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: E328124
241
FECHA: 23-08-2025 12:12
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1167671
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

155047-MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJ
A X 1 UND
18,741 1 0 0 18,741

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 18,741
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 18,741
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 18,741 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-7573
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ ADRIANA
CC 51982143
TV 34B # 31E - 11 AT 202
TELEFONO: 3214108037
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: f1469beb747f598c05ee1e13d83a
32e5cfc5917177242d0d0fbef6e4c3454e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo ADRIANA GOMEZ ACEVEDO identificado con cédula número 51982143, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 23/08/25

51982143

cedfa5dc5607Obab7129ecf8a92d4673cd

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
ADRIANA MARIA GOMEZ ACEVEDO
No. Carné 79461756-C

D.I. 55394248

Fecha **22 AGOSTO 2025**

FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo (MONURIL 3G GDO SOBX8G)	**VIA ORAL: TOMAR EN DOSIS ÚNICA**	**01 SOB**	**UNO**
FORMULA ÚNICA (SI no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	COMPLEMENTO FÓRMULA SPU		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 7573

51.982143

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: E328122
720
FECHA: 16-08-2025 13:20
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1166148
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132055-PREDNISOLONA GENFAR INST. T
ABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
10,800 0 40 0 1,440

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,440
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,440
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,440 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-8156
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
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Isabel Posada identificado con cédula número 32432705 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA María Isabel Posada a

FECHA agosto 16 2025

CUFE: e542b894fd71a255ae8781 3a9089
43a4393424 9f2cbdec9150775 98fa079d0
1e963 6a3c46abf32765f0372e652e773a7a

No. de Orden
8156

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

ficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
Carné	8256359 - C	Fecha autorización	11/08/25
cción	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
gional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
BETASOL PROPIO/CR 0.05% 40GM	CLOBETASOL PROPIONATO 0.5MGG Crema	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
PLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	10

AR EN BORDE 1 VEZ AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
NISOLONA 5MG CJX30TAB	PREDNISOLONA 5MG Tableta	TUBO	CUARENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
ABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	10

R DESPUES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario: FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

IA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

de vencimiento: 26/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8156

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
No. Carné	8256359 - C	Fecha autorización	11/08/25
Dirección	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CLOBETASOL PROPIO/CR 0.05% TBOX40GM	CLOBETASOL PROPIONATO 0.5MGG Crema	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	10

APLICAR EN BORDE 1 VEZ AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB	PREDNISOLONA 5MG Tableta	TUBO	CUARENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
4 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	10

TOMAR DESPUES DEL DESAYUNO

María Cecilia Posada a

Nombre Funcionario: FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

Recibido Por:

Firma: Mª Cecilia Posada
Documento: 32432705
Télefono: 3154677773

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 26/08/25

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: E328122
103
FECHA: 13-08-2025 18:41
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1165528
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 3 0 0 168,300
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 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 1 40 0 139,590
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 2 0 0 125,934
861143-WELLFLEX TABLETAS CAJA X 60
UNDS
82,560 2 0 0 165,120
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
8,800 1 0 0 8,800
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
17,600 1 0 0 17,600

---------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 668,274
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 668,274
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	528,684	0
EXENTAS:	139,590	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: DOMICILIO-8320
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dolly Alzate de Rios identificado con cédula número 21355155 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 Dolly Alzate de Rios

FECHA 13 agosto 2025

OBS: Dolly Alzate de Rios 21355155

CUFE: f4aacd5e9984d46d0a8ce04b2bbc3609 1f3d73b599a0d59b10ad0db2979d03d3253b7c5e1cb3849a836a62d1309 3eb97

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0

PROVEEDOR TECNOLOGICO:

ALZATE DE RIOS DOLLY
CC 21355155

OISTRIBUIDOkA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGAOO)
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
OE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEOORES RES 1366 11/01/1989
RETENEOORES OE IVA

FACT. ELECTRONICA OE VENTA: E328123
834
FECHA: 21-08-2025 15:46
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIOY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1167264
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213363-OLMESARTÁN MEDOXOMIL MK (RG
) TABLETA 40 MG CAJA X 30 UNDS
37,900 3 0 0 113,700

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 113,700
----------[FORMAS OE PAGO]----------
MEOIO OE PAGO: CREOITO 113,700
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
OESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIOAS: 113,700 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-8320
NIT: 899999034-1
OATOS OEL CLIENTE:
ALZATE DE RIOS OOLLY
CC 21355155
CL 27A SUR # 47 - 55 ED SUDADELA
SAN LUCAS AP 1209 TORRE 3
TELEFONO: 3639964
POLITICA OE PROTECCION OE OATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS OEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIOAO
MEOI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dolly Alzate de Rios identificado con cédula número 21355155, 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 Dolly Alzate de Rios

FECHA 21 agosto 2025

Dolly Alzate de Rios
OBS: 21355155
CUFE: bfe3cb9264 1fc119163123b699aa
23a6c8e72c776ccd7bcde7a83d7b886b6
d9ec124 2b466df96bea0974 6c1485e9e6

No. de Orden
8320

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

ficiario	DOLLY ALZATE DE RIOS	Documento	21355155
Carné	71589645 - A	Fecha autorización	13/08/25
cción	Calle 27 A Sur N 47 ¿ 55 Torre 3 Apto 1209		
ional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
TEC 40MG CJX30TAB	OLMESARTAN MEDOXOMILO 40MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

osis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
BLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

R CADA 24 HORAS. ENTREGAR COMERCIAL DISPONIBLE, O EN SU DEFECTO, GENÉRICO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
BON D 800UI TNR FCOX30 TAB	CALCIO CITRATO VITAMINA D3	TABLETAS	NOVENTA

osis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
BLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

R CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
VASTATINA 20MG CJX30TAB	ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

osis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
BLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

EGAR DE MK. TOMAR CADA NOCHE

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

osis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
BLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

R CADA 24 HORAS POR DOLOR

nbre Funcionario:	LEONEL RIOS ALZATE

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

Recibido Por:

Firma: Dolly Alzate de Rios
Documento: 21355155
Télefono:

de vencimiento: 27/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8320

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	DOLLY ALZATE DE RIOS	Documento	21355155
No. Carné	71589645 - A	Fecha autorización	13/08/25
Dirección	Calle 27 A Sur N 47 ¿ 55 Torre 3 Apto 1209		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
OLMETEC 40MG CJX30TAB	OLMESARTAN MEDOXOMILO 40MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS. ENTREGAR COMERCIAL DISPONIBLE, O EN SU DEFECTO, GENÉRICO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	CALCIO CITRATO VITAMINA D3	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
ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB	ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA NOCHE

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 24 HORAS	90

TOMAR CADA 24 HORAS POR DOLOR

Nombre Funcionario:	LEONEL RIOS ALZATE

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Dolly Alzate de Rios
Documento: 21355155
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8320

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

ficiario	DOLLY ALZATE DE RIOS	Documento	21355155
Carné	71589645 - A	Fecha autorización	13/08/25
cción	Calle 27 A Sur N 47 ¿ 55 Torre 3 Apto 1209		
ional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 50
ROX® 50 MCG CAJA X 2S ETAS	LEVOTIROXINA SODICA S0mcg	TABLETAS	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
osis BLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

R UNA INTERDIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, ALTERNANDO CON TIROXINA D

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 50
ROX® 7S MCG CAJA POR 2S ETAS	LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG	TABLETAS	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
osis BLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

R UNA INTERDIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, ALTERNANDO CON TIROXINA D

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
osis OTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	90

AR UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA POR NECESIDAD

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
LEX TR FCOX60TAB	GLUCOSAMINA SULFATO 2KCL 750MGCONDROITINA	TABLETAS	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
osis BLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

R CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

nbre Funcionario: LEONEL RIOS ALZATE

LAURA BUENO ARIZA
-0116-07

Recibido Por:
Firma: Dolly Alzate de Rios
Documento: 21355155
Télefono:

de vencimiento: 27/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8320

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	DOLLY ALZATE DE RIOS	Documento	21355155
No. Carné	71589645 - A	Fecha autorización	13/08/25
Dirección	Calle 27 A Sur N 47 ¿ 55 Torre 3 Apto 1209		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 50
EUTIROX® S0 MCG CAJA X 2S TABLETAS	LEVOTIROXINA SODICA S0mcg	TABLETAS	CINCUENTA

