLUCOMTERIA | N/A | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 N/A | TRANSDÉRMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

USAR UNA CADA DÍA, MAXIMO DOS POR NECESIDAD. Glucoquick G30a

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAM/CONDROI 1500/1200MG CJX15SOBLFC | GLUCOSAMINA CLORHIDRATO 1500MG CONDROITINA | SOBRE | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 01/08/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 7208**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ | Documento | 32509153 |
| No. Carné | 8260683 - C | Fecha autorización | 18/07/25 |
| Dirección | Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 90 |

USAR UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECS AL DÍA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| TIRAS REACTIVAS GLUCOQUICK CJX50UN | INSUMOS TIRAS DE GLUCOMTERIA | N/A | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 N/A | TRANSDÉRMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

USAR UNA CADA DÍA, MAXIMO DOS POR NECESIDAD. Glucoquick G30a

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GLUCOSAM/CONDROI 1500/1200MG CJX15SOBLFC | GLUCOSAMINA CLORHIDRATO 1500MG CONDROITINA | SOBRE | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 01/08/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 7208**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ | Documento | 32509153 |
| No. Carné | 8260683 - C | Fecha autorización | 18/07/25 |
| Dirección | Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| PIROXICAM 0.5% GEL CJXTUB40G | PIROXICAM | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

APLICAR DOS VECES AL DÍA

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

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

ENTREGAR ACTIV GEL PARA TOMAR CADA 8 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| JARDIANCE 25 mg CJX30TAB | EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 01/08/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 7208**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ | Documento | 32509153 |
| No. Carné | 8260683 - C | Fecha autorización | 18/07/25 |
| Dirección | Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| PIROXICAM 0.5% GEL CJXTUB40G | PIROXICAM | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 12 HORAS | 90 |

APLICAR DOS VECES AL DÍA

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

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

ENTREGAR ACTIV GEL PARA TOMAR CADA 8 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| JARDIANCE 25 mg CJX30TAB | EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 01/08/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 7208**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ | Documento | 32509153 |
| No. Carné | 8260683 - C | Fecha autorización | 18/07/25 |
| Dirección | Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

TOMAR DOS JUNTAS CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LIPITOR 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ACIDO ACETILSALICILICO 100MG CJX30TAB | ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

ENTREGAR CUBIERTA ENTÉRICA DE MK. TOMAR UNA DIARIA A LAS 10 AM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| G-MET G-TAB 1000 MG CJA X 40 TAB | METFORMINA 1000MG | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Nombre Funcionario: | ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 01/08/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 7208**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ | Documento | 32509153 |
| No. Carné | 8260683 - C | Fecha autorización | 18/07/25 |
| Dirección | Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

TOMAR DOS JUNTAS CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LIPITOR 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ACIDO ACETILSALICILICO 100MG CJX30TAB | ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

ENTREGAR CUBIERTA ENTÉRICA DE MK. TOMAR UNA DIARIA A LAS 10 AM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| G-MET G-TAB 1000 MG CJA X 40 TAB | METFORMINA 1000MG | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Nombre Funcionario: | ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 01/08/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 7208**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ | Documento | 32509153 |
| No. Carné | 8260683 - C | Fecha autorización | 18/07/25 |
| Dirección | Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| MOMETASONA 0.1% LOC FCOX30ML | MOMETASONA FUROATO 1MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PARCHE | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR EN CUERO CABELLUDO DE ACUERDO CON LAS LESIONES QUE APAREZCAN

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| JANUVIA 100MG CJX28TAB MSD | SITAGLIPTINA FOSFATO HIDRATO 100MG Tableta | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

TOMAR CADA 24 HORAS A MEDIODÍA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 01/08/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 7208**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ | Documento | 32509153 |
| No. Carné | 8260683 - C | Fecha autorización | 18/07/25 |
| Dirección | Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| MOMETASONA 0.1% LOC FCOX30ML | MOMETASONA FUROATO 1MGML Loción | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 PARCHE | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR EN CUERO CABELLUDO DE ACUERDO CON LAS LESIONES QUE APAREZCAN

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| JANUVIA 100MG CJX28TAB MSD | SITAGLIPTINA FOSFATO HIDRATO 100MG Tableta | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

TOMAR CADA 24 HORAS A MEDIODÍA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 01/08/25

GTH-F-005 V.01

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 FACT 18764089055651
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354138575
FECHA: 12-07-2025 12:18
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1277158
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

249620-PROVERA (RG) TABLETAS 5 MG CAJA X 30 UNDS
11,070 2 0 0 22,140
255087-AQUASOL-E CAPSULAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS
84,053 3 0 0 252,159

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 274,299
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 274,299
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 274,299 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: cog 6759
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BRUNAL CARTAGENA JULIANA
CC 1027966051
AV 0 # 0 - 0
TELEFONO: 3105364016
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: 36474b9922b21759eaad16e739af
df737542aadec4b8ac32672320d36e4a00
45e21b368ea70f94f99af5ef4c039e5528



248

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**
**JULIANA BRUNAL CARTAGENA**
**No. Carné 78747589-E**

**D.I. 1027966051**

***CODIGO:6759***

***Fecha*** **11 JULIO 2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MEDROXIPROGESTERONA ACETATO (MEDROXIPROGESTERONA 5mg TAB CJX30TAB) | **VIA ORAL: TOMAR UNA TABLETA DIARIA COMO ESTÁ INDICADO EN EL ESQUEMA DE GINECOLOGÍA** | **60 TAB** | **SESENTA** |
| **DL-ALFATOCOFERIL ACETATO EQUIVALENTE A 800 UI DE VITAMINA E 800MG (AQUASOL ® E 800 UI (VITAMINA E)** | **VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA** | **90 CAP** | **NOVENTA** |
| FORMULA POR TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente) | TRANSCRIPCIÓN GINECOLOGÍA | | |

Firma y Sello del Médico

**WENDY BUENO ARIZA**
**RM 91-011607**

78747589

245

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 FACT 18764089055651
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354139
903
FECHA: 16-07-2025 17:48
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1278486
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL
---
013746-SYSTANE LUBRICANTES GOTAS O
FTALMICAS FRASCO 15 ML
49,090 3 0 0 147,270
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 3 0 0 188,901
100218-XALACOM (CF) INST. (RG) SOL
UCION OFTALMICA CAJA 2.5 ML
33,207 3 0 0 99,621

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 435,792
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 435,792
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 435,792 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: No 6992
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARRASCAL CUADRADO FRANCISCO
CC 6855802
LAURELES CR108#105-66
TELEFONO: 3146278550
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: 142e746ee1035cac9660ff84f630
4758cd66cf6d67459c3d28a4ec925e0f8e



247

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 FACT 18764089055651
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354139
615
FECHA: 15-07-2025 18:05
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1278198
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

013746-SYSTANE LUBRICANTES GOTAS O
FTALMICAS FRASCO 15 ML
49,090 3 0 0 147,270
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 3 0 0 188,901

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 336,171
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 336,171
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 336,171 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: No 6992
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARRASCAL CUADRADO FRANCISCO
CC 6855802
LAURELES CR108#105-66
TELEFONO: 3146278550
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: Elizabeth David
30079690

CUFE: 5e3750f0fc5982c19a8c6af49111
b0cb6e57a1bf3fd6f83a8f9944211d18a8
ff73ff30d6438944f38c340f9a4956dfe8

248

Novedad:

Se realizo Nota credito a sec. 127
falto un mx de cadena de frio, PO
completo y se vuelve a facturar.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR APARTADO
CRA. 100 CALLE 103 LOCAL 118
TELEFONO: 6044441400 - 3160249492
MAIL: APARTADO@PASTEUR.COM.CO

--NOTA YA UTILIZADA COMO FORMA DE PA
--- COPIA --- COPIA --- COPIA ---

NOTA CREDITO N: 5355
FECHA VENTA: 15-07-2025 18:05
FECHA NOTA: 16-07-2025 17:43
USU. VENTA: ERIKA DAYANA JIMENEZ RO
USU. NOTA: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJ
SECUENCIA VENTA: 1278198

| NOMBRE / CODIGO | ENT | FRA | DTO | PA |
|---|---|---|---|---|
| SYSTANE LUBRICANTES GOTAS OFTALMICAS | | | | |
| 013746 | 3 | 0 | 0 | 14 |
| GOTAS OFTALMICAS CARMELUB TEARS MK | | | | |
| 213164 | 3 | 0 | 0 | 18 |

TOTAL NOTA CREDITO: 336,171

OBSERVACION NOTA:
CAMBIO DE PRODUCTO
SE ANEXARAN MX PENDIENTES

CUFE: La Nota de crédito electróni
ca NC5505355, ha sido autorizada.

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Elizabeth Pacheco identificado con cédula número 3009.690, 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 Elizabeth D.

FECHA 16-07-2025

No. de Orden 6992

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FRANCISCO CARRASCAL CUADRADO | Documento | 6855802 |
| No. Carné | 8110766 - B | Fecha autorización | 14/07/25 |
| Dirección | CRA 108 110 64 URABA BARRIO LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| XALACOM GOT FCOX2.5ML | TIMOLOL MALEATO 5MGMLLATANOPROST | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO CADA NOCHE ANTES DE ACOSTARSE POR TRES MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE GOT LUBR OFT 0.4/0.3% FCOX15ML | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL Solución | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 4 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO 6 VECES AL DÍA POR TRES MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 6 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO CUATRO VECES AL DÍA POR SEIS MESES. ENTREGA 3/6. PENDIENTE

| Nombre Funcionario: | FRANCISCO CARRASCAL MALDONADO |
|---|---|

Recibido Por:

Firma: Elizabeth D.
Documento: 3007690
Télefono: 3233549345

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Fecha de vencimiento:** 29/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6992

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | FRANCISCO CARRASCAL CUADRADO | Documento | 6855802 |
| No. Carné | 8110766 - B | Fecha autorización | 14/07/25 |
| Dirección | CRA 108 110 64 URABA BARRIO LAURELES | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| XALACOM GOT FCOX2.5ML | TIMOLOL MALEATO 5MGMLLATANOPROST | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO CADA NOCHE ANTES DE ACOSTARSE POR TRES MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE GOT LUBR OFT 0.4/0.3% FCOX15ML | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL Solución | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 4 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO 6 VECES AL DÍA POR TRES MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 6 HORAS | 90 |

UNA GOTA EN CADA OJO CUATRO VECES AL DÍA POR SEIS MESES. ENTREGA 3/6. PENDIENTE

| Nombre Funcionario: | FRANCISCO CARRASCAL MALDONADO |
|---|---|

Recibido Por:

Firma: Elizabeth D.
Documento: 3007690
Télefono: 3239345

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Fecha de vencimiento:** 29/07/25

GTH-F-005 V.01


251

253

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 FACT 18764089055651
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354139524
FECHA: 15-07-2025 12:05
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1278107
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

101294-HIALTEARS GOTAS OFTALMICAS 0.4 % FRASCO 10 ML
15,946 2 0 0 31,892

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 31,892
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 31,892
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 31,892 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: No 7032
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR SAENZ NICOLE ESTEFANIE
CC 1027955415
CL 80 # 58 - 320 URB,VILLANOVA A
[redacted]TAGUI
TELEFONO: 3052226714
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: 39295993

CUFE: 2363836cb0b959debd5a8106cf93d82897425e74d79134bd4228d15c0373bec44cf635d741593941b48fd0d8cd91d689

3122480199

No. de Orden
7032

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NICOLE ESTEFANIE ESCOBAR SAEZ | Documento | 1027955415 |
| No. Camé | 39307921 - D | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

ENTREGAR COMO OPTICEL

| Nombre Funcionario: | NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 39295993
Télefono: 3122780[illegible]

**Fecha de vencimiento:** 29/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7032

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NICOLE ESTEFANIE ESCOBAR SAEZ | Documento | 1027955415 |
| No. Camé | 39307921 - D | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

ENTREGAR COMO OPTICEL

| Nombre Funcionario: | NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 39295993
Télefono: 3122780[illegible]