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

TOMAR UNA INTERDIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, ALTERNANDO CON TIROXINA D

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 50
EUTIROX® 7S MCG CAJA POR 2S TABLETAS	LEVOTIROXINA SÓDICA 7SMCG	TABLETAS	CINCUENTA

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

TOMAR UNA INTERDIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, ALTERNANDO CON TIROXINA D

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CARMELUB TEARS SO FCOX1SML	CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO	FRASCO	TRES

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

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA POR NECESIDAD

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
WELLFLEX TR FCOX60TAB	GLUCOSAMINA SULFATO 2KCL 7S0MGCONDROITINA	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Nombre Funcionario: LEONEL RIOS ALZATE

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Dolly Alzate de Rios
Documento: 21355155
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/08/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
[illegible]941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053[illegible]3
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1[illegible]000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328122
719
FECHA: 16-08-2025 13:18
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1166147
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

375134-DERMOVATE UNGUENTO CAJA 40
G
89,997 1 0 0 89,997

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 89,997
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 89,997
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 89,997 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-8406
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
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Lucelia Posada identificado con cédula número 32432705 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA María Lucelia Posada

FECHA agosto 16- 2025

OBS:

CUFE: c11001a31da f07a2846d7bbc101f
462aaadc55fe76ed661df6b249fd67083 8
7aa2202245d4fb8408 2e84ca2826a3f3083

10

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

Beneficiario
MARIA CECILIA ACEVEDO — **CC . 32432705**

Fecha 14 08 2025

		Cantidad
CLOBETASOL UNGÜENTO 0.05%(DERMOVATE)	**APLICAR EN LA NOCHE POR 10 DIAS**	**1 UNO**
TRANSCRIPCION DE DERMATOLOGIA		

Firma y Sello del Médico

CODIGO 8406

Maira Cecilia Posada a
32432705

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: E328122
716
FECHA: 16-08-2025 13:10
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1166144
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 60 UN
DS
32,100 1 0 0 32,100
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
28,950 4 0 0 115,800

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 147,900
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 147,900
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 147,900 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-8520
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS DE BERNAL GLORIA
CC 37795854
CL 65 SUR # 42B - 14 AP 306 T2 PA
SEO SAN FRANCISCO
TELEFONO: 3153504745
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistemá POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: e8a43d80f66cc819cc585253caa0
ee23bfa34c7eac38aa1336138518980aa0
63c80c8596fa1fa2656643f9e722766cc1

[redacted]

[redacted]

98.575.368.

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Edgar Velez U identificado con cédula número 98575368, 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 Edgar Velez U

FECHA 16-08-2025

No. de Orden 8520

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA VARGAS DE BERNAL	Documento	37795854
No. Camé	8216918 - A	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	Cra 1 Manzana G Casa No. 17 Ciudad Bolívar		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

OMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
TRAGEL 315MG+200UI CJX30TB	CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

OMAR UNA CADA 12 HORAS (7 AM - 7 PM)

Nombre Funcionario:	HAROLD DE JESUS BERNAL OCHOA

NDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono: 3232961134

ha de vencimiento: 30/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8520

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA VARGAS DE BERNAL	Documento	37795854
No. Camé	8216918 - A	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	Cra 1 Manzana G Casa No. 17 Ciudad Bolívar		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB	CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

TOMAR UNA CADA 12 HORAS (7 AM - 7 PM)

Nombre Funcionario:	HAROLD DE JESUS BERNAL OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 98575216
Télefono: 3232461134

Fecha de vencimiento: 30/08/25

GTH-F-005 V.01

12

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: E328124
275
FECHA: 23-08-2025 14:44
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1167705
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255607-PREDIAL LEX TABLETAS 500 MG
CAJA X 30 UNDS
73,726 3 0 0 221,178

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 221,178
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 221,178
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 221,178 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-8592
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MU╤OZ GLORIA CECILIA
CC 32312593
CL 45 SUR # 41 - 130 URB SAN LUCA
R DE BARRAMEDA, BL
TELEFONO: 6128537
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: 5ccf9273644dd271f5203491450c
af71a34bf7aa1c0d63e3d3644eb9162864
833fe2d8170debd254d91dbcb27eb05ac9

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo LUIS JARAMILLO Q. identificado con cédula número 12116-541, 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 24 AGOSTO 2025

No. de Orden
8592

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

neficiario	GLORIA CECILIA MUNOZ DE ARROYAVE	Documento	32312593
o. Carné	8388424 - C	Fecha autorización	19/08/25
irección	CRA 40 NRO 40F SUR 75 ENVIGADO		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 80
MET G-TAB 500 MG CJAX40TAB	METFORMINA 500MG	TABLETAS	OCHENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	80

AR CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO

Nombre Funcionario: JAIME ALONSO ARROYAVE MUNERA

IDY LAURA BUENO ARIZA
:91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1211654
Télefono: 3004705940

a de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8592

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA CECILIA MUNOZ DE ARROYAVE	Documento	32312593
No. Carné	8388424 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 40 NRO 40F SUR 75 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 80
G-MET G-TAB 500 MG CJAX40TAB	METFORMINA 500MG	TABLETAS	OCHENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	80

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO

Nombre Funcionario: JAIME ALONSO ARROYAVE MUNERA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1211654
Télefono: 3004705940

Fecha de vencimiento: 03/09/25

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: E328123
843
FECHA: 21-08-2025 16:10
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1167273
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118200-ARCALION INST. TABLETAS 200
MG CAJA X 20 UNDS
20,300 3 0 0 60,900
134012-AZITROMICINA GENFAR TABLETA
S 500 MG CAJA X 3 UND
2,817 1 0 0 2,817
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 1 0 0 8,810
209080-METOCARBAMOL MEMPHIS TABLET
AS 750 MG CAJA X 10 UNDS
4,810 2 0 0 9,620
134065-FLUOXETINA GENFAR CAPSULAS
20 MG CAJA X 10 UNDS
4,640 3 0 0 13,920

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 96,067
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 96,067
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 96,067 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-8736
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
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Elvade J. Arajias identificado con cédula número 21460996, 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 Elvade

FECHA agosto 21 /2025

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 21460996

CUFE: e53c1ac4c963ef5403bc7fa17ba
:4f3a59f31a0a07c78ff14f2a89963d45cd
0ce66a74f3b0103d125557405d6484ccac2

No. de Orden 8736

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ELVA DE JESUS MEJIA SERNA	Documento	21460996
No. Camé	6786352 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 28 NRO 29-85 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
RCALION 200MG FCOX20COM	SULBUTIAMINA 200MG Tableta Recubierta	TABLETAS	SESENTA

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

OMAR CADA 24 HORAS JUNTO CON EL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ZITROMICINA 500MG CJX3TAB	AZITROMICINA DIHIDRATO 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	3

OMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM POR 3 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
IEXOFENADINA 120MG CJX10TAB	FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG	TABLETAS	DIEZ

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

OMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
METOCARBAMOL 750MG CJX20TAB	METOCARBAMOL 750MG Tableta	TABLETAS	VEINTE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	10

OMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Nombre Funcionario:	JOSE ARTURO RAMIREZ RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21460996
Télefono: 3108377236

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8736

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ELVA DE JESUS MEJIA SERNA	Documento	21460996
No. Camé	6786352 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 28 NRO 29-85 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ARCALION 200MG FCOX20COM	SULBUTIAMINA 200MG Tableta Recubierta	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS JUNTO CON EL DESAYUNO

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM POR 3 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB	FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG	TABLETAS	DIEZ

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
METOCARBAMOL 750MG CJX20TAB	METOCARBAMOL 750MG Tableta	TABLETAS	VEINTE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	10

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Nombre Funcionario:	JOSE ARTURO RAMIREZ RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21460996
Télefono: 3108377236

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8736

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ELVA DE JESUS MEJIA SERNA	Documento	21460996
No. Carné	6786352 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 28 NRO 29-85 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
LUOXETINA 20MG CJX10CAPS	FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta	CÁPSULA	TREINTA

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

OMAR CADA 24 HORAS A LAS 8 AM

Nombre Funcionario:	JOSE ARTURO RAMIREZ RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21460996
Télefono: 3108377236

cha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8736

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ELVA DE JESUS MEJIA SERNA	Documento	21460996
No. Carné	6786352 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 28 NRO 29-85 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
FLUOXETINA 20MG CJX10CAPS	FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 8 AM

Nombre Funcionario:	JOSE ARTURO RAMIREZ RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21460996
Télefono: 3108377236

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

17

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: E328124867
FECHA: 26-08-2025 14:50
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1168297
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

257425-SALIVAR NF SPRAY FRASCO 120 ML
50,543 1 0 0 50,543

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 50,543
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 50,543
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 42,473 8,070
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO 8862
NIT: 890[illegible]99034-1
DATOS DEL CLIENTE:
[illegible]ANCHEZ GOMEZ GLORIA PATRICIA
CC 42998897
CR 46B # 74 SUR - 24 INTERIOR401
SABANETA
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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: f2707628bd1507fc0b356b2e361f...
acc769ab766838160a0ffef16013aecbf0
62e782416b3e6668bb7e9ef53757d13187

Cc 42998897

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Patricia Tamba Gómez identificado con cédula número 42.999.897, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 26-08-2025

No. de Orden
8862

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ	Documento	42999897
No. Carné	15317879 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
SALIVAR 175MG SOL FCOX120ML	POTASIO CLORURO 1,2266MGMLMAGNESIO	FRASCO	UN

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

2 VECES AL DIA

Nombre Funcionario:	LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 42.999897
Télefono: 3007734642

Fecha de vencimiento: 09/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8862

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ	Documento	42999897
No. Carné	15317879 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
SALIVAR 175MG SOL FCOX120ML	POTASIO CLORURO 1,2266MGMLMAGNESIO	FRASCO	UN

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

2 VECES AL DIA

Nombre Funcionario:	LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 42.999897
Télefono: 3007734642

Fecha de vencimiento: 09/09/25

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: E328124
864
FECHA: 26-08-2025 14:39
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1168294
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115110-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 40 MG CAJA X 28 UNDS
127,008 2 0 0 254,016

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 254,016
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 254,016
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 254,016 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-8863
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ GOMEZ GLORIA PATRICIA
CC 42999897
CR 46B # 74 SUR - 24 INTERIOR401
SABANETA
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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cristhian Camilo Sáenz Gómez identificado con cédula número 42.999.877, 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 26-08-2025

OBS:

CUFE: 5fa31a0a76282 5e0e9beb331080 2
2685 9c1b94c4045378ccf8dda7806127 1c
b56ee58e83c7883c7a4a77f6b15ef b5db1

No. de Orden
8863

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ	Documento	42999897
No. Carné	15317879 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

< 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42999897
Télefono: 3007736422

ha de vencimiento: 09/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8863

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ	Documento	42999897
No. Carné	15317879 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42999897
Télefono: 3007736422

Fecha de vencimiento: 09/09/25

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: E328125
360
FECHA: 28-08-2025 17:09
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1168790
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

043069-DOMEBORO SOBRES POLVO CAJA
2.2 G X 25
40,275 1 3 0 45,108
132055-PREDNISOLONA GENFAR INST. T
ABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
10,800 0 80 0 2,880
375134-DERMOVATE UNGUENTO CAJA 40
G
89,997 1 0 0 89,997
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. IN
ST. POLVO CAJA X 30 UNDS
21,960 1 0 0 21,960
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICI
NA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
27,480 1 20 0 41,220

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 201,165
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 201,165
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 201,165 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-8963
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
POSADA ACEVEDO MARIA CECILIA
CC 32432705
CL 18A SUR # 38 - 350 CONDADO DE
MARACAI APTO 409
TELEFONO: 3165467773

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo FERNANDO DUQUE identificado con cédula número 8258355, 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 28-08-2025

OBS:

QUFE: 05b20a39f82eeff8a18ece1dfda4
0006487772 26fe069a5d0cb7d197cd597f
99b2498b6d97bc67465 3f844 4b2e f11fad

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

No. de Orden 8963

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
No. Carné	8256359 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
ACETATO DE ALUMINIO CJX25SOB	ALUMINIO SULFATO 51.8MGCALCIO ACETATO	SOBRE	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SOLUCIÓN	TÓPICA	CADA 12 HORAS	14

COMPRESAS 2 VECES AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 80
PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB	PREDNISOLONA 5MG Tableta	TABLETAS	OCHENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
20 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	20

TOMAR 4 TABLETAS DESPUES DEL DESAYUNO HASTA EL PROXIMO CONTROL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DERMOVATE 0.05% UNG TUB40G	CLOBETASOL PROPIONATO 0.5MGG Ungüento	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 COLOCAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	30

EN LA NOCHE EN BORDE D E LESIONES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB	CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI	SOBRE	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	30

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8258357
Télefono: 3145529432

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8963

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO | Documento: 32432705
No. Carné: 8256359 - C | Fecha autorización: 28/08/25
Dirección: CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 28
ACETATO DE ALUMINIO CJX25SOB | ALUMINIO SULFATO 51.8MGCALCIO ACETATO | SOBRE | VEINTIOCHO
Dosis: 1 SOLUCIÓN | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 14
COMPRESAS 2 VECES AL DIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 80
PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB | PREDNISOLONA 5MG Tableta | TABLETAS | OCHENTA
Dosis: 20 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 20
TOMAR 4 TABLETAS DESPUES DEL DESAYUNO HASTA EL PROXIMO CONTROL

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
DERMOVATE 0.05% UNG TUB40G | CLOBETASOL PROPIONATO 0.5MGG Ungüento | TUBO | UN
Dosis: 1 COLOCAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
EN LA NOCHE EN BORDE D E LESIONES

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB | CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI | SOBRE | TREINTA
Dosis: 1 SOBRE | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 8258357
Télefono: 3145529432
Fecha de vencimiento: 10/09/25
GTH-F-005 V.01

23

No. de Orden 8963

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
No. Carné	8256359 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

AL DIA

Nombre Funcionario:	FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8256359
Télefono: 3163729432

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8963

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
No. Carné	8256359 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

2 AL DIA

Nombre Funcionario:	FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8256359
Télefono: 3163729432

Fecha de vencimiento: 10/09/25

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: E354150
959
FECHA: 22-08-2025 16:05
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1289545
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

177606-PARALGEN MAX TABLETAS CAJA
X 10 UNDS
63,089 2 0 0 126,178

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 126,178
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 126,178
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	126,178	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: No 8816
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS IBARRA MARIA VIRGINIA
CC 39400910
CR 61 # 33 - 51 BAHIA GRANDE-ITA
GUI APT-1307
TELEFONO: : 3116486307
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: CC. 71.939.570

CUFE: dfcb903377d79e86bc1e357112c2
cfa25bc06473e8d18c8d39f515874dca1c
3d818f6071873a5fd3e1d5e7d9fed7b9dc



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alexander Berrio M identificado con cédula número 71.939.570, 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 22-08-2025

No. de Orden
8816

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA VIRGINIA VARGAS IBARRA	Documento	39400910
No. Carné	71981454 - A	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	VEREDA SAN JOSE DE LAS CUCHILLAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
PARALGEN MAX 600/8MG CJX10TAB	I B U P R O F E N O 600MGTIOCOLCHICOSIDO	TABLETAS	VEINTE

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

3 AL DIA SOLO POR 5 DIA S

Nombre Funcionario:	FERNANDO CLAVER LONDONO VARGAS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71.939.570
Télefono: 3146621019

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8816

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA VIRGINIA VARGAS IBARRA	Documento	39400910
No. Carné	71981454 - A	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	VEREDA SAN JOSE DE LAS CUCHILLAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
PARALGEN MAX 600/8MG CJX10TAB	I B U P R O F E N O 600MGTIOCOLCHICOSIDO	TABLETAS	VEINTE

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

3 AL DIA SOLO POR 5 DIA S

Nombre Funcionario:	FERNANDO CLAVER LONDONO VARGAS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71.939.570
Télefono: 3146621019

Fecha de vencimiento: 06/09/25

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: E354152
062
FECHA: 26-08-2025 10:23
VENDEDOR: LUZ ENEYDA CORREA BECERRA
SECUENCIA: 1290648
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

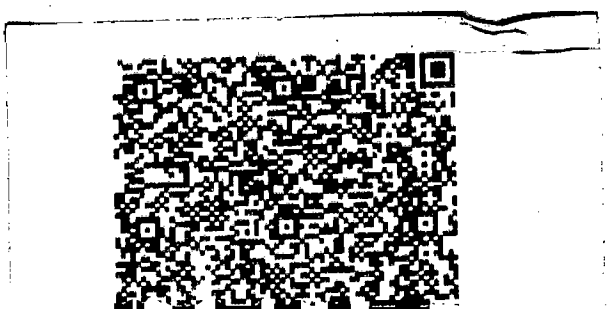
212330-TRAVAD ORAL LIQUIDO LIMON F
RASCO 133 ML
7,924 1 0 0 7,924