**Fecha de vencimiento:** 29/07/25

GTH-F-005 V.01


252

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 FACT 18764089055651
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354139
570
FECHA: 15-07-2025 16:10
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1278153
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

086272-GENOPRAZOL CAP OMEPRAZOL (R
G) 20 MG CAJA X 14 UNDS
17,389 6 6 0 111,786
253782-TRAYENTA COMPRIMIDOS 5 MG C
AJA X 30 UNDS
132,900 3 0 0 398,700
375750-SERETIDE (RG) 25/125 MCG IN
HALADOR 120 DOSIS
100,950 1 0 0 100,950
213575-OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA
5 ML /
11,107 3 0 0 33,321
213379-VALSARTAN MK CAPSULAS 80 MG
CAJA X 30 UNDS
16,127 3 0 0 48,381
213214-ATORVASTATINA MK TABLETAS 4
0 MG CAJA X 30 UNDS
34,110 3 0 0 102,330
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 3 0 0 36,180
842063-ECLOSYNT-NAS (BECLOMETASONA
) INHALADOR NASAL 50 MCG CAJA 200 DO
59,398 1 0 0 59,398
013748-SYSTANE ULTRA GOTAS OFTALMI
CAS FRASCO 10 ML
36,114 3 0 0 108,342

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 999,388
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 999,388
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 999,388 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: No 7033
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 Elena Bustamante

OBS: 39295993

CUFE: a47a8da8891a69b68f3c1ea6a5e8
d5fe09c40cb0168f73b3bedc8d8cfa276e
255060db5366c6df7fad7b1fc4453db88a

3127801001



261

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Elsa Bustamante identificado con cédula número 32945007 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Elsa Bustamante

FECHA 15-07-2025

No. de Orden
7033

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| eneficiario | BERTHA ELENA BUSTAMANTE AGUIRRE | Documento | 39295993 |
| lo. Carné | 39307921 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| SAPREX 80mg TNR CJX28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | NOVENTA |

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

REGAR MK , PARA 1 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

, 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| RILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | NOVENTA |

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

LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| LOMETASONA NAS 50mcg AES :200DOS | BECLOMETASONA DIPROPIONATO | FRASCO | UN |

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

F EN CADA FOSA EN LA NOCHE

mbre Funcionario: NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE

A PATRICIA LOPEZ YEPES
1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39295993
Télefono: 3127801099


No. de Orden
7033

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BERTHA ELENA BUSTAMANTE AGUIRRE | Documento | 39295993 |
| No. Carné | 39307921 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| VALSAPREX 80mg TNR CJX28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | NOVENTA |

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

ENTREGAR MK , PARA 1 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 EN LA MAÑANA

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

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

1 PUFF EN CADA FOSA EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39295993
Télefono: 3127801099

No. de Orden
7033

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| eneficiario | BERTHA ELENA BUSTAMANTE AGUIRRE | Documento | 39295993 |
| No. Camé | 39307921 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NOPRAZOL 20MG CJX14CDR | OMEPRAZOL 20MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | NOVENTA |

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

N AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| AYENTA 5MG CJX30COMP | LINAGLIPTINA 5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

ARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| RETIDE 25/125 C/CONT SUSP X120DO | PROPIONATO FLUTICASONA 125µGSALMETEROL | INHALADO | UN |

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

FF DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

A NOCHE

omb re Funcionario: NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE

A PATRICIA LOPEZ YEPES

5-1607-96

Recibido Por:

Firma:

Documento: 39295993

Télefono: 3122780199


No. de Orden
7033


SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BERTHA ELENA BUSTAMANTE AGUIRRE | Documento | 39295993 |
| No. Camé | 39307921 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GENOPRAZOL 20MG CJX14CDR | OMEPRAZOL 20MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| TRAYENTA 5MG CJX30COMP | LINAGLIPTINA 5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIA

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

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

1 PUFF DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM- 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:

Documento: 39295993

Télefono: 3122780199

No. de Orden
7033

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BERTHA ELENA BUSTAMANTE AGUIRRE | Documento | 39295993 |
| No. Carné | 39307921 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE ULTRA (0.4+0.3)%FCOX10ML | POLIETILENGLICOL 400+PROPILENGLICOL | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 6 HORAS | 90 |

4 VECES AL DIA

Nombre Funcionario: NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

Recibido Por:

Firma:

Documento: 39295903

Télefono: 3122780199


No. de Orden
7033

**FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | BERTHA ELENA BUSTAMANTE AGUIRRE | Documento | 39295993 |
| No. Carné | 39307921 - A | Fecha autorización | 15/07/25 |
| Dirección | HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| SYSTANE ULTRA (0.4+0.3)%FCOX10ML | POLIETILENGLICOL 400+PROPILENGLICOL | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 6 HORAS | 90 |

4 VECES AL DIA

Nombre Funcionario: NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

Recibido Por:

Firma:

Documento: 39295903

Télefono: 3122780199

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
345
FECHA: 14-07-2025 12:01
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1158756
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS
50 MG CAJA X 150 UNDS
33,600 0 90 0 20,160
213165-AZITROMICINA MK TABLETAS 50
0 MG CAJA X 3 UND
7,563 1 0 0 7,563
115600-DURIRONA ECAR INST. TABLETA
S 500 MG CAJA X 500 UNDS
102,500 0 10 0 2,050
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930
024004-ASPIRINA TABLETAS 100 MG CA
JA X 28 UNDS
20,601 3 0 0 61,803
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS
BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
23,320 13 10 0 314,820
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 3 0 0 47,838
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 9 0 0 79,290

---------[TOTAL DE FACTURA]-----
TOTAL: 643,684
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 643,684
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 643,684 0

2710

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Clara Inés Velásquez identificado con cédula número 32480975, 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 Clara Inés Velasquez

FECHA 14 de Julio - 2025

OBS:

---

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 270547
A MILAN 5
CR 46B # 43 S - 122 CS 122 EXTERN
CC 32480975
VELASQUEZ ARANGO CLARA INES
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1
FORMULA: DOMICILIO-6770
IMPUCUNSUMO 0

CUFE: bea109157Oca7e523162Zcd498f9
ce7bec5d73970Zd446b6e3b940df018e
1f9388850c572f1c041Ga f866667Z9de08f

Clara Inés Velásquez
32480975
14/ Julio/2025

No. de Orden
6770

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | CLARA INES VELASQUEZ ARANGO | Documento | 32480975 |
| arné | 8277530 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | CRA 46B 43 SUR-122 B.Milan | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| TAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

L DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| OMICINA 500MG CJX3TAB | AZITROMICINA DIHIDRATO 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 3 |

RA 1 DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| NA 500MG TAB CJX500TAB | DIPIRONA | TABLETAS | DIEZ |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 3 |

A POR 3 DIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

IARIA

bre Funcionario: LUIS JAVIER ARANGO JARAMILLO

. PATRICIA LOPEZ YEPES
-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 32480975
Télefono: 2708547

**de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6770

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLARA INES VELASQUEZ ARANGO | Documento | 32480975 |
| No. Carné | 8277530 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 46B 43 SUR-122 B.Milan | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK 1 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| AZITROMICINA 500MG CJX3TAB | AZITROMICINA DIHIDRATO 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 3 |

MK PARA 1 DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10 |
|---|---|---|---|
| DIPIRONA 500MG TAB CJX500TAB | DIPIRONA | TABLETAS | DIEZ |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 3 |

3 AL DIA POR 3 DIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK 1 DIARIA

Nombre Funcionario: LUIS JAVIER ARANGO JARAMILLO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 32480975
Télefono: 2708547

**Fecha de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01


221

No. de Orden 6770

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | CLARA INES VELASQUEZ ARANGO | Documento | 32480975 |
| rné | 8277530 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ión | CRA 46B 43 SUR-122 B.Milan | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NA 100MG CJX28TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

NCER

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

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| SULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

ULAS AL DIA, DOLEX ACTIVGEL

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| EN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | GRAGEA | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| TA(S) | ORAL | CADA 8 HORAS | 90 |

S AL DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| SULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

ES DEL DESAYUNO

| | |
|---|---|
| bre Funcionario: | LUIS JAVIER ARANGO JARAMILLO |

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32480975
Télefono: 2708547

PA PATRICIA LOPEZ YEPES
16(1607-96

**e de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6770

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLARA INES VELASQUEZ ARANGO | Documento | 32480975 |
| No. Carné | 8277530 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 46B 43 SUR-122 B.Milan | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ASPIRINA 100MG CJX28TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

D E BAYER

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

3 CAPSULAS AL DIA, DOLEX ACTIVGEL

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | GRAGEA | TRES |

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

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 ESPUES DEL DESAYUNO

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS JAVIER ARANGO JARAMILLO |

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32480975
Télefono: 2708547

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Fecha de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01

193

277

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
370
FECHA: 14-07-2025 14:21
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1158781
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213665-CIPROFLOXACINA MK TABLETAS
500 MG CAJA X 10 UNDS
8,190 2 0 0 16,380
155047-MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJ
A X 1 UND
18,741 12 0 0 224,892
115109-METRONIDAZOL MK INST. OVULO
S 500 MG CAJA X 10 UNDS
8,391 1 0 0 8,391

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 249,663
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 249,663
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 249,663 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6774
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VILLA ROJAS LUZ MARINA
CC 22171647
CR 45B # 29 SUR - 71 AP 510 EDIFI
CIO PALMANOVA
TELEFONO: 3104138777
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA

278

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz M. Vélez identificado con cédula número 22017647, 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 Julio 14/15

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 24da174f66b9e2a45aa5049e9b06
a8fc657bfc40a5557 4dee408cb2a5bf586
3cacfa47b7d076bd8a90c58e5e80c89a7c

No. de Orden 6774

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| irné | 3329674 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ión | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| FLOXACINA 500MG TNR AB | CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500MG | TABLETAS | CATORCE |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 7 |

RA 2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 12 |
|---|---|---|---|
| IL 3G GDO SOBX8G | FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo | SOBRE | DOCE |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BRE | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

E SEMANAL POR 3 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 7 |
|---|---|---|---|
| NIDAZOL 500MG CJX200 OVU | METRONIDAZOL | ÓVULOS | SIETE |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| ULOS | INTRAVAGINAL | CADA 24 HORAS | 7 |

NOCHE INTRAVAGINAL

bre Funcionario: JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE

PATRICIA LOPEZ YEPES
1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 3104139777

**e vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6774

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MARINA VILLA ROJAS | Documento | 22171647 |
| No. Carné | 3329674 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CLL 33AA 81-66 APT.303 LA CASTELLANA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 14 |
|---|---|---|---|
| CIPROFLOXACINA 500MG TNR CJX10TAB | CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500MG | TABLETAS | CATORCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 7 |

MK . PARA 2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 12 |
|---|---|---|---|
| MONURIL 3G GDO SOBX8G | FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo | SOBRE | DOCE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 SOBRE | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

1 SOBRE SEMANAL POR 3 MESES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 7 |
|---|---|---|---|
| METRONIDAZOL 500MG CJX200 OVU POP | METRONIDAZOL | ÓVULOS | SIETE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 ÓVULOS | INTRAVAGINAL | CADA 24 HORAS | 7 |

1 EN LA NOCHE INTRAVAGINAL

Nombre Funcionario: JORGE ALBERTO GRANADOS AGUIRRE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 22171647
Télefono: 3104139777

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

229

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
517
FECHA: 15-07-2025 10:30
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1158935
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

119701-MELIBA(IBANDRONATO) INST. T
ABLETA 150 MG CAJA X 1 UND
92,250 3 0 0 276,750
682043-HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR IN
ST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
9,900 0 90 0 2,970
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
116800-SYSTANE HA INST. GOTAS OFTA
LMICAS FRASCO 10 ML
46,121 3 0 0 138,363
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100
MCG CAJA X 50 UNDS
10,100 2 0 0 20,200
093029-ATORVASTATINA ECAR TABLETAS
40 MG CAJA X 10 UNDS
8,707 9 0 0 78,363
004070-ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON)I
NST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
18,630 3 0 0 55,890
253483-MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 8
0 MG CAJA X 28 UNDS
29,204 3 0 0 87,612
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
28,950 3 0 0 86,850
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICI
NA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
27,480 2 10 0 61,830