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 7,924
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 7,924
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 7,924 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: No 8879
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS IBARRA MARIA VIRGINIA
CC 39400910
CR 61 # 33 - 51 BAHIA GRANDE-ITA
GUI APT-1307
TELEFONO: : 3116486307
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: cc. 71.939.570
cel: 3146621019

CUFE: 2f0060b00ef691dd8381773bc5e9
a61b487d07f2eb04941bfbee61d033630d
fa080934c1671c706de13e74e464f08cfe



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alexander Berrio V. identificado con cédula número 71939570, 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 26-08-25

No. de Orden
8879

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA VIRGINIA VARGAS IBARRA	Documento	39400910
No. Carné	71981454 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	VEREDA SAN JOSE DE LAS CUCHILLAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
TRAVAD ORAL 6-16G SOL FCOX133ML	**SODIO FOSFATO BASICO 160MGMLSODIO FOSFATO**	GRAGEA	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TOMAR	ORAL	DOSIS ÚNICA	1

TOMAR LA NOCHE ANTERIOR AL EXAMEN

Nombre Funcionario:	FERNANDO CLAVER LONDONO VARGAS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: F1.939570
Télefono: 3146621019

Fecha de vencimiento: 09/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8879

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA VIRGINIA VARGAS IBARRA	Documento	39400910
No. Carné	71981454 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	VEREDA SAN JOSE DE LAS CUCHILLAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
TRAVAD ORAL 6-16G SOL FCOX133ML	**SODIO FOSFATO BASICO 160MGMLSODIO FOSFATO**	GRAGEA	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TOMAR	ORAL	DOSIS ÚNICA	1

TOMAR LA NOCHE ANTERIOR AL EXAMEN

Nombre Funcionario:	FERNANDO CLAVER LONDONO VARGAS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: F1.939570
Télefono: 3146621019

Fecha de vencimiento: 09/09/25

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: E333185
820
FECHA: 19-08-2025 20:17
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2160693
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115108-FEXOFENADINA MK INST. JARAB
E 30 MG FRASCO 150 ML
41,737 2 0 0 83,474
130058-B-CORT NIÑOS AEROSOL 50 MCG
CAJA 200 DOSIS
208,263 2 0 0 416,526
622006-ADOREM NIÑOS JARABE 150 MG
FRASCO 120 ML
18,098 1 0 0 18,098
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL)
INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
14,286 1 0 0 14,286

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 532,384
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 532,384
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 532,384 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8585-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS OCHOA YOSSEF
TI 55394248
DG 52 # 20 - 150 INT 1906 NAVAR
RA BELLO
TELEFONO: 3137977018
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 Alex Henao

3044699135

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alex Heneo identificado con cédula número 1037269695, 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 Alex Heneo

FECHA 22-08-2025

SENA

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

Versión: 01
Código: GTH-F-005

D.I. 55394248

Beneficiario
YOSSEF VARGAS OCHOA
No. Carné 9805937-G

Fecha **19 AGOSTO 2025**

FEXOFENADINA CLORHIDRATO 0.006MGML Suspensión (FEXOFENADINA 30MG/5ML FCOX150ML)	**VIA ORAL: DAR 2.5 CC CADA 24 H POR TRES MESES**	**02 FCO**	**DOS**
BUDESONIDA 50µGD Solución (BUDESONIDA 50MCG/DOS AER INH BUC 200DOSIS)	**VIA INHALATORIA: HACER DOS PUFF CADA 12 HORAS POR TRES MESES. ENJUAGAR SIEMPRE LABOCA DESPUÉS DE LOS PUFF**	**02 FCO**	**DOS**
ACETAMINOFEN 30MGML Solución Jarabe (ACETAMINOFEN 150MG/5ML JAR FCOX90ML)	**VIA ORAL: DAR 6 CC CADA 6 HORAS POR TRES DÍAS EN CASO DE FIEBRE**	**01 FCO**	**UNO**
SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol (SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS)	**VIA INHALATORIA: HACER CUATRO PUFF CADA 6 HORAS POR SIETE DÍAS.**	**01 FCO**	**UNO**
FORMULA POR TRES MESES (SI no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN PEDIATRÍA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Alex Herrera
1037269495

CODIGO 8585

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: E333185817
FECHA: 19-08-2025 20:05
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2160690
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116515-FENOVAS INST. ACID. .ENO+RO
SUV CAPSULAS BLANDAS 20MG/135MG CAJA
80,550 3 0 0 241,650
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X (
32,100 1 30 0 48,150
067036-DICVAN TABLETAS 80 MG CAJA
X 28 UNDS
22,344 3 0 0 67,032
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 3 0 0 36,180
832500-VICTOZA CF (RG) SOLUCION IN
YECTABLE 6 MG CAJA 3 ML X 1
173,609 6 0 0 1,041,654
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
8,800 2 0 0 17,600

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,452,266
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,452,266
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,452,266 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8586-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR SEPULVEDA SOFIA
CC 32308056
CL 27 # 53 - 22 CABAÑAS
TELEFONO: 2750158
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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sofía Escobar identificado con cédula número 1323080356, 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 Sofía Escobar

FECHA Agosto 30 2025



CUFE: e3c174c9b16f6dae8f5ad5b6f7c
d1a35e2649lbeadc5e5715f2d09cbe6fcaf
e6ea0ae575c8a05120f27da36f7702384d

OBS:

MEDI. GENERAL

No. de Orden 8586

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SOFIA ESCOBAR SEPULVEDA	Documento	32308056
No. Camé	8248121 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 27 NRO 53-22 CABAÑAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
:ENOVAS 20MG CJA X 30 CAP	ACIDO FENOFIBRICO 135MGROSUVASTATINA 20MG	CÁPSULA	NOVENTA

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

OMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
)EFEROL 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

OMAR CADA 24 HORAS a las 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 84
-)IOVAN 80MG TNR CJX28TAB	VALSARTAN 80MG Tableta Recubierta	TABLETAS	OCHENTA Y

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

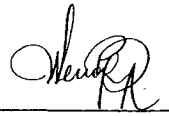
OMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
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

OMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	DIEGO OSPINA VALENCIA



ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Sofia Escobar S
Documento: 32308056
Télefono: 3146750744



cha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8586

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SOFIA ESCOBAR SEPULVEDA	Documento	32308056
No. Camé	8248121 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 27 NRO 53-22 CABAÑAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FENOVAS 20MG CJA X 30 CAP	ACIDO FENOFIBRICO 135MGROSUVASTATINA 20MG	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

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 a las 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 84
DIOVAN 80MG TNR CJX28TAB	VALSARTAN 80MG Tableta Recubierta	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:	DIEGO OSPINA VALENCIA



WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Sofia Escobar S
Documento: 32308056
Télefono: 3146750744



Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

34

No. de Orden
8586

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SOFIA ESCOBAR SEPULVEDA	Documento	32308056
No. Carné	8248121 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 27 NRO 53-22 CABAÑAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
VICTOZA 6MG/ML CJX2PLUMAS 3ML	LIRAGLUTIDA 3MGML Solución inyectable	ESFERO	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
6 U.I.	SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	90

APLICAR 0.6 MG SUBCUTÁNEOS CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	DIEGO OSPINA VALENCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32308056
Télefono: 3146750744

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8586

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SOFIA ESCOBAR SEPULVEDA	Documento	32308056
No. Carné	8248121 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 27 NRO 53-22 CABAÑAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
VICTOZA 6MG/ML CJX2PLUMAS 3ML	LIRAGLUTIDA 3MGML Solución inyectable	ESFERO	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
6 U.I.	SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	90

APLICAR 0.6 MG SUBCUTÁNEOS CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	DIEGO OSPINA VALENCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32308056
Télefono: 3146750744

Fecha de vencimiento: 03/09/25

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: E333185753
FECHA: 19-08-2025 17:27
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2160626
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100217-VISANNE INST. (RG) COMPRIMIDOS 2 MG CAJA X 28 UNDS
130,116 3 0 0 390,348
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI 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

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 617,538
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 617,538
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	617,538	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8589-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARO GONZALEZ VALERIA
CC 1007241919
CL 24 N # 58DD - 43
TELEFONO: 5990192
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: Farmacia 3218834971

CUFE: d4a77fa3a3e74686c6926144bedc
16f7f1da5c7359adb773a1fce62602c55f
8af64a0d5611022938b38046b597db52cb

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Gonzalez identificado con cédula número 32183497, 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 G

FECHA: 19/08/2025

No. de Orden
8589

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	VALERIA CARO GONZALEZ	Documento	1007241919
No. Carné	32183497 - D	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
VISANNE DIENOGEST 2MG CJX28COMP	DIENOGEST 2MG Tableta	CAJA	TRES

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

1 DIARIA NO SUSPENDER

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

Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

DESPUES D EL DESAYUNO POR 6 MESE S , PRIMERA ENTREGA

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	N/A	90

EN CADERA INTRAMUSCUALR DIARIAMENTE 1 SEMANA, LUEGO CADA SEMANA POR 1 MES ,Y

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8589

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	VALERIA CARO GONZALEZ	Documento	1007241919
No. Carné	32183497 - D	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
VISANNE DIENOGEST 2MG CJX28COMP	DIENOGEST 2MG Tableta	CAJA	TRES

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

1 DIARIA NO SUSPENDER

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

Dosis	Via Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

1 DESPUES D EL DESAYUNO POR 6 MESE S , PRIMERA ENTREGA

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	N/A	90

EN CADERA INTRAMUSCUALR DIARIAMENTE 1 SEMANA, LUEGO CADA SEMANA POR 1 MES ,Y

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Saludos
Documento: 32183497
Télefono: 3007445427

Fecha de vencimiento: 03/09/25

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: E333186055
FECHA: 20-08-2025 15:12
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2160928
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213205-FEXOFENADINA MK TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 9 0 0 79,290
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 2 20 0 186,120
404022-BENZIRIN VERDE SPRAY MENTA SPRAY 120 ML
63,045 1 0 0 63,045

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 328,455
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 328,455
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	142,335	0
EXENTAS:	186,120	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8647-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARO GONZALEZ VALERIA
CC 1007241919
CL 24 N # 58DD - 43
TELEFONO: 5990192
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: 3218349

CUFE: 6d63fc33b75208810ee88f508d0d20ff02c5aaaaa583b64e7e650bc9d3dc4913145988b6d5f6d2e3ec4e97415fd491d8

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Gonzalez identificado con cédula número 32183497, 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 G

FECHA 20/08/2025

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

Beneficiario		**CC 1007241919**	
VALERIA CARO GONZALEZ		**20 08 2025**	
FEXOFENADINA 120 MGR TABLETA MK	**VIA ORAL. TOMAR 1 TABLETA DIARIA**		**90 NOVENTA**
ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG TABLETA RECUBIERTA **(DOLEX FORTE)**	**VIA ORAL TOMAR HASTA 2 AL DIA EN CASO D E DOLOR**		**120 CIENTO VEINTE**
BENCIDAMINA(BENZIRIN VERDE FRASCO SPRAY)	**APLICAR EN FARINGE 2 VECES AL DIA POR 5 DIAS**		**1 UNO**
	FORMULA PARA 3 MESES		

CODIGO 8647

Saudra 3218036997

Gloria J.

SELLO MÉDICO

FIRMA Y

Gloria J.

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: E333186
335
FECHA: 21-08-2025 11:31
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2161208
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

137133-DENIBAN (RG) COMPRIMIDOS 20
0 MG CAJA X 20 UNDS
49,200 3 0 0 147,600
404496-MODUALZ (RG) TABLETAS 10 MG
CAJA X 28 UNDS
60,088 2 0 0 120,176

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 267,776
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 267,776
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 267,776 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8692-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.farmaciapasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Rosalba Ruiz

OBS: 32016291

CUFE: c3eb421f47df145fdb8d835aa558
8aa89c9f9361697a22915ddd5ee6149dbc
8a7f12a5ef4f366 62b0a75ed373614f42

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rosalba Ruiz identificado con cédula número 32016291, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rosalba Ruiz

FECHA Agosto 20

No. de Orden
8692

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSALBA RUIZ RAMIREZ	Documento	32016291
No. Carné	70119124 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DENIBAN 200MG CJX20TAB	**AMISULPRIDA 200MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 56
MODUALZ 10MGCJX28TAB	**MEMANTINA CLORHIDRATO 10MG Tableta**	TABLETAS	CINCUENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS ENCIMA DEL ALMUERZO

Nombre Funcionario:	ALFONSO VELASQUEZ JAIRO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rosalba Ruiz
Documento: 32016291
Télefono: 3022958999

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8692

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSALBA RUIZ RAMIREZ	Documento	32016291
No. Carné	70119124 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DENIBAN 200MG CJX20TAB	**AMISULPRIDA 200MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 56
MODUALZ 10MGCJX28TAB	**MEMANTINA CLORHIDRATO 10MG Tableta**	TABLETAS	CINCUENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS ENCIMA DEL ALMUERZO

Nombre Funcionario:	ALFONSO VELASQUEZ JAIRO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rosalba Ruiz
Documento: 32016291
Télefono: 3022958999

Fecha de vencimiento: 04/09/25

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: E333186
416
FECHA: 21-08-2025 15:30
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2161289
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-FLEXTRIL C (GLUCOSAM+COND)
INS SOBRES NARANJA CAJA X 15 UNDS
94,725 6 0 0 568,350
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 1 80 0 205,920
365296-ZETIA (RG) TABLETAS 10 MG C
AJA X 30 UNDS
124,710 3 0 0 374,130
115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS
50 MG CAJA X 150 UNDS
33,600 0 90 0 20,160
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 1
0 ML CAJA X 12 UNDS
38,666 3 8 0 141,775

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,310,335
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,310,335
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,310,335 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8728-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO FANNY
CC 21632175
CR 64 # 96A - 318
TELEFONO: 3058120746
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Fanny Jdo M.

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

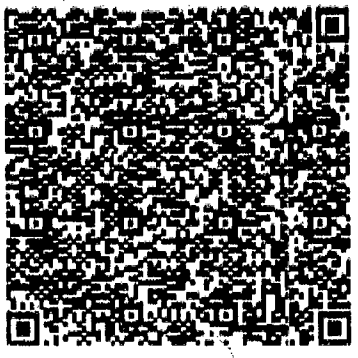
Yo Fanny R. Jaramillo H identificado con cédula número 21'632.175, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Fanny Jlloh.

FECHA 22-08-2025

Falta la Glucosamina



CUFE: ff9bca601a2d2f47aac947ea4535
0752d0fd82bc854affb81804b1b54e17b3
507ab11297c9311200d4810e79b0d8dc62

OBS:

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: E333186 ,
831
FECHA: 22-08-2025 18:51
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2161704
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 1
0 ML CAJA X 12 UNDS
38,666 3 10 0 148,220

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 148,220
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 148,220
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 148,220 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8728-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO FANNY
CC 21632175
CR 64 # 96A - 318
TELEFONO: 3058120746
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO RIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDICO GENERAL

OBS: Fanny Jillo 4 - 21'632.175

CUFE: c84d02743a7544b26eed4d3dd9b1
a0f1b120de4c14a80227e629c74baf209c
53282718a61c 5bd4ae1958bff20b2d3f3

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fanny Jaramillo Mesa identificado con cédula número 21'632.175, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Fanny Jaramillo

FECHA 22-08-2026

No. de Orden
8728

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY ROCIO JARAMILLO MESA	Documento	21632175
No. Carné	8284953 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 63C NRO 96A -90 BLOQ 29 APTO 204 TRICENTENARIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GLUCOSAMINA/CONDROINA FCOX100CD	GLUCOSAMINA Sulfato CONDROITINA Sulfato	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Falto

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
DOLEX 500MG FCOX24 TR	ACETAMINOFEN 500MG TR	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
ZETIA 10MG CJX30TAB MSD	EZETIMIBA 10MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	JULIO CESAR DURAN CONTRERAS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Fanny Jlo M
Documento: 21'632.175
Télefono: 3042253216

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8728

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FANNY ROCIO JARAMILLO MESA	Documento	21632175
No. Carné	8284953 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 63C NRO 96A -90 BLOQ 29 APTO 204 TRICENTENARIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GLUCOSAMINA/CONDROINA FCOX100CD	GLUCOSAMINA Sulfato CONDROITINA Sulfato	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 180
DOLEX 500MG FCOX24 TR	ACETAMINOFEN 500MG TR	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
ZETIA 10MG CJX30TAB MSD	EZETIMIBA 10MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	JULIO CESAR DURAN CONTRERAS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Fanny Jlo M
Documento: 21'632.175
Télefono: 3042253216