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,018,168
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,018,168
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

282

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Blanca Arteaga identificado con cédula número 32345212, 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 Blanca Arteaga

FECHA Mar

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 30153215S2
OR 91
DIFICIO MANDALA - TORRE 1 - INTERI
CR 24D # 39C SUR - 91 EL SALADO E
CC 32345277
ZULUAGA AGUDELO OFELIA
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1
FORMULA: DOMICILIO-6792
IMPOCONSUMO 0 0
EXCLUIDAS: 1,018,168 0
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

OBS:

CUFE: 03d7817a57506586cf7c2b2e1b824
69c0cc57d16771578d6c4d7d0896fd4fcc
c0852c254ca0b1029b8742686512210d70d

Blanca Arteaga
32345212
Mar 30153215S2

No. de Orden
6792

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | CLARA OFELIA ZULUAGA AGUDELO | Documento | 32345277 |
| amé | 43562551 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ión | Carrera 43A 53D SUR 46 APTO 1201 | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| DX® 75 MCG CAJA POR 25 AS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | CIEN |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO a las 05:00 AM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA 24 HORAS. ENTREGAR DE MK

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| SARTAN 80MG CJX30TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA 24 HORAS

bre Funcionario: XIOMARA POSADA ZULUAGA

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

e vencimiento: 26/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6792

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLARA OFELIA ZULUAGA AGUDELO | Documento | 32345277 |
| No. Carné | 43562551 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | Carrera 43A 53D SUR 46 APTO 1201 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | CIEN |

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO a las 05:00 AM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB | ATORVASTATINA 40MG | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS. ENTREGAR DE MK

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| TELMISARTAN 80MG CJX30TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario: XIOMARA POSADA ZULUAGA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Clara Zuluaga
Documento: 32345277
Télefono: 3015321930

**Fecha de vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01

283

No. de Orden
6792

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | CLARA OFELIA ZULUAGA AGUDELO | Documento | 32345277 |
| rné | 43562551 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ión | Carrera 43A 53D SUR 46 APTO 1201 | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| RONATO 150MG CJX1TAB | IBANDRONATO SODIO HIDRATO 150MGVITAMINA D3 | TABLETAS | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA MES | 90 |

UNA TABLETA AL MES, SIEMPRE EL MISMO DIA Y A LA MISMA HORA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA 24 HORAS EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| SULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| NE HA GOT OFT LUBR 1.5/4/3MG 0 ML | POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL | FRASCO | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| TA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

R UNA GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS POR 6 MESES. ENTREGA 5/6. PENDIENTES U

bre Funcionario: XIOMARA POSADA ZULUAGA

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**e vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6792

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLARA OFELIA ZULUAGA AGUDELO | Documento | 32345277 |
| No. Carné | 43562551 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | Carrera 43A 53D SUR 46 APTO 1201 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| IBANDRONATO 150MG CJX1TAB | IBANDRONATO SODIO HIDRATO 150MGVITAMINA D3 | TABLETAS | TRES |

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

TOMAR UNA TABLETA AL MES, SIEMPRE EL MISMO DIA Y A LA MISMA HORA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 12 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS POR 6 MESES. ENTREGA 5/6. PENDIENTES U

Nombre Funcionario: XIOMARA POSADA ZULUAGA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 32345277
Télefono: 3015321552

**Fecha de vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01


285

No. de Orden
6792

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | CLARA OFELIA ZULUAGA AGUDELO | Documento | 32345277 |
| arné | 43562551 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ión | Carrera 43A 53D SUR 46 APTO 1201 | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EL CJX90TAB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ICINA 0.5mg TAB CJX300TAB | COLCHICINA | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| bre Funcionario: | XIOMARA POSADA ZULUAGA |

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**e vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6792

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | CLARA OFELIA ZULUAGA AGUDELO | Documento | 32345277 |
| No. Camé | 43562551 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | Carrera 43A 53D SUR 46 APTO 1201 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CITRAGEL CJX90TAB | CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| COLCHICINA 0.5mg TAB CJX300TAB | COLCHICINA | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | XIOMARA POSADA ZULUAGA |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: [signature]
Documento: 32345277
Télefono: 3014321552

**Fecha de vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01

282

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
530
FECHA: 15-07-2025 10:58
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1158948
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

004070-ESCITALOPRAM MK (DEXAPRON)I
NST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
18,630 3 0 0 55,890
121487-METOPROLOL TARTRATO GF (RG)
TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
9,976 6 0 0 59,856
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930
119701-MELIBA(IBANDRONATO) INST. T
ABLETA 150 MG CAJA X 1 UND
92,250 3 0 0 276,750
253475-MICARDIS AMLO (RG) COMPRIMI
DOS 80/10 MG CAJA X 28 UNDS
85,316 3 0 0 255,948
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 3 0 0 36,180

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 727,554
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 727,554
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 727,554 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6799
NIT: 699999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS DE BERNAL GLORIA
CC 37795854
CL 65 SUR # 42B - 14 AP 306 T2 PA
SEO SAN FRANCISCO
TELEFONO: 3153504745

290

**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 15-07-25

Gloria Vargas de Bernal
CC. 37.795.854
315 350 4745

PUBLICIDAD DE PRODUCCION 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: cf0d4f53eed5cd5b9d8e71d31ee5
eee4e5a2587 4c8d0628dc29f88d89ba9e6
c5384a5c78ebcab98ad534e8ca07816 9bf

No. de Orden
6799

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | GLORIA VARGAS DE BERNAL | Documento | 37795854 |
| arné | 8216918 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | Cra 1 Manzana G Casa No. 17 Ciudad Bolívar | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA CADA DÍA A LAS 8 AM (ENTREGAR DE MK)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| ROLOL 50MG CJX30TAB | METOPROLOL Tartrato 50MG TABLETAS | TABLETAS | CIENTO OCH |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

UNA CADA 12 HORAS (8AM- 8PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA CADA NOCHE A LAS 8 PM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| IBANDRONICO 150MG CJX1CAP | IBANDRONATO SODIO HIDRATO 150MG Cápsula de | CÁPSULA | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| PSULA | ORAL | CADA MES | 90 |

UNA CADA MES

bre Funcionario: HAROLD DE JESUS BERNAL OCHOA

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Gloria Vargas
Documento: 37.795.854
Télefono: 3153504745

**de vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6799

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA VARGAS DE BERNAL | Documento | 37795854 |
| No. Carné | 8216918 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | Cra 1 Manzana G Casa No. 17 Ciudad Bolívar | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR UNA CADA DÍA A LAS 8 AM (ENTREGAR DE MK)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| METOPROLOL 50MG CJX30TAB | METOPROLOL Tartrato 50MG TABLETAS | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR UNA CADA 12 HORAS (8AM- 8PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR UNA CADA NOCHE A LAS 8 PM

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ACIDO IBANDRONICO 150MG CJX1CAP | IBANDRONATO SODIO HIDRATO 150MG Cápsula de | CÁPSULA | TRES |

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

TOMAR UNA CADA MES

Nombre Funcionario: HAROLD DE JESUS BERNAL OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Gloria Vargas
Documento: 37.795.854
Télefono: 3153504745

**Fecha de vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01


291

No. de Orden
6799

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | GLORIA VARGAS DE BERNAL | Documento | 37795854 |
| arné | 8216918 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | Cra 1 Manzana G Casa No. 17 Ciudad Bolívar | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| RDIS AMLO 80MG/10MG TAB | TELMISARTAN 80MGAMLODIPINO BESILATO | TABLETAS | OCHENTA Y |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| IX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA 24 HORAS

| bre Funcionario: | HAROLD DE JESUS BERNAL OCHOA |
|---|---|

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Gloria Vargas
Documento: 37.795.854
Télefono: 3153504745

**de vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6799

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA VARGAS DE BERNAL | Documento | 37795854 |
| No. Carné | 8216918 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | Cra 1 Manzana G Casa No. 17 Ciudad Bolívar | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| MICARDIS AMLO 80MG/10MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MGAMLODIPINO BESILATO | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 84 |

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Nombre Funcionario: | HAROLD DE JESUS BERNAL OCHOA |
|---|---|

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma: Gloria Vargas
Documento: 37.795.854
Télefono: 3153504745

**Fecha de vencimiento:** 26/07/25

GTH-F-005 V.01


293

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116
300
FECHA: 18-07-2025 17:37
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159719
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

225987-ZOPICLONA GENFAR INST. TABL
ETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS
5,690 6 0 0 34,140
116500-PANTOPRAZOL COLMED INST. CA
PSULAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
16,200 2 0 0 32,400
213206-DESVENLAFAXINA MK(RG) TABLE
TAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
44,880 2 0 0 89,760
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
92,241 1 80 0 166,034
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 2 0 0 44,820
115800-SINA GEN INST. TABLETA 5MG
/325 MG CAJ. X 90 UNDS
60,750 0 60 0 40,500

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 407,654
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 407,654
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 407,654 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6801
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CADAVID DE RODRIGUEZ ROCIO
CC 32330409
TV 32C SUR # 32 - 6
TELEFONO: 3317503
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co

296

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

2010

Yo Rocio Cadavid identificado con cédula número 32330709., en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rocio Cadavid

FECHA 06/19/25

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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: ebb74acc025c62b63a50b1ce77f0
2df6e6986e7b82b755c0d24de9bb535f7e8
3855ab68b569f631a11aa997eb66e6b240

Rocio Cadavid
32330709
3137503

No. de Orden
6801

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | ROCIO CADAVID DE RODRIGUEZ | Documento | 32330409 |
| arné | 42899648 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| ción | TRANSV 32C SUR 32-6 ENVIGADO | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 3 HORAS | 60 |

AR , 1 DESPUES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PRAZOL 20MG CJX30TAB | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 30MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

YUNA S

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LAFAXINA 50MG CJX30TLP | DESVENLAFAXINA SUCCINATO MONOH 50MG | TABLETAS | SESENTA |

| osis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60 |

PUES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| X AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Via Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| ABLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 60 |

DIA

mbre Funcionario: MONICA SANDRA RODRIGUEZ CADAVID

A PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Rocio Cadavid
Documento: 32330409
Télefono: 3317503

de vencimiento: 28/05/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6801

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO CADAVID DE RODRIGUEZ | Documento | 32330409 |
| No. Carné | 42899648 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | TRANSV 32C SUR 32-6 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 3 HORAS | 60 |

GEN FAR , 1 DESPUES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| PANTOPRAZOL 20MG CJX30TAB | PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 30MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

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

1 EN AYUNA S

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| DESVELAFAXINA 50MG CJX30TLP | DESVENLAFAXINA SUCCINATO MONOH 50MG | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

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

3 AL DIA

Nombre Funcionario: MONICA SANDRA RODRIGUEZ CADAVID

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Rocio Cadavid
Documento: 32330409
Télefono: 3317503

Fecha de vencimiento: 28/05/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6801

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| eficiario | ROCIO CADAVID DE RODRIGUEZ | Documento | 32330409 |
| Carné | 42899648 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| ección | TRANSV 32C SUR 32-6 ENVIGADO | | |
| gional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

RIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | SESENTA |

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

RIAMENTE

Nombre Funcionario: MONICA SANDRA RODRIGUEZ CADAVID

RIA PATRICIA LOPEZ YEPES
: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Rocio Cadavid
Documento: 32330409
Télefono: 3327503

a de vencimiento: 28/05/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6801

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROCIO CADAVID DE RODRIGUEZ | Documento | 32330409 |
| No. Carné | 42899648 - A | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | TRANSV 32C SUR 32-6 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| SINALGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | SESENTA |

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: MONICA SANDRA RODRIGUEZ CADAVID