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

44

No. de Orden
8728

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY ROCIO JARAMILLO MESA	Documento	21632175
No. Camé	8284953 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 63C NRO 96A -90 BLOQ 29 APTO 204 TRICENTENARIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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 CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	JULIO CESAR DURAN CONTRERAS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Fanny Rocio
Documento: 21'632.175
Télefono: 3042253216

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8728

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FANNY ROCIO JARAMILLO MESA	Documento	21632175
No. Camé	8284953 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 63C NRO 96A -90 BLOQ 29 APTO 204 TRICENTENARIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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 CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	JULIO CESAR DURAN CONTRERAS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Fanny Rocio
Documento: 21'632.175
Télefono: 3042253216

Fecha de vencimiento: 05/09/25

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: E333186
381
FECHA: 21-08-2025 13:59
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2161254
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117200-PRESIDERM INST. UNGUENTO 2
% CAJA 15 G
14,959 2 0 0 29,918

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 29,918
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 29,918
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	29,918	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8734-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO GONZALEZ JUAN ANDRES
CC 1025767357
CL 24 # 58DD - 43
TELEFONO: 5987118
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: 741e40c9ba9c0f5c9e22dceebc5a
1c430f85d1e51120ff9914cbcd06131133
48a63d72a1440d60a9a11c0d775f4120cf

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Maria Dora Oki identificado con cédula número 21908917, 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 Agosto/25

No. de Orden 8734

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN ANDRES OSORIO GONZALEZ	Documento	1025767357
No. Carné	32183497 - E	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
PRESIDERM 2% UNG TBOX15G	**MUPIROCINA 20MGG Emulsión**	TUBO	DOS

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

EN LA NOCHE EN FOSAS NASALES , PERINE Y OMBLIGO POR 1 MES

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8734

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	JUAN ANDRES OSORIO GONZALEZ	Documento	1025767357
No. Carné	32183497 - E	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
PRESIDERM 2% UNG TBOX15G	**MUPIROCINA 20MGG Emulsión**	TUBO	DOS

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

EN LA NOCHE EN FOSAS NASALES , PERINE Y OMBLIGO POR 1 MES

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1214087417
Télefono: 3014687907

Fecha de vencimiento: 05/09/25

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: E333186717
FECHA: 22-08-2025 14:21
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2161590
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO TOTAL

292242-GAAP OFTENO (RG) GOTAS OFTALMICAS 0.05 MG/ML FRASCO 3 ML
24,806 2 0 0 49,612

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 49,612
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 49,612
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 49,612 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8778-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
CUFE: 48704cdfc7f43ba5fd8d1f255300
41cd615e6bf7e4b7d8e5d42549a0d35d2f
c27446b3033519f4a88d13fe5f3072b977

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocío Flor 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 Rocío Flor

FECHA 22.08.23

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
ROCIO FLOREZ MORENO
No. Carné 15482391-C

Cédula 42759634

Fecha **22 AGOSTO 2025**

GAAP 0.005% SO FCOX3ML (LATANOPROST 0.05mgml SO)	**OFTÁLMICO: APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA DÍA**	**02 FCO DOS**
FORMULA PARA DOS MESES (Si no hay Disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	Transcripción oftalmología	

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 8778

Rocio Flor 42759634
3146675366

DISTRIBUIDORA PASTJR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BLLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6019259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053198
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: E333187
698
FECHA: 25-08-2025 14:00
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2162571
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
093325-VITAMINA B-12 1CC AMPOLLAS
1000 MCG CAJA X 1 UND
1,275 13 0 0 16,575

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 83,805
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 83,805
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 83,805 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8831-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE LEON DE ALZATE MARTA
CC 32510778
CL 26 # 43 - 59 AP 312 TR 10 U.
MADERA FINA
TELEFONO: 3207734917
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: f713da7345decbfbb152517b4c04
9ab196761410e35aec618254f3c214bfd0
44eccdabda2468780f51a89cea7c10280c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo BRAULIO londoño identificado con cédula número 98713556, 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 BRAULIO L.

FECHA 25 AGOSTO- 2025.

No. de Orden
8831

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTHA LUCIA DE LEON DE ALZATE	Documento	32510778
No. Carné	8280145 - C	Fecha autorización	25/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 43-59 APTO 312		
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

TOMAR 1 DESPUES DEL DESAYUNO HASTA FEBRERO/2026

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 13
VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25	CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable	AMPOLLA	TRECE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	INTRAMUSCULAR	N/A	90

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

Nombre Funcionario:	JAIME ALZATE SIERRA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8831

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARTHA LUCIA DE LEON DE ALZATE	Documento	32510778
No. Carné	8280145 - C	Fecha autorización	25/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 43-59 APTO 312		
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

TOMAR 1 DESPUES DEL DESAYUNO HASTA FEBRERO/2026

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 13
VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25	CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable	AMPOLLA	TRECE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	INTRAMUSCULAR	N/A	90

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

Nombre Funcionario:	JAIME ALZATE SIERRA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: BRAULIO
Documento: 98713556
Télefono: 304 616 4830

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

51

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: E333188
185
FECHA: 26-08-2025 17:54
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2163059
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

119400-HISTOTAL INST. (COLECALCIFE
RO) AMPOLLAS BEBIBLES 25000 UI CAJA
64,652 2 0 0 129,304
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 3 0 0 168,300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 297,604
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 297,604
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 297,604 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8868-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO GARCIA EDIER ANDRES
CC 8063344
CL 24 # 58DD - 43 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 5987118
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: Sandra P 32188497

CUFE: bff5f697037bb7df8a6f80b32a5a
bbb3bece4182d3b5e2984eef1358c5eb2c
3577a00e6096d75f3bba2f8b2301a0a22f

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Gonzalez identificado con cédula número 32183497, 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 G

FECHA 27/08/2025

No. de Orden
8868

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EDIER ANDRES OSORIO GARCIA	Documento	8063344
No. Camé	32183497 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
HISTOTAL 25000UI CJA X 4 AMPOLLAS	**COLECALCIFEROL 25000UI Solución**	AMPOLLA	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 AMPOLLAS	ORAL	CADA MES	90

TOMAR 1 AMPOLLA CADA 15 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	**CALCIO CITRATO VITAMINA D3**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8868

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EDIER ANDRES OSORIO GARCIA	Documento	8063344
No. Camé	32183497 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
HISTOTAL 25000UI CJA X 4 AMPOLLAS	COLECALCIFEROL 25000UI Solución	AMPOLLA	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 AMPOLLAS	ORAL	CADA MES	90

TOMAR 1 AMPOLLA CADA 15 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	CALCIO CITRATO VITAMINA D3	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32183497-7
Télefono: 3004445427

Fecha de vencimiento: 07/09/25

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: E333188
203
FECHA: 26-08-2025 18:22
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2163077
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682078-NISTATINA LABINCO INST. SUS
PENSION 100.000 UI/ML FRASCO 60 ML
4,128 1 0 0 4,128
069016-ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUB
O 50 G
35,392 3 0 0 106,176
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5MG
/325 MG CAJA X 90 UNDS
66,900 1 0 0 66,900
253473-MICARDIS AMLO (RG) COMPRIMI
DOS 80/5 MG CAJA X 28 UNDS
85,316 4 0 0 341,264
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 3 0 0 36,180
133018-SERTRALINA GENFAR INST. TAB
LETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS
43,800 0 90 0 13,140
121088-CIPROFIBRATO GENFAR (RG) TA
BLETAS 100 MG CAJA X 20 UNDS
16,385 5 0 0 81,925
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 1 80 0 205,920
600106-CITRAGEL INST. TA LETAS CAJ
A X 30 UNDS
28,950 6 0 0 173,700
100218-FLEXTRIL C (GLUCOSAM+COND)
INS SOBRES NARANJA CAJA X 15 UNDS
94,725 6 0 0 568,350
100280-PANTOPRAZOL COLMED INST. TA
BLETAS 40 MG CAJA X 100 UNDS
62,300 0 90 0 56,070

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,653,753
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,653,753
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,653,753 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8918-DOMICILIO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

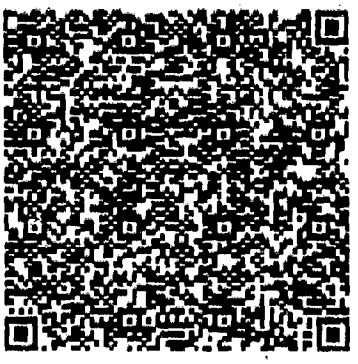
Certificación recibo a satisfacción

Yo Alvaro Florez identificado con cédula número 6307464, 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 28-08-25



905 3afed0b685effc9a1fd f0005 82184
c1e8c64ea54d23d404a09918938ca4691 2
CUFE: cecd2819ea9f04b8913acc8576c

OBS:

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI GENERAL

DATOS DEL MEDICO
afactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 6022327
1
IHACIENDA NIQUIA TORRE 2 APTO 241
CC 26259377
CAMPO ZAPATA AMPARO
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1

No. de Orden 8918

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMPARO CAMPO ZAPATA	Documento	26259377
No. Carné	8307464 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	AV 32 57-26 NIQUIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
NISTATINA 100000 UI SHN FCOX60ml	**NISTATINA**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	ORAL	CADA 8 HORAS	15

APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN LAS LESIONES DE LA LENGUA

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 EN LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
-SINALGEN 5/325MG CJX30TAB	**H I D R O C O D O N A Bitartrato+ACETAMINOFEN**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 7 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 98
MICARDIS AMLO 80MG/5MG CJX14TAB	**T E L M I S A R T A N 80MGAMLODIPINO BESILATO**	TABLETAS	NOVENTA Y O

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR LAS MAÑANAS

Nombre Funcionario:	NEVARDO DE JESUS FLOREZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8918

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

CORIA

Beneficiario	AMPARO CAMPO ZAPATA	Documento	26259377
No. Carné	8307464 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	AV 32 57-26 NIQUIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
NISTATINA 100000 UI SHN FCOX60ml	**NISTATINA**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	ORAL	CADA 8 HORAS	15

APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN LAS LESIONES DE LA LENGUA

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 EN LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB	**H I D R O C O D O N A Bitartrato+ACETAMINOFEN**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 7 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 98
MICARDIS AMLO 80MG/5MG CJX14TAB	**T E L M I S A R T A N 80MGAMLODIPINO BESILATO**	TABLETAS	NOVENTA Y O

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR LAS MAÑANAS

Nombre Funcionario:	NEVARDO DE JESUS FLOREZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8.307464
Télefono: 3115092809

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

55

No. de Orden 8918

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMPARO CAMPO ZAPATA	Documento	26259377
No. Camé	8307464 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	AV 32 57-26 NIQUIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP	**INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada**	TABLETAS	NOVENTA 90

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
SERTRALINA 50MG CJX10TAB	**SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA 90

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CIPROFIBRATO 100MG CJX20TAB	**CIPROFIBRATO 100MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA 90

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIENTO OCH 180

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

TOMAR A LAS 8 AM Y A LAS 2 PM TODOS LOS DÍAS SI HAY MUCHO DOLOR

Nombre Funcionario:	NEVARDO DE JESUS FLOREZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8918

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: AMPARO CAMPO ZAPATA | Documento: 26259377
No. Camé: 8307464 - C | Fecha autorización: 26/08/25
Dirección: AV 32 57-26 NIQUIA
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
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
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
SERTRALINA 50MG CJX10TAB | SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
CIPROFIBRATO 100MG CJX20TAB | CIPROFIBRATO 100MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180
DOLEX AVANZADO 500MG CJX16TAB | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR A LAS 8 AM Y A LAS 2 PM TODOS LOS DÍAS SI HAY MUCHO DOLOR

Nombre Funcionario: NEVARDO DE JESUS FLOREZ LOPEZ
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: MAL
Documento: 8307464
Télefono: 3113072807
Fecha de vencimiento: 10/09/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8918

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMPARO CAMPO ZAPATA	Documento	26259377
No. Camé	8307464 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	AV 32 57-26 NIQUIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB	CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETAS	180 CIENTO OCH

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR 2 JUNTAS CADA 24 HORAS (A LAS 2 PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
GLUCOSAMINA+CONDROITINA POLV CJX15SOB	GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG CONDROITINA	TABLETAS	90 NOVENTA

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

TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
PANTOPRAZOL 40MG CJX10TAB	PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHIDR 40MG Tableta	TABLETAS	90 NOVENTA

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	NEVARDO DE JESUS FLOREZ LOPEZ

ENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

cha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8918

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMPARO CAMPO ZAPATA	Documento	26259377
No. Camé	8307464 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	AV 32 57-26 NIQUIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CITRAGEL 315MG+200UI CJX30TB	CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETAS	180 CIENTO OCH

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR 2 JUNTAS CADA 24 HORAS (A LAS 2 PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
GLUCOSAMINA+CONDROITINA POLV CJX15SOB	GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG CONDROITINA	TABLETAS	90 NOVENTA

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

TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
PANTOPRAZOL 40MG CJX10TAB	PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHIDR 40MG Tableta	TABLETAS	90 NOVENTA

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	NEVARDO DE JESUS FLOREZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 8307464
Télefono: 3113098809

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

57

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: E333188
166
FECHA: 26-08-2025 17:18
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2163040
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 67,230
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 67,230
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 67,230 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8942-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO GONZALEZ JUAN ANDRES
CC 1025767357
CL 24 # 58DD - 43
TELEFONO: 5987118
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: f637a12b8c73923a4ae083f8869e
baec366a04ccce24a61e1c6f49a4cc0bb9
295a82de030849e1c62ffacff1aa935a29

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Gonzalez identificado con cédula número 32483497, 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 26/08/2025

No. de Orden
8942

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN ANDRES OSORIO GONZALEZ	Documento	1025767357
No. Camé	32183497 - E	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
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

DESPUES DEL DESAYUNO DEL DESAYUNO HASTA FEBRERO/26

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8942

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	JUAN ANDRES OSORIO GONZALEZ	Documento	1025767357
No. Camé	32183497 - E	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
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 DESPUES DEL DESAYUNO DEL DESAYUNO HASTA FEBRERO/26

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32183497
Télefono: 3007445426

Fecha de vencimiento: 10/09/25

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: E333188
854
FECHA: 28-08-2025 17:52
VENDEDOR: NELYS JUDITH PAREDES MART
SECUENCIA: 2163728
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

055052-ESTERMAX (RG) TABLETAS 0.62
5 MG CAJA X 28 UNDS
28,812 3 0 0 86,436

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 86,436
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 86,436
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 86,436 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8974-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: Lorena Rivera
cc. 1001389064

CUFE: 357c08b6816028e1e42b3c914c51
ba9734ca4a9758291444991986fc8ef517
1c4b182d1d992c79aa6aca9e47a5a09678

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lorena Rivera identificado con cédula número 1001389864, 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 Lorena Rivera H

FECHA 29/08/25

No. de Orden
8974

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA ISABEL HENAO MARIN	Documento	43420315
No. Camé	15504904 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	cr47#50-106 piso 3 la pedrera copacabana.		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
PREMARIN 0.625MG CJX28GRG	ESTROGENOS 0.625MG GRAGEA	GRAGEA	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GRAGEA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

1 DIARIAMENTE A LA MISMA HORA POR 6 MESES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	JUAN BAUTISTA RIVERA HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Lorena Rivera
Documento: 1001389864
Télefono: 3225909214

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8974

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA ISABEL HENAO MARIN	Documento	43420315
No. Camé	15504904 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	cr47#50-106 piso 3 la pedrera copacabana.		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
PREMARIN 0.625MG CJX28GRG	ESTROGENOS 0.625MG GRAGEA	GRAGEA	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GRAGEA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

1 DIARIAMENTE A LA MISMA HORA POR 6 MESES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	JUAN BAUTISTA RIVERA HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Lorena Rivera
Documento: 1001389864
Télefono: 3225909214

Fecha de vencimiento: 10/09/25

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: E333188
811
FECHA: 28-08-2025 15:58
VENDEDOR: NELYS JUDITH PAREDES MART
SECUENCIA: 2163685
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

375745-SERETIDE DISKUS (RG) POLVO
PARA INHALACION 50/100 MCG CAJA 60 D(
84,900 3 0 0 254,700
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.
5 MCG CAJA 120 DOSIS
29,469 2 0 0 58,938

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 313,638
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 313,638
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 313,638 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8976-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

OBS:

CUFE: 86a5047f48474c421cf482b5e54e
8289a8e56baf20db551286789572db4063
98c021094ee838e0274a697249fa1bdb7b

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Pallama identificado con cédula número 1291856, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 29-08-2025