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Rocio Cadavid
Documento: 32330409
Télefono: 3317503

Fecha de vencimiento: 28/05/25

GTH-F-005 V.01

209

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
535
FECHA: 15-07-2025 11:07
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1158953
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

213575-OLOFTAL MK GOTAS 0.2 % CAJA
5 ML
11,107 1 0 0 11,107
213077-CARMELUB TEARSGEL MK GOTAS
OFTALMICAS CAJA 15 ML
11,154 1 0 0 11,154

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 22,261
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 22,261
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 22,261 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: DOMICILIO-6827
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MEJIA SERNA ELVA DE JESUS
CC 21460996
CR 47 # 52 SUR - 110 INT 1905 TR
DE MAYORCA
TELEFONO: 3793533
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

---

302

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Jose Polo identificado con cédula número 1060[illegible]178, 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 Polo

FECHA 16-07-25

OBS:
CUFE: 8529593d3c32b3c746c4f652badb7
933bf4ece99b6ee1629c9583104a5c5f8
8d8ec2192b3679e6c00500 3bdc539dc7c9

No. de Orden
6827

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | ELVA DE JESUS MEJIA SERNA | Documento | 21460996 |
| arné | 6786352 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | CRA 28 NRO 29-85 MEDELLIN | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| AL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | UN |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| TA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 30 |

OTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS POR UN MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| LUB TEARSGEL 1% FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML | FRASCO | UN |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| TA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 30 |

OTA EN CADA OJO, CADA 8 HORAS

bre Funcionario: JOSE ARTURO RAMIREZ RESTREPO

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

de vencimiento: 09/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6827


## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ELVA DE JESUS MEJIA SERNA | Documento | 21460996 |
| No. Carné | 6786352 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 28 NRO 29-85 MEDELLIN | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 12 HORAS | 30 |

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS POR UN MES

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML | FRASCO | UN |

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

UNA GOTA EN CADA OJO, CADA 8 HORAS

Nombre Funcionario: JOSE ARTURO RAMIREZ RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 09/07/25

GTH-F-005 V.01

303

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
727
FECHA: 16-07-2025 09:49
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159145
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

046091-MOLTOBEN CAPSULAS 20 MG CAJ
A X 20 UNDS
153,500 5 0 0 767,500
115110-NIMODIPINO MK INST. TABLETA
S 30 MG CAJA X 150 UNDS
62,250 0 90 0 37,350
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. IN
ST. POLVO CAJA X 30 UNDS
21,960 3 0 0 65,880
683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
4,500 0 90 0 1,350
404257-TRITTICO CAPSULAS 50 MG CAJ
A X 50 UNDS
26,050 2 0 0 52,100
303225-FUCIDIN CREMA 2 % CAJA 15 G

109,210 2 0 0 218,420
600229-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 5
00 MG CAJA X 30 UNDS
61,860 3 0 0 185,580
024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA L
OCION OFERTA 400 + 120ML
52,133 1 0 0 52,133
107405-KEFLEX TABLETAS 500 MG CAJA
X 24 UNDS
231,120 1 0 0 231,120
046051-SULFAPLATA CREMA 1 % POTE 6
0 G
15,159 1 0 0 15,159

---

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,626,592
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,626,592
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0

306

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Fernando A. Duque identificado con cédula número 8256357, 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 16-07-2025

OBS:

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 3165467773
MARACAI APTO 409
CL 18A SUR # 38 - 350 CONDADO DE
CC 32432705
POSADA ACEVEDO MARIA CECILIA
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1
FORMULA: DOMICILIO-6835
IMPOCONSUMO 0 0
EXCLUIDAS: 1,626,592 0
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116
211
FECHA: 18-07-2025 12:00
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159630
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLE
TAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS
6,030 3 0 0 18,090
200060-UREADERM CREMA 10 % CAJA 60
G
104,426 3 0 0 313,278

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 331,368
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 331,368
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 263,259 50,019
EXCLUIDAS: 18,090 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6835
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
POSADA ACEVEDO MARIA CECILIA
CC 32432705
CL 18A SUR # 38 - 350 CONDADO DE
MARACAI APTO 409
TELEFONO: 3165467773
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

308

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

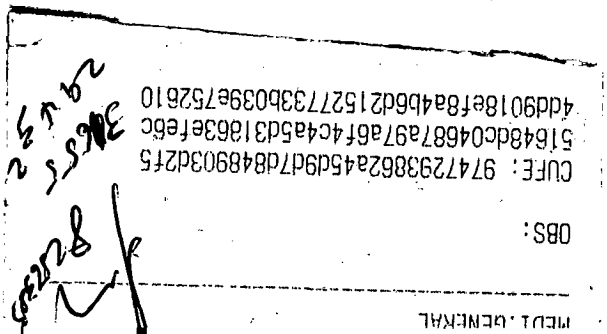
**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Fernando Duque A identificado con cédula número 8286389, 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 18-07-25



No. de Orden 6835

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO | Documento | 32432705 |
| arné | 8256359 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| OBEN 20MG CJX20CAP | FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| osis PSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

A MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| REN H FORTE 100MG/25MG TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| osis BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

A MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DIPINO 30MG CJX20TAB | NIMODIPINO 30MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| osis BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

IA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| osis OBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

IAMENTE

| | |
|---|---|
| mbre Funcionario: | FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ |

A PA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-165-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 8256357
Télefono: 3165529432

**de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6835

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO | Documento | 32432705 |
| No. Carné | 8256359 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| MOLTOBEN 20MG CJX20CAP | FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | CIEN |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB | LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NIMODIPINO 30MG CJX20TAB | NIMODIPINO 30MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 8256357
Télefono: 3165529432

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

304

No. de Orden 6835

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO | Documento | 32432705 |
| arné | 8256359 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| PHAGE 500MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 500MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

ues del almuerzo

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

añana en todo el cuerpo

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 24 |
|---|---|---|---|
| X 500MG CJX24TAB | CEFALEXINA | TABLETAS | VEINTICUATR |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 8 HORAS | 8 |

IA POR 8 DIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| APLATA 1% CR POTX100G | PLATA SULFADIAZINA 10MGG Crema | TARRO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| PLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

NOCHE EN LESIONES DE TALON

mbre Funcionario: FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

A PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 82563[illegible]
Télefono: 3165529432

**de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6835

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO | Documento | 32432705 |
| No. Carné | 8256359 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GLUCOPHAGE 500MG CJX30TAB | METFORMINA CLORHIDRATO 500MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 despues del almuerzo

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ACID MANTLE N LOC FCOX400ML | ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

en la mañana en todo el cuerpo

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 24 |
|---|---|---|---|
| KEFLEX 500MG CJX24TAB | CEFALEXINA | TABLETAS | VEINTICUATR |

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

3 AL DIA POR 8 DIAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| SULFAPLATA 1% CR POTX100G | PLATA SULFADIAZINA 10MGG Crema | TARRO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NOCHE EN LESIONES DE TALON

Nombre Funcionario: FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 82563[illegible]
Télefono: 3165529432

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

313

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
747
FECHA: 16-07-2025 11:18
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159165
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

138121-FORXIGA (RG) TABLETAS 10 MG
CAJA X 28 UNDS
141,120 3 0 0 423,360
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
59,400 0180 0 11,880
137898-WINADEINE F TABLETAS 325MG/
30MG CAJA X 30 UNDS
7,800 6 0 0 46,800
260168-SEDORM TABLETAS 7.5 MG CAJA
X 20 UNDS
13,920 5 0 0 69,600

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 594,570
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 594,570
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 594,570 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6837
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA DE CARDENAS STELLA
CC 22085596
TV 35C SUR # 32 - 64 PRIMER PISO
101
TELEFONO: 3006282356
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

316

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Margarita Ligia Rojas J. identificado con cédula número 21400182, 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 Margarita Rojas

FECHA 17/07/2025

CUFE: dd075cde7cb5075305bfccb90d03
b9288f703eab44fca4c134a29f56cc432d
6160b332bdc742c6e702397097a702983O

OBS:

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

317

DISTRIBUIDORA PASTFUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328117
427
FECHA: 23-07-2025 12:00
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1160848
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
36,450 0 90 0 21,870

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 21,870
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 21,870
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 21,870 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6837
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA DE CARDENAS STELLA
CC 22085596
TV 35C SUR # 32 - 64 PRIMER PISO
101
TELEFONO: 3006282356
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: dd405d3e5e8bc6abb88a2b4018d3
66ed43ad702e434ad442306bbfa649abfc
c0d546097e460b0cb0832e02f406832800

318

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Jesús Arturo Cárdenas D. identificado con cédula número 3472457, 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 Julio 23/2025

Tel: 3006282356

No. de Orden 6837

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | STELLA RIVERA DE CARDENAS | Documento | 22085596 |
| arné | 3472457 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | TRANS 35C SUR NRO 32-64 ENVIGADO | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GA 10 MG CJX28COM | DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

| -sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

AMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| TAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

AR , PARA 2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| IPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NOCHE

bre Funcionario: JESUS ARTURO CARDENAS DIAZ

PATRICIA LOPEZ YEPES
1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 3472457
Télefono: 3006283356

**e vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6837

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | STELLA RIVERA DE CARDENAS | Documento | 22085596 |
| No. Carné | 3472457 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | TRANS 35C SUR NRO 32-64 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FORXIGA 10 MG CJX28COM | DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK , 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

GEN FAR , PARA 2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| AMLODIPINO 5MG CAJAX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 5G | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: JESUS ARTURO CARDENAS DIAZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 3472457
Télefono: 3006283356

**Fecha de vencimiento:** 25/07/25

GTH-F-005 V.01

319

No. de Orden 6837

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | STELLA RIVERA DE CARDENAS | Documento | 22085596 |
| rné | 3472457 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ión | TRANS 35C SUR NRO 32-64 ENVIGADO | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| M 7.5 MG PSI CJX20TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIEN |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| EINE F 325mg/30mg CJX10TAB | A C E T A M I N O F E N 325MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO OCH |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

bre Funcionario: JESUS ARTURO CARDENAS DIAZ

PATRICIA LOPEZ YEPES
1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono: 3004282356

e vencimiento: 25/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6837

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | STELLA RIVERA DE CARDENAS | Documento | 22085596 |
| No. Carné | 3472457 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | TRANS 35C SUR NRO 32-64 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| WINADEINE F 325mg/30mg CJX10TAB | A C E T A M I N O F E N 325MGCODEINA FOSFATO | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

2 AL DIA

Nombre Funcionario: JESUS ARTURO CARDENAS DIAZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono: 3006288356

Fecha de vencimiento: 25/07/25

GTH-F-005 V.01

321

DISTRIBUIDORA PASTFUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
777
FECHA: 16-07-2025 13:58
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159195
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

213173-ENALAPRIL MK TABLETAS 5 MG
CAJA X 50 UNDS
6,850 3 0 0 20,550
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 60 UN
DS
32,100 1 30 0 48,150
102029-MYRBETRIC (RG) TABLETAS 50
MG CAJA X 30 UNDS
143,460 3 0 0 430,380
115101-TRIMEBUTINA LP MK INST. TAB
LETAS 300 MG CAJA X 10 UNDS
11,570 18 0 0 208,260
213135-DULOXETINA MK (RG) CAPSULAS
30 MG CAJA X 7 UNDS
9,373 13 0 0 121,849
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 3 0 0 47,838
030060-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 40 MG CAJA X 30 UNDS
82,920 3 0 0 248,760
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 1 80 0 205,920
600428-GLUCOSAM+COND. COLMED RG IN
ST. SOBRES 1.500 MG / 1.200 MG CAJA X 15
UNDS
94,725 4 0 0 378,900
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
28,950 3 0 0 86,850
134019-COMPLEJO B GENFAR TABLETAS
CAJA X 250 UNDS
47,980 0 90 0 17,273
134317-TRAMADOL GENFAR CAPSULAS 50
MG CAJA X 10 UNDS
13,459 9 0 0 121,131