No. de Orden 8976

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GERALDINE MALLAMA SUAREZ	Documento	1020307057
No. Carné	12991856 - E	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CLL 107 No 70 65 Apto 201 B.Tejelo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SERETIDE DISKUS100mcg/50mcgPOV CJX1INH	FLUTICASONA PROPIONATO SALMETEROL XINAFOATO	CAJA	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PUFF	INHALATORIA	CADA 12 HORAS	90

1 PUFF CADA 12 HORAS POR 4 MESES , PRIMERA ENTREGA

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

EN LA NOCHE EN CADA FOSA NASAL

Nombre Funcionario:	JAVIER ORLANDO MALLAMA BENAVIDES

Recibido Por:

Firma:

Documento: 12991856

Télefono: 3205668305

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8976

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario: GERALDINE MALLAMA SUAREZ | Documento: 1020307057

No. Carné: 12991856 - E | Fecha autorización: 28/08/25

Dirección: CLL 107 No 70 65 Apto 201 B.Tejelo

Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: SERETIDE DISKUS100mcg/50mcgPOV CJX1INH | Molécula: FLUTICASONA PROPIONATO SALMETEROL XINAFOATO | Tipo: CAJA | Total 3: TRES

Dosis: 1 PUFF | Vía Admon.: INHALATORIA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 90

1 PUFF CADA 12 HORAS POR 4 MESES , PRIMERA ENTREGA

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

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

EN LA NOCHE EN CADA FOSA NASAL

Nombre Funcionario: JAVIER ORLANDO MALLAMA BENAVIDES

Recibido Por:

Firma:

Documento: 12991856

Télefono: 3205668302

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 10/09/25

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: E333189618
FECHA: 30-08-2025 15:53
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2164492
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121198-CLOTRIMAZOL 6 APLICACIONES GF CREMA VAGINAL 1 % CAJA 40 G
16,105 1 0 0 16,105
356100-CREMA N°4 MEDICADA CAJA 60 G
17,279 1 0 0 17,279
134004-ACIDO FUSIDICO GENFAR CREMA 2 % CAJA 15 G
8,054 1 0 0 8,054
213092-CLINDAMICINA MK CREMA VAGINAL 2 % CAJA 40 G
59,013 1 0 0 59,013
019055-LIDOCAINA HIDROCORTISONA UNGUENTO CAJA 10 G
36,101 1 0 0 36,101

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 136,552
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 136,552
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 136,552 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9089-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARCIA SIERRA AURA ROSA
CC 21607794
CL 58 # 58B - 35 LA CUMBRE INT 350
TELEFONO: 3005238528
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

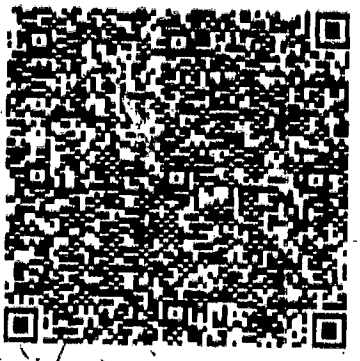
Certificación recibo a satisfacción

Yo Juliana Zapata S. identificado con cédula número 1020497318, 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 Juliana Z.S

FECHA 30/09/2025



SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Cédula 21607794

Beneficiario
AURA ROSA GARCIA SIERRA

No. Carné: 98579394-A

Fecha **29 AGOSTO 2025**

CLOTRIMAZOL 0.02MGG Crema (CLOTRIMAZOL CR VAG 1% TBOX40G)	MEZCLAR CON OXIDO DE ZINC Y APLICAR EN REGION PERINEAL (ENTRE EL ANO Y LA VAGINA) Y PERIANAL (ALREDEDOR DEL ANO)	01 TBO	UNO
NISTATINA 100000UIGZINC OXIDO 200MGG Ungüento (NISTATINA+OXIDO DE ZINC UNG TUBX60G)	MEZCLAR CON CLOTRIMAZOL Y APLICAR EN REGION PERINEAL (ENTRE EL ANO Y LA VAGINA) Y PERIANAL (ALREDEDOR DEL ANO)	01 TBO	UNO
FUSIDICO ACIDO 20MGG Crema (ACIDO FUSIDICO 2% CR TBOX15G)	APLICAR EN LA LESIÓN DE LA FRENTE, EN LA CARA TRES VECES AL DIA	01 TBO	UNO
CLINDAMICINA FOSFATO 20MGG Crema (CLINDAMICINA 2% CR VAG TBOX40G)	APLICAR EN VAGINA CADA NOCHE, INTRODUCIENDO SOLO 2 CENTIMETROS DEL TUBO, APLICAR EL RESTO QUE QUEDA EN EL TUBO POR FUERA	01 TBO	UNO
LIDOCAINA HIDROCORTISONA ACETATO (LIDOPROCTO 5%/0.28% UNG TUBX20G)	APLICAR DOS VECES AL DÍA EN REGION PERIANAL (ALREDEDOR DEL ANO)	01 TBO	UNO
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Juliana Zapata S.
1020497318

9089

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317145
953
FECHA: 20-08-2025 17:04
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1474045
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 209,340
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 209,340
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 209,340 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8608-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOLAÑO DE ARIZA ULDA URSULINA
CC 26966309
CR 79 # 35 - 43 AP 202 BARRIO LA
URELES
TELEFONO: 6045057604
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 Ulda Bolaño

OBS: 26966309

CUFE: 62ade5539fc6981c8bf3d9c2143e
e74ef8e834864d26c6fa7c823292e377cd
4d9993020acbf86c47f94a6a10f0218e36

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nilda Bolaño identificado con cédula número 26966309, 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 Nilda Bolaño

FECHA 20 del 08 2025

5

No. de Orden 8608

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ULDA URSULINA BOLANO DE ARIZA	Documento	26966309
No. Carné	40921041 - A	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CALLE 34C NRO 88B 55 AL ALMERIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FARMA D 5000 UI CBL FCOX30CAP	**VITAMINA D3**	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	AMARIS LEONELLIS ARIZA BOLANOS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Ulda Bolaño
Documento: 26966309
Télefono: 3045057604

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8608

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	ULDA URSULINA BOLANO DE ARIZA	Documento	26966309
No. Carné	40921041 - A	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CALLE 34C NRO 88B 55 AL ALMERIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FARMA D 5000 UI CBL FCOX30CAP	**VITAMINA D3**	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	AMARIS LEONELLIS ARIZA BOLANOS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317146145
FECHA: 21-08-2025 12:59
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1474237
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRASCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206
771030-BRULIVA TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
127,516 3 0 0 382,548

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 424,754
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 424,754
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	424,754	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8816 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS URREGO HELEN ANDREA
CC 1027800814
CR 82B # 29 - 27 201- CEL 3003579676
TELEFONO: 3423213
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: ce39cf72de2371390e21b802c1054e0a07080dd54f27e9cf13c1ee43b795465e704963a7314dd05893981c2c38d9314c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Miriam Urrego identificado con cédula número 43781799, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 21 - 08 - 25

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317146388
FECHA: 22-08-2025 12:35
VENDEDOR: MICHELL DAHIANA BOTERO CA
SECUENCIA: 1474480
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

200707-ROZELAIC GEL 15 % CAJA 30 G

50,433 1 0 0 50,433

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 50,433
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 50,433
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	50,433	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8616-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS URREGO HELEN ANDREA
CC 1027800814
CR 82B # 29 - 27 201- CEL 3003579676
TELEFONO: 3423213
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: 71761148

CUFE: b03dc0654f32a3aa9a908e58ff701806c32b9f9695eeb1a3866f20a8aac32b41777790cd41a9e5cd3f74a044dc955ad0



No. de Orden 8616

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	HELEN ANDREA ROJAS URREGO	Documento	1027800814
No. Carné	71761148 - D	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ISOFACE 20MG CJX30CAP	**ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 diaria

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 2 HORAS	90

en la mañana antes del protector solar

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB	**MELATONINA 3MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 TAABLETA EN LA NOCHE , SUSPENDER LA LYRICA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
BRULIVA 20MG TNR CJX28TAB	**ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO SUSPENDER BRULIVA D E 10 MGR

Nombre Funcionario:	IVAN DARIO ROJAS CARMONA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Miriam U.
Documento: 43781794
Télefono: 3033061395

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8616

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

HELEN ANDREA ROJAS URREGO | 1027800814
71761148 - D | 20/08/25
CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN
ANTIOQUIA | 2025

ISOFACE 20MG CJX30CAP — ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda — CÁPSULA — NOVENTA
1 CÁPSULA