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,935,861
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,935,861
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,935,861 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6856
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO MARIA CELIA
CC 21456011
CL 67 S # 45 - 52 APARTAMENTO 303
BARRIO SANTA ANA SABANETA
TELEFONO: 3053674270
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

---

DBS:

CUFE: 3c98f5f6889c8b64f894c8f95afa
7354104a0127a5d08e72fbf97989a2e206
7b4b8c9aec8cf84d557a3639e58611775a

Margarita Lopez
CC 21460182
Cel. 3053674270

324

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
779
FECHA: 16-07-2025 14:08
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA:1159197
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

165545-MYLANTA DOS SUSPENSION FRES
A CAJA 240 ML
53,500 3 0 0 160,500
249468-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 14 UNDS
23,338 13 0 0 303,394

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 463,894
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 463,894
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 463,894 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6856
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO MARIA OFELIA
CC 21456011
CL 67 S # 45 - 52 APARTAMENTO 303
BARRIO SANTA ANA SABANETA
TELEFONO: 3053674270
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: 353543c3b2f6dcbcfc5ad2935cd4
bdf13b6227dcfda98f64bbacb07d7d63ce
b4b94d002b203ecc76fa3f402de3c10715

Margarita Lopez
cc 21460168
Cel. 3053674270

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116041
FECHA: 17-07-2025 17:30
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159460
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

323153-PA+AL TENA SLIP COMFORT TAL LA I. BOLSA X 21 UNDS
64,899 9 0 0 584,091
600428-GLUCOSAM+COND. COLMED RG IN ST. SOBRES 1.500 MG / 1.200 MG CAJA X 15 UNDS
94,725 2 0 0 189,450

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 773,541
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 773,541
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| IVA DE: 19 | 490,833 | 93,258 |
| EXCLUIDAS: | 189,450 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

FORMULA: DOMICILIO 6856
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO MARIA OFELIA
CC 21456011
CL 67 S # 45 - 52 APARTAMENTO 303
BARRIO SANTA ANA SABANETA
TELEFONO: 3053674270
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

---

328

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Antonio Restrepo identificado con cédula número 71801315, 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 Restrepo

FECHA 23-07-2025

Cel. 305-364-4220

CC 71.801.315

OBS:

CUFE: de929e433357 50a68b8c527f0171
e5adbab8f52bbd29feeb485864361 3ee4a
91f877ada208a0170c34f57b502 6e1c5ae

329

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4[illegible]400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328117
429
FECHA: 23-07-2025 12:12
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1160850
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

121031-ATORVASTATINA GENFAR TABLET
AS 10 MG CAJA X 10 UNDS
28,873 9 0 0 259,857

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 259,857
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 259,857
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 259,857 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6856
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO MARIA OFELIA
CC 21456011
CL 67 SUR # 45 - 52 APARTAMENTO 3
03 BARRIO SANTA ANA SABANETA
TELEFONO: 3053674270
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

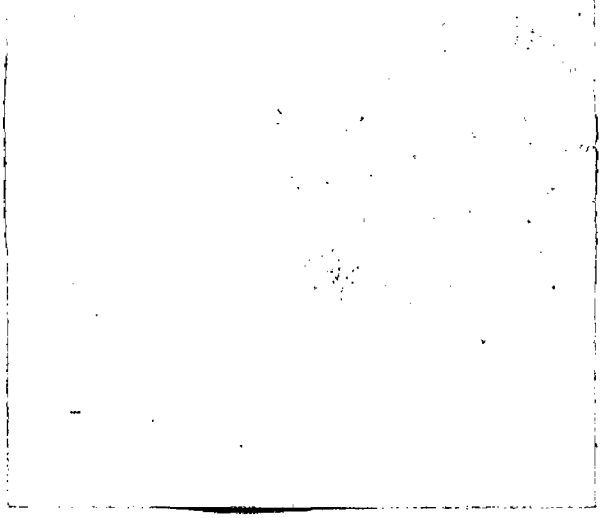
BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS: Antonio Restrepo
7180131

CUFE: 6243e947d6a899cafa05659c8fd9
[illegible]

a676554eca4801750ea5b87e333d1d1c28



No. de Orden
6856

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | MARIA OFELIA JARAMILLO | Documento | 21456011 |
| arné | 21460182 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | Calle 67 sur 45-52 APTO 303 BARRIO SANTA ANA SABANETA | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| PRIL 5MG CJX50TAB | ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ASTATINA 10MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

UNA CADA NOCHE. ENTREGAR DE MK

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| TA DOS MENTA FCOX240ML | ALUMINIO HIDROXIDO 80MGMLMAGNESIO | FRASCO | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| c.c. | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

UNA CUCHARADA CADA 12 HORAS POR NECESIDAD

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| OL 2000UI CBL CJX30CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | NOVENTA |

| osis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| PSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

R CADA 24 HORAS. ENTREGA FINAL

nbre Funcionario: MARGARITA ROJAS JARAMILLO

LAURA BUENO ARIZA
I-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21460182
Télefono: 3053674270

de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6856

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA OFELIA JARAMILLO | Documento | 21456011 |
| No. Carné | 21460182 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | Calle 67 sur 45-52 APTO 303 BARRIO SANTA ANA SABANETA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ENALAPRIL 5MG CJX50TAB | ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 10MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR UNA CADA NOCHE. ENTREGAR DE MK

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| MYLANTA DOS MENTA FCOX240ML | ALUMINIO HIDROXIDO 80MGMLMAGNESIO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 10 c.c. | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR UNA CUCHARADA CADA 12 HORAS POR NECESIDAD

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS. ENTREGA FINAL

Nombre Funcionario: MARGARITA ROJAS JARAMILLO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21460182
Télefono: 3053674270

Fecha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01

331

No. de Orden
6856

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | MARIA OFELIA JARAMILLO | Documento | 21456011 |
| arné | 21460182 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | Calle 67 sur 45-52 APTO 303 BARRIO SANTA ANA SABANETA | | |
| ional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| osis BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

R CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ADOL 50MG CJX10CAP | TRAMADOL CLORHIDRATO 50MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| osis PSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

R CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| A 75 MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| osis PSULA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

RAL: TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| EBUTINA LP 300mg TLP CJX30TLP | TRIMEBUTINA MALEATO | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| osis BLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

R CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

mbre Funcionario: MARGARITA ROJAS JARAMILLO

Y LAURA BUENO ARIZA
1-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Margarita Rojas J
Documento: 21460182
Télefono: 3053674270

**de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6856

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA OFELIA JARAMILLO | Documento | 21456011 |
| No. Carné | 21460182 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | Calle 67 sur 45-52 APTO 303 BARRIO SANTA ANA SABANETA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| TRAMADOL 50MG CJX10CAP | TRAMADOL CLORHIDRATO 50MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | NOVENTA |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 75 MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 CÁPSULA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| TRIMEBUTINA LP 300mg TLP CJX30TLP | TRIMEBUTINA MALEATO | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

Nombre Funcionario: MARGARITA ROJAS JARAMILLO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: Margarita Rojas J
Documento: 21460182
Télefono: 3053674270

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6856

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | MARIA OFELIA JARAMILLO | Documento | 21456011 |
| arné | 21460182 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | Calle 67 sur 45-52 APTO 303 BARRIO SANTA ANA SABANETA | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 91 |
|---|---|---|---|
| ETINA 30MG CJX7CAP . | DULOXETINA 30MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA Y U |

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

CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| . TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | CADA 12 HORAS | 90 | Aprobado |

AR CAMBIO DE PAÑAL CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| EN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| OTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 4 HORAS | 90 | |

AR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EPRAZOL 40MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

R UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO. ENTREGAR DE MK

mbre Funcionario: MARGARITA ROJAS JARAMILLO

Recibido Por:

Firma: Margarita Rojas J
Documento: 21460182
Télefono: 3053674270

( LAURA BUENO ARIZA
1-0116-07

de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6856

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MARIA OFELIA JARAMILLO | Documento | 21456011 |
| No. Carné | 21460182 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | Calle 67 sur 45-52 APTO 303 BARRIO SANTA ANA SABANETA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 91 |
|---|---|---|---|
| DULOXETINA 30MG CJX7CAP . | DULOXETINA 30MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA Y U |

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

TOMAR CADA 24 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM | PAÑAL(ES) | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 N/A | N/A | CADA 12 HORAS | 90 | Aprobado |

REALIZAR CAMBIO DE PAÑAL CADA 12 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 4 HORAS | 90 | |

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ESOMEPRAZOL 40MG CJX30TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO. ENTREGAR DE MK

Nombre Funcionario: MARGARITA ROJAS JARAMILLO

Recibido Por:

Firma: Margarita Rojas J
Documento: 21460182
Télefono: 3053674270

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Fecha de vencimiento: 23/07/25

GTH-F-005 V.01

337

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
791
FECHA: 16-07-2025 15:15
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159209
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132610-MELOXICAM GENFAR INST. 15 M
G/1.5 ML CAJA X 5 UNDS
9,710 1 0 0 9,710
102004-ACERUMEN SPRAY CAJA 40 ML
67,226 1 0 0 67,226
683158-DESONIDA MEGALABS INST. CR
MA 0.1% CAJA 15 G
9,710 1 0 0 9,710
134145-DEXAMETASONA GF 2 ML AMPOLL
AS 8 MG CAJA X 10 UNDS
12,780 0 1 0 1,278
203520-NEUROBION DC J.PRELLENADA
10000 CAJA X 1 UND
45,740 3 0 0 137,220

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 225,144
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 225,144
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 225,144 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6558
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARTINEZ DE PATINO ROSA OFELIA
CC 21799291
CR 24E # 40 S - 36
TELEFONO: 3113979780
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

340

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Margarita M. Osorio A. identificado con cédula número 42'891.682, 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 Margarita M. Osorio A.

FECHA 16-07-25

42'891.682
Osorio Q 24

OBS:

CUFE: bc71d04af83b33e8897121d7be3c
121dc50995895cb60fc756eda0a46382b4c
8f3cbcb26211da66f6280a09a590293f0

MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD
BUENO ARIZA WENDY LAURA

No. de Orden 6858

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | ROSA OFELIA MARTINEZ DE PATINO | Documento | 21799291 |
| arné | 70562878 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ción | CRA 69 NRO 95-52 CASTILLA | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ICAM 15MG/1.5ML CJX3AMP | MELOXICAM 10MGML Solución inyectable | AMPOLLA | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| OLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA SEMANA | 10 | |

R UNA INTRAMUSCULAR CADA TRES DÍAS POR 10 DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| MEN HYGIENE AURICULAIR DML | NO APLICA | FRASCO | UN |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| TA(S) | ÓTICA | CADA 8 HORAS | 10 | Aprobado |

TAS EN CADA OIDO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS O HASTA QUE AL ALGODON SE R

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| METASONA 8MG/2mL SHN MP | DEXAMETASONA FOSFATO SODICO 8MG Solución | AMPOLLA | UN |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| OLLAS | INTRAMUSCULAR | DOSIS ÚNICA | 1 | |

R UNA EN DOSIS ÚNICA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| BION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MGML TIAMINA | AMPOLLA | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| OLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA SEMANA | 30 | |

R UNA IM CADA 10 DÍAS POR UN MES. DEBE INCIAR AL TERMINAR EL MELOXCIAM

bre Funcionario: PATINO MARTINEZ ANGEL DE JESUS

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

**e vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 6858

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSA OFELIA MARTINEZ DE PATINO | Documento | 21799291 |
| No. Carné | 70562878 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 69 NRO 95-52 CASTILLA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| MELOXICAM 15MG/1.5ML CJX3AMP | MELOXICAM 10MGML Solución inyectable | AMPOLLA | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA SEMANA | 10 | |

APLICAR UNA INTRAMUSCULAR CADA TRES DÍAS POR 10 DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| ACERUMEN HYGIENE AURICULAIR FCOX40ML | NO APLICA | FRASCO | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 2 GOTA(S) | ÓTICA | CADA 8 HORAS | 10 | Aprobado |

DOS GOTAS EN CADA OIDO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS O HASTA QUE AL ALGODON SE R

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| DEXAMETASONA 8MG/2mL SHN CJX1AMP | DEXAMETASONA FOSFATO SODICO 8MG Solución | AMPOLLA | UN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | DOSIS ÚNICA | 1 | |

APLICAR UNA EN DOSIS ÚNICA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL | PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MGML TIAMINA | AMPOLLA | TRES |

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

APLICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR UN MES. DEBE INCIAR AL TERMINAR EL MELOXCIAM

Nombre Funcionario: PATINO MARTINEZ ANGEL DE JESUS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42'891.682
Télefono: 6042709274

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

341

No. de Orden
6858

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | ROSA OFELIA MARTINEZ DE PATINO | Documento | 21799291 |
| -rné | 70562878 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ión | CRA 69 NRO 95-52 CASTILLA | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| IDA 0.1% CR TBOX15G | DESONIDA 1MGG Crema | TUBO | UN |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento | |
|---|---|---|---|---|
| ICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 30 | |

R TRES VECES AL DÍA EN LA LESIÓN DE LA PIERNA

| | |
|---|---|
| bre Funcionario: | PATINO MARTINEZ ANGEL DE JESUS |

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**e vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6858

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | ROSA OFELIA MARTINEZ DE PATINO | Documento | 21799291 |
| No. Carné | 70562878 - A | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CRA 69 NRO 95-52 CASTILLA | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1 |
|---|---|---|---|
| DESONIDA 0.1% CR TBOX15G | DESONIDA 1MGG Crema | TUBO | UN |

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

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN LA LESIÓN DE LA PIERNA

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | PATINO MARTINEZ ANGEL DE JESUS |

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**

Firma:
Documento: 92891.682
Télefono: 6042709274

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

343

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
866
FECHA: 16-07-2025 19:15
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159284
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132610-MELOXICAM GENFAR INST 15 M
G/1.5 ML CAJA X 5 UNDS
9,710 0 3 0 5,126
069016-ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUB
O 50 G
35,392 1 0 0 35,392
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 2 20 0 186,120
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLE
TAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS
6,030 3 0 0 18,090
249461-LYRICA (RG) CAPSULAS 25 MG
CAJA X 30 UNDS
16,650 2 0 0 33,300
132444-ETORICOXIB INST. GENFAR TAB
LETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS
32,823 1 0 0 32,823
102031-VESICARE (RG) TABLETAS 5 MG
CAJA X 20 UNDS
53,220 4 0 0 212,880
067776-TRILEPTAL (RG) TABLETAS 300
MG CAJA X 30 UNDS
20,790 6 0 0 124,740

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 692,101
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 692,101
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 505,981 0
EXENTAS: 186,120 0

345

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

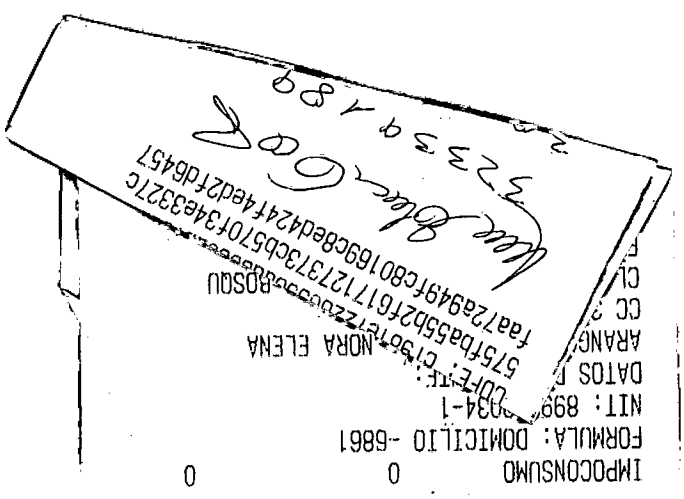
**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Nora Elena Aranso identificado con cédula número 32339189, 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 Nora Elena Gaa

FECHA 2025-7-16




346

No. de Orden 6861

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NORA ELENA ARANGO DE RESTREPO | Documento | 32339189 |
| No. Carné | 3339051 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CLL 45 A Sur #39B-02 Casa 108 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| **ICAM 15MG/1.5ML CJX3AMP** | **MELOXICAM 10MGML Solución inyectable** | AMPOLLA | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| OLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA 24 HORAS | 10 |

R UNA AMPOLLA INTRAMUSCULAR CADA TRES DÍAS POR 10 DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| **TES GEL TOP 1% TBOX50G** | **DICLOFENACO SODIO 1% Gel** | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 90 |

R TRES VECES AL DÍA SOBRE ´REA AFECTADA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| **AMINOFEN FORTE 500/65MG AB** | **ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta** | TABLETAS | CIENTO VEIN |

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

UNA CADA 12 HORAS JUNTO CON UNA LYRICA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **/ASTATINA 20MG CJX30TAB** | **ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta** | TABLETAS | NOVENTA |

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

CADA NOCHE. ENTREGAR DE MK

Nombre Funcionario: JUAN MANUEL RESTREPO SIERRA

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 32339189
Télefono: 3014260273

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden 6861

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: NORA ELENA ARANGO DE RESTREPO | Documento: 32339189
No. Carné: 3339051 - C | Fecha autorización: 11/07/25
Dirección: CLL 45 A Sur #39B-02 Casa 108 ENVIGADO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| MELOXICAM 15MG/1.5ML CJX3AMP | MELOXICAM 10MGML Solución inyectable | AMPOLLA | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA 24 HORAS | 10 |

APLICAR UNA AMPOLLA INTRAMUSCULAR CADA TRES DÍAS POR 10 DÍAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| ARTRITES GEL TOP 1% TBOX50G | DICLOFENACO SODIO 1% Gel | TUBO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 8 HORAS | 90 |

APLICAR TRES VECES AL DÍA SOBRE ´REA AFECTADA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | CIENTO VEIN |

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

TOMAR UNA CADA 12 HORAS JUNTO CON UNA LYRICA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

TOMAR CADA NOCHE. ENTREGAR DE MK

Nombre Funcionario: JUAN MANUEL RESTREPO SIERRA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 32339189
Télefono: 3014260273

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01


347

348

380

No. de Orden
6861

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | NORA ELENA ARANGO DE RESTREPO | Documento | 32339189 |
| rné | 3339051 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| ión | CLL 45 A Sur #39B-02 Casa 108 ENVIGADO | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 7 |
|---|---|---|---|
| OXIB 120MG CJX7TAB | ETORICOXIB 120MG Tableta | TABLETAS | SIETE |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 7 |

CADA 24 HORAS A LAS 3 PM CON EL ESTÓMAGO LLENO

bre Funcionario: JUAN MANUEL RESTREPO SIERRA

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 32339189
Télefono: 3014260273

**e vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6861

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | NORA ELENA ARANGO DE RESTREPO | Documento | 32339189 |
| No. Carné | 3339051 - C | Fecha autorización | 11/07/25 |
| Dirección | CLL 45 A Sur #39B-02 Casa 108 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 7 |
|---|---|---|---|
| ETORICOXIB 120MG CJX7TAB | ETORICOXIB 120MG Tableta | TABLETAS | SIETE |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 7 |

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM CON EL ESTÓMAGO LLENO

Nombre Funcionario: JUAN MANUEL RESTREPO SIERRA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
**RM:** 91-0116-07

**Recibido Por:**
Firma:
Documento: 32339189
Télefono: 3014260273

**Fecha de vencimiento:** 24/07/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328115
858
FECHA: 16-07-2025 18:56
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159276
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600189-EUTIROX INST. TABLETA 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
38,150 2 0 0 76,300
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5MG
/325 MG CAJA X 90 UNDS
60,750 2 0 0 121,500
115100-ESZOPICLONA (ISOKLON) INST.
RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS
28,742 6 0 0 172,452
249098-NEURONTIN (RG) CAPSULAS 300
MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 5 20 0 418,770
600349-DESLORATADINA GENFAR INST.
TABLETAS 5 MG CAJA X 10 UNDS
4,990 9 0 0 44,910

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 876,862
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 876,862
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 458,092 0
EXENTAS: 418,770 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6871
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESTRADA TORRES LUZ ELENA
CC 32507934

354

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Yolanda Estrada Torres identificado con cédula número 32.507934, 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 16-7-2025


ff24e3070ad58dba1853ccff629cb76267
5040c2174 1bb80eb0366aedf3d729a91cf
CUFE: e8f143de6965 7bd531d3011774a1


OBS: 1/3/3795093 3

Yolanda Estrada Torres 32507934

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 31379509 33
R 16 MILAN
CL 43 SUR # 47 - 17 AP 407 BL 4 U

No. de Orden
6871

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | LUZ ELENA ESTRADA TORRES | Documento | 32507934 |
| arné | 8298832 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| ción | CLL 43 sur 47-17 milan cond.16 b-04 ato 407 | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| FO OX® 25 MCG CAJA POR 25 TAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | CIEN |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| sis LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

UNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| GEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| sis LETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| ON 3MG CJX14TAB | ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | OCHENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| sis BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NTIN 300MG CJX30CAPS | GABAPENTINA 300MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| sis PSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

mente

bre Funcionario: LUIS ALBERTO DAVILA VALENCIA

PA PATRICIA LOPEZ YEPES
160 1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Luz Elena Estrada
Documento: 32507934
Télefono: 3137950933

**e vencimiento:** 13/06/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6871

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ELENA ESTRADA TORRES | Documento | 32507934 |
| No. Carné | 8298832 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 43 sur 47-17 milan cond.16 b-04 ato 407 | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN AYUNAS

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| SINALGEN 5/325MG CJX30TAB | HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90 |

2 al dia

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| ISOKLON 3MG CJX14TAB | ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta | TABLETAS | OCHENTA Y |

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

1 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| NEURONTIN 300MG CJX30CAPS | GABAPENTINA 300MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 diariamente

Nombre Funcionario: LUIS ALBERTO DAVILA VALENCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Luz Elena Estrada
Documento: 32507934
Télefono: 3137950933

**Fecha de vencimiento:** 13/06/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116
053
FECHA: 17-07-2025 17:57
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159472
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

249168-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 150
MG CAJA X 30 UNDS
56,820 3 0 0 170,460
100280-ARTRODAR INST.(RG) DIACEREI
NA TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
27,390 3 0 0 82,170
115300-XIGDUO XR INST. (RG) TABLET
AS 10MG/1000MG CAJA X 28 UNDS
157,752 4 0 0 631,008
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS
47,488 3 0 0 142,464
249467-LYRICA (RG) CAPSULAS 150 MG
CAJA X 30 UNDS
100,020 3 0 0 300,060
115509-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D
3) TABLETAS 7000UI CAJA X 12 UNDS
54,672 3 0 0 164,016
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 9 0 0 79,290
682053-LEVOMEPROMAZINA HUMAX INST.
SOLUCION ORAL 4% CAJA 20 ML
10,885 2 0 0 21,770
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 22 0 0 799,392
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.
5 MCG CAJA 120 DOSIS
29,469 2 0 0 58,938
379002-ATIVAN DCONT TABLETAS 2 MG
CAJA X 30 UNDS
20,730 1 0 0 20,730
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 5 20 0 418,770

360

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Luz Maira Laverde identificado con cédula número 43.065.127, 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 Maira L.

FECHA 17 Julio 2025

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 30166411O4
RDIN DE LOS ALCAZARES
CL 61 SUR # 42 - 55 CASA 125 JA
CC 43065127
LAVERDE AGUIRRE MAIRA
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1
FORMULA: DOMICILIO-6091

| DESCRIPCION | BASE | IMPUESTO |
|---|---|---|
| EXCLUIDAS: | 2,471,948 | 0 |
| EXENTAS: | 418,770 | 0 |
| IMPOCONSUMO | 0 | 0 |

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

CAMBIO: 0

MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,890,718
FORMA DE PAGO: CREDITO

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

TOTAL: 2,890,718

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16,500 | 0 | 30 | 0 | 1,650 |

S 40 MG CAJA X 300 UNDS

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Luz M. Laverde

OBS: 43.065.127

CUFE: 3b4a16fb438b5ab53dd25a31d847f93020ac6583bbd8898dfa40a240d668b6f21792726864832650806bd46e5e5335

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116
062
FECHA: 17-07-2025 18:22
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159481
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

093516-ORLISTAT ECAR CAPSULAS 120
MG CAJA X 60 UNDS
86,268 4 0 0 345,072
662001-LYRICA INST.(RG) (PREGABALI
NA) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
50,016 3 0 0 150,048

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 495,120
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 495,120
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 495,120 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6091
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LAVERDE AGUIRRE MAIRA
CC 43065127
CL 61 SUR # 42 - 55 CASA 125 JA
RDIN DE LOS ALCAZARES
TELEFONO: 3016641104
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

CASTRO YEPES DIANA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

---

OBS:

CUFE: e93db3f2ab018fb0adcfe2eef58d
a1b3648ff84705db2ebb604a637df444c4
1f2f5ac0d020b11711b7105d3e8803e6f0

Luz M. Lavcrde

43.065-177

3016641104

**No. de Orden 6901**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE | Documento | 43065127 |
| No. Carné | 70559860 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA DOBLE ACCION SS FCOX300ML | ALGINATO sodio CARBONATO calcio BICARBONATO sodio | SOBRE | DOSCIENTOS |

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

11 ANTES D E CADA COMIDA PRINCIPAL

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

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

1 PUFF EN CADA FOSA EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ATIVAN 2mg TAB CJX30TAB | LORAZEPAM | TABLETAS | TREINTA |

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

TOMAR EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65mg CJX14TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | DOSCIENTOS |

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

3 AL DIA

| Nombre Funcionario: | SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6901**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE | Documento | 43065127 |
| No. Carné | 70559860 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENTA DOBLE ACCION SS FCOX300ML | ALGINATO sodio CARBONATO calcio BICARBONATO sodio | SOBRE | DOSCIENTOS |

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

11 ANTES D E CADA COMIDA PRINCIPAL

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

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

1 PUFF EN CADA FOSA EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ATIVAN 2mg TAB CJX30TAB | LORAZEPAM | TABLETAS | TREINTA |

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

TOMAR EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65mg CJX14TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | DOSCIENTOS |

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

3 AL DIA

| Nombre Funcionario: | SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 6901**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE | Documento | 43065127 |
| No. Carné | 70559860 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 75 MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EFEXOR XR 150MG CJX30CAP | VENLAFAXINA CLORHIDRATO 150MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ARTRODAR 50MG CJX30CAP | DIACERREINA 50MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 112 |
|---|---|---|---|
| XIGDUO XR 10MG/1000MG CJX28TLS | CLORHIDRATO DE METFORMINA | TABLETAS | CIENTO DOC |

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

1 CON EL ALMUERZO

| Nombre Funcionario: | SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6901**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE | Documento | 43065127 |
| No. Carné | 70559860 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 75 MG CJX30CAP | PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EFEXOR XR 150MG CJX30CAP | VENLAFAXINA CLORHIDRATO 150MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 EN LA MAÑANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ARTRODAR 50MG CJX30CAP | DIACERREINA 50MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 112 |
|---|---|---|---|
| XIGDUO XR 10MG/1000MG CJX28TLS | CLORHIDRATO DE METFORMINA | TABLETAS | CIENTO DOC |

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

1 CON EL ALMUERZO

| Nombre Funcionario: | SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 6901**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE | Documento | 43065127 |
| No. Carné | 70559860 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10MG CJX28TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | OCHENTA Y |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 150 MG CJX30CAPS | PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 36 |
|---|---|---|---|
| NUEVI D 7000UI TR CJX12TR | VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta | CÁPSULA | TREINTA Y S |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

TOMAR VIERNES , SABADO Y DOMINGO

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

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

MK , PARA 1 DESPUES DEL DESAYUNO

| Nombre Funcionario: | SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6901**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE | Documento | 43065127 |
| No. Carné | 70559860 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 84 |
|---|---|---|---|
| ROSUVASTATINA 10MG CJX28TAB | ROSUVASTATINA CALCICA 10MG Tableta Recubierta | TABLETAS | OCHENTA Y |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| LYRICA 150 MG CJX30CAPS | PREGABALINA 150MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 36 |
|---|---|---|---|
| NUEVI D 7000UI TR CJX12TR | VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta | CÁPSULA | TREINTA Y S |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

TOMAR VIERNES , SABADO Y DOMINGO

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

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

MK , PARA 1 DESPUES DEL DESAYUNO

| Nombre Funcionario: | SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 6901**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE | Documento | 43065127 |
| No. Carné | 70559860 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 TOMAR | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

MEDIA TABLETA DIA POR MEDIO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| ORLISTAT 120MG CJX30CAPS | ORLISTAT 120MG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | DOSCIENTOS |

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

3 AL DIA ORDENADAS POR ENDOCRINO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| LEVOMEPROMAZINA 4% SGS FCOX20ml | LEVOMEPROMAZINA CLORHIDRATO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 20 GOTA(S) | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

20 GOTAS EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6901**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE | Documento | 43065127 |
| No. Carné | 70559860 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 TOMAR | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

MEDIA TABLETA DIA POR MEDIO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270 |
|---|---|---|---|
| ORLISTAT 120MG CJX30CAPS | ORLISTAT 120MG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | DOSCIENTOS |

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

3 AL DIA ORDENADAS POR ENDOCRINO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| LEVOMEPROMAZINA 4% SGS FCOX20ml | LEVOMEPROMAZINA CLORHIDRATO | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 20 GOTA(S) | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

20 GOTAS EN LA NOCHE

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 21/07/25

GTH-F-005 V.01

375

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116
036
FECHA: 17-07-2025 17:09
VENDEDOR: JUAN MANUEL RESTREPO GAVI
SECUENCIA: 1159455
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

---

127802-ZINC GLUCONATE CAPSULAS BLA
NDAS 120 MG FRASCO X 100 UNDS
30,775 1 0 0 30,775
200259-GLICOLIC-H LOCION CAJA 60 M
L
145,934 2 0 0 291,868
024125-REDOXON TOTAL T. EFERVESCEN
TES NARANJA TUBO 3 X 10 UNDS
52,239 1 0 0 52,239
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100
MCG CAJA X 50 UNDS
10,100 2 0 0 20,200
129406-KEPPRA (LEVETIRACETAM) (RG)
TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
44,100 6 0 0 264,600
529765-SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS
.
13,920 5 0 0 69,600
137002-ALLEGRA COMPRIMIDOS 180 MG
CAJA X 10 UNDS
120,890 12 0 0 1,450,680
385851-VOLTAREN FORTE EMULGEL CAJA
100 G
103,760 2 0 0 207,520
115509-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D
3) TABLETAS 7000UI CAJA X 12 UNDS
54,672 3 0 0 164,016
404472-ANEXIA TABLETAS 120 MG CAJA
X 7 UNDS
9,849 2 0 0 19,698
100218-CIRCADIN INST. TABLETAS 2 M
G CAJA X 30 UNDS
218,970 6 0 0 1,313,820
221148-LIVIAL (RG) TABLETAS 2.5 MG
CAJA X 30 UNDS
35,460 2 0 0 70,920
377184-ENTEROGERMINA PLUS AMPOLLAS

70,395 9 0 0 633,555
116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALU
RON RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
72,880 5 0 0 364,400
107350-BEDOYECTA-TRI J.PRELLENADA.
CAJA 2 ML
30,803 3 0 0 92,409
116500-EPAX EC INST. CAPSULAS CAJA
X 30 UNDS
21,900 2 0 0 43,800

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 5,090,100
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 5,090,100
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 69,759 13,254
EXCLUIDAS: 5,007,086 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO--6906
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ GOMEZ GLORIA PATRICIA
CC 42999897
CR 46B # 74 S - 24 INTERIOR401 SA
BANETA
TELEFONO: 3065637
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---

OBS:

CUFE: b7ee316dca136eb20a0d2c4f01a2
626fae3c80afc7521ea224350b6bf35b78
9909100452f85aa71c25b0331b35c17336

334

375

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116
307
FECHA: 18-07-2025 18:02
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159726
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

FACTURA AFECTADA
POR NOTA CREDITO

024125-REDOXON TOTAL T. EFERVESCEN
TES NARANJA TUBO 3 X 10 UNDS
52,239 2 0 0 104,477
115600-ACIDO FOLICO ECAR INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 100 UNDS
15,600 0 30 0 4,680
116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALU
RON RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
72,880 5 0 0 364,400

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 473,557
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 473,557
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 87,796 16,681
EXCLUIDAS: 369,080 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6906
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ GOMEZ GLORIA PATRICIA
CC 42999897
CR 46B # 74 S - 24 INTERIOR401 SA
BANETA
TELEFONO: 3065637
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

376

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Gloria Patricia Sánchez Gómez identificado con cédula número 42991807, 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 Patricia Gómez

FECHA 17-09-2025 9:30 pm.

Faltan. Redoxon 2 cajas

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 048a2dd5d6490bd56bfb548f7b3d
6b55ac3412 3d6adbea0e15b782 1bcbbe2e
[illegible]

**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ZINC 200MG FCX100CAP | ZINC GLUCONATO 200MG Tableta | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DIARIA , ENTREGAR DE 120 MGR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GLICOLIH 10% LOC FCOX60ML | GLICOLICO ACIDO 10GHIDROQUINONA 2G | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 APLICAR | TÓPICA | CADA SEMANA | 90 |

APLICAR 3 VECES A LA SEMANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| REDOXC 1G TBOX10 TE | ASCORBICO ACIDO 1G TE | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EGOGYM 1000 UI CJX30CAPS | DL-ALFATOCOFERIL ACETATO 1000UI Cápsula de gelatina | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ZINC 200MG FCX100CAP | ZINC GLUCONATO 200MG Tableta | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DIARIA , ENTREGAR DE 120 MGR

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| GLICOLIH 10% LOC FCOX60ML | GLICOLICO ACIDO 10GHIDROQUINONA 2G | FRASCO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 APLICAR | TÓPICA | CADA SEMANA | 90 |

APLICAR 3 VECES A LA SEMANA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| REDOXC 1G TBOX10 TE | ASCORBICO ACIDO 1G TE | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| EGOGYM 1000 UI CJX30CAPS | DL-ALFATOCOFERIL ACETATO 1000UI Cápsula de gelatina | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 DIARIAMENTE

| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN AYUNAS D E LUNES A SABADO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| KEPPRA 500MG CJX30TAB | LEVETIRACETAM 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| BEDOYECTA 100-50-10MG/2ML INY CJX1JENG | VITAMINA B1 100MGVITAMINA B6 | AMPOLLA | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 90 |

ENCADRA INTRAMUSCULAR CADA MES

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN AYUNAS D E LUNES A SABADO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| KEPPRA 500MG CJX30TAB | LEVETIRACETAM 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

2 AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIEN |

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

1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| BEDOYECTA 100-50-10MG/2ML INY CJX1JENG | VITAMINA B1 100MGVITAMINA B6 | AMPOLLA | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA MES | 90 |

ENCADRA INTRAMUSCULAR CADA MES

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ALLEGRA 180MG CJX10COMP | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 180MG | TABLETAS | CIENTO VEIN |

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

1 maximo 2 al dia segun indicacion de dermatologia , no mas de 5 dias

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G | DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

1 vez al dia en area dolorosa

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 36 |
|---|---|---|---|
| NUEVI D 7000UI TR CJX12TR | VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta | CÁPSULA | TREINTA Y S |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

3 SEMANALES

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

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

1 diaria no mas de 3 dias

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120 |
|---|---|---|---|
| ALLEGRA 180MG CJX10COMP | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 180MG | TABLETAS | CIENTO VEIN |

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

1 maximo 2 al dia segun indicacion de dermatologia , no mas de 5 dias

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2 |
|---|---|---|---|
| VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G | DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel | TUBO | DOS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 APLICAR | TÓPICA | CADA 24 HORAS | 90 |

1 vez al dia en area dolorosa

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 36 |
|---|---|---|---|
| NUEVI D 7000UI TR CJX12TR | VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta | CÁPSULA | TREINTA Y S |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

3 SEMANALES

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

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

1 diaria no mas de 3 dias

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| CIRCADIN 2MG TCP CJX30TAB | MELATONINA 2MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

2 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 5mg TAB CJX100TAB | FOLICO ACIDO | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

2 semanales

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EPAX EC 60% CJX30CAP | OMEGA 3 ACIDOS 60% Cápsula | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

1 DIA POR MEDIO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LIVIAL 2.5MG CJX30TAB | TIBOLONA 2.5MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

TOMAR 1 TABELTA DIA POR MEDIO

| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180 |
|---|---|---|---|
| CIRCADIN 2MG TCP CJX30TAB | MELATONINA 2MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | CIENTO OCH |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

2 en la noche

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30 |
|---|---|---|---|
| ACIDO FOLICO 5mg TAB CJX100TAB | FOLICO ACIDO | TABLETAS | TREINTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 2 TABLETA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

2 semanales

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| EPAX EC 60% CJX30CAP | OMEGA 3 ACIDOS 60% Cápsula | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 CÁPSULA | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

1 DIA POR MEDIO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60 |
|---|---|---|---|
| LIVIAL 2.5MG CJX30TAB | TIBOLONA 2.5MG Tableta | TABLETAS | SESENTA |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

TOMAR 1 TABELTA DIA POR MEDIO

| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |
|---|---|

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 45 |
|---|---|---|---|
| ENTEROGERMINA PL.4000MILL SSN CJX5FCO5ml | ESPORAS BACILLUS CLAUSII 4000MILLESP Suspensión | AMPOLLA | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 AMPOLLAS | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

TOMA R 1 DIA POR MEDIO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 5 |
|---|---|---|---|
| LAGRICEL 4MG/ML SHN CJX20AMP OFT | HIALURONATO SODIO 4MG Solución | CAJA | CINCO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 3 HORAS | 90 |

1 GOTA EN CADA OJO CADA 3 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01


**No. de Orden 6906**

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ | Documento | 42999897 |
| No. Carné | 15317879 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 45 |
|---|---|---|---|
| ENTEROGERMINA PL.4000MILL SSN CJX5FCO5ml | ESPORAS BACILLUS CLAUSII 4000MILLESP Suspensión | AMPOLLA | CUARENTA Y |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 3 AMPOLLAS | ORAL | CADA SEMANA | 90 |

TOMA R 1 DIA POR MEDIO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 5 |
|---|---|---|---|
| LAGRICEL 4MG/ML SHN CJX20AMP OFT | HIALURONATO SODIO 4MG Solución | CAJA | CINCO |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 3 HORAS | 90 |

1 GOTA EN CADA OJO CADA 3 HORAS

| | |
|---|---|
| Nombre Funcionario: | LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ |

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

**Fecha de vencimiento:** 23/07/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116
325
FECHA: 18-07-2025 18:57
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159744
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIA:

---

100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. IN
ST. POLVO CAJA X 30 UNDS
21,960 3 0 0 65,880
093325-VITAMINA B-12 1CC AMPOLLAS
1000 MCG CAJA X 1 UND
1,275 6 0 0 7,650
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 7 6 0 272,520
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
17,600 2 0 0 35,200

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 448,480
---------[FORMAS DE PAGO]---------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 448,480
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 448,480 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO 6930
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HINCAPIE DE DUQUE LUZ ELENA
CC 32344964
CL 48 SUR # 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

388

**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 18-07-2025

Antonio J Duque M.
CC 3514920
Tel 2464152

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL ,

OBS:

CUFE: 80bbb14d38bf4416c81c090fda86e8a36e898882beb36f4ea58cdf2a1b9fafa04687d5bdfa631a840ae3617a043e62f72

No. de Orden
6930

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | LUZ ELENA HINCAPIE DE DUQUE | Documento | 32344964 |
| amé | 3514920 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| ción | CLL 48SUR 39-60 ENVIGADO | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| SULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

mañana por 1 año

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| CIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6 |
|---|---|---|---|
| INA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | SEIS |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| OLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA SEMANA | 90 |

ra intramuscular cada semana por 1 mes y luego cada mes por 1 año

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| SCON MENT DOBL ACCION SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| OBRE | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

sintomas

bre Funcionario: ANTONIO DUQUE MARIN

PATRICIA LOPEZ YEPES
1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Antonio J. Duque
Documento: 3514920
Télefono: 2764454

**e vencimiento:** 30/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6930

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ELENA HINCAPIE DE DUQUE | Documento | 32344964 |
| No. Carné | 3514920 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 48SUR 39-60 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | NOVENTA |

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

1 en la mañana por 1 año

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | NOVENTA |

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

1 sobre diariamente

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6 |
|---|---|---|---|
| VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | SEIS |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 AMPOLLAS | INTRAMUSCULAR | CADA SEMANA | 90 |

en cadera intramuscular cada semana por 1 mes y luego cada mes por 1 año

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML | ALGINATO sodio + CARBONATO calcio + | SOBRE | NOVENTA |

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

si hay sintomas

Nombre Funcionario: ANTONIO DUQUE MARIN

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Antonio J. Duque
Documento: 3514920
Télefono: 2764454

**Fecha de vencimiento:** 30/05/25

GTH-F-005 V.01


389

No. de Orden
6930

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | LUZ ELENA HINCAPIE DE DUQUE | Documento | 32344964 |
| arné | 3514920 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| ción | CLL 48SUR 39-60 ENVIGADO | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| OX® 75 MCG CAJA POR 25 TAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | CIEN |

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

a s de lunes a sabado

re Funcionario: ANTONIO DUQUE MARIN

Recibido Por:

Firma: Antonio J Duque
Documento: 3514920
Télefono: 2764454

ATRICIA LOPEZ YEPES
307-96

vencimiento: 30/05/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
6930

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | LUZ ELENA HINCAPIE DE DUQUE | Documento | 32344964 |
| No. Carné | 3514920 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CLL 48SUR 39-60 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100 |
|---|---|---|---|
| EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | CIEN |

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

en ayuna s de lunes a sabado

Nombre Funcionario: ANTONIO DUQUE MARIN

Recibido Por:

Firma: Antonio J Duque
Documento: 3514920
Télefono: 2764454

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 30/05/25

GTH-F-005 V.01


39

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328116
316
FECHA: 18-07-2025 18:35
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1159735
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600283-LATANOX INST.(RG) CF SOLUC
ION OFTALMICA 0.05 MG/ML CAJA 2.5 ML
20,670 3 0 0 62,010
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,504 3 0 0 25,512
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
28,950 3 0 0 86,850
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
59,400 0 60 0 3,960
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930
100280-ARTRODAR INST.(RG) DIACEREI
NA TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
27,390 3 0 0 82,170
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 9 0 0 79,290

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 382,722
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 382,722
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 382,722 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-6950
NIT: 899999034-1

394

**SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

**REGIONAL ANTIOQUIA**

**Certificación recibo a satisfacción**

Yo Mirelly Tabares A. identificado con cédula número 32396632, 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 18-7-25

CUFE: ffbee499614434adba38bed37e51
5433e92e860b5ea2bf20c1b0aa52cf255a
ad35c3e56e52166330bed212cae1c3cf88e

OBS: Mirelly Tabares A. CC 32396632

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 3127285342
LLE BLOQUE 6 APTO 318
CL 32 SUR # 47 - 46 PORTAL DEL VA
CC 32396632
TABARES DE GUILLEN MICELLY DE JESUS
DATOS DEL CLIENTE:

No. de Orden
6950

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN | Documento | 32396632 |
| arné | 508035 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| ción | CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| **OX 0.05MG/ML SO FCOX5ML** | **LATANOPROST 0.05MGML SO** | FRASCO | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| TA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

EN LA NOCHE EN CADA OJO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| **EN 0.5% SO FCOX15ML** | **CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO** | FRASCO | TRES |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| TA(S) | OFTÁLMICA | CADA 8 HORAS | 90 |

ES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **AGEL 315mg/200UI TNR TAB** | **CALCIO CITRATO VITAMINA D3** | TABLETAS | NOVENTA |

| osis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

IA

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

| osis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| BLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

TABELTA DIARIA

nbre Funcionario: GABRIEL GUILLEN CHICA

A PATRICIA LOPEZ YEPES

-1607-96

Recibido Por:

Firma:

Documento: 32396632

Télefono: 6043315090

de vencimiento: 17/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6950

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN | Documento | 32396632 |
| No. Carné | 508035 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| **LATANOX 0.05MG/ML SO FCOX5ML** | **LATANOPROST 0.05MGML SO** | FRASCO | TRES |

| Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| 1 GOTA(S) | OFTÁLMICA | CADA 24 HORAS | 90 |

1 GOTA EN LA NOCHE EN CADA OJO

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3 |
|---|---|---|---|
| **FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML** | **CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO** | FRASCO | TRES |

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

3 VECES AL DIA

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| **CITRAGEL 315mg/200UI TNR CJX90TAB** | **CALCIO CITRATO VITAMINA D3** | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 DIARIA

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

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

MEDIA TABELTA DIARIA

Nombre Funcionario: GABRIEL GUILLEN CHICA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:

Documento: 32396632

Télefono: 6043315090

Fecha de vencimiento: 17/07/25

GTH-F-005 V.01

395

No. de Orden
6950

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| iario | MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN | Documento | 32396632 |
| mé | 508035 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| ión | CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO | | |
| nal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| STATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

N LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| DAR 50MG CJX30CAP | DIACERREINA 50MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | NOVENTA |

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

MAÑANA

bre Funcionario: GABRIEL GUILLEN CHICA

PATRICIA LOPEZ YEPES
607-96

**Recibido Por:**
Firma: Micelly Tabares A.
Documento: 32396632
Télefono: 6043315090

**e vencimiento:** 17/07/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
6950

SENA

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN | Documento | 32396632 |
| No. Carné | 508035 - C | Fecha autorización | 12/07/25 |
| Dirección | CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA |

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

MK 1 EN LA NOCHE

| Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90 |
|---|---|---|---|
| ARTRODAR 50MG CJX30CAP | DIACERREINA 50MG Cápsula de cubierta dura | TABLETAS | NOVENTA |

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

1 EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario: GABRIEL GUILLEN CHICA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
**RM:** 5-1607-96

**Recibido Por:**
Firma: Micelly Tabares A.
Documento: 32396632
Télefono: 6043315090

**Fecha de vencimiento:** 17/07/25

GTH-F-005 V.01

394

No. de Orden
7090

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| ciario | MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN | Documento | 32396632 |
| arné | 508035 - C | Fecha autorización | 16/07/25 |
| ción | CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO | | |
| onal | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

| sis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento |
|---|---|---|---|
| LETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90 |

MAÑANA POR 3 MESE S Y SUSPENDER

bre Funcionario: GABRIEL GUILLEN CHICA

PATRICIA LOPEZ YEPES
1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Micelly Tabares A.
Documento: 32396632
Télefono: 6043315090

e vencimiento: 30/07/25

GTH-F-005 V.01


No. de Orden
7090

## FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beneficiario | MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN | Documento | 32396632 |
| No. Carné | 508035 - C | Fecha autorización | 16/07/25 |
| Dirección | CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO | | |
| Regional | ANTIOQUIA | Vigencia | 2025 |

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

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

1 EN LA MAÑANA POR 3 MESE S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario: GABRIEL GUILLEN CHICA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

**Recibido Por:**

Firma: Micelly Tabares A.
Documento: 32396632
Télefono: 6043315090

**Fecha de vencimiento:** 30/07/25

GTH-F-005 V.01


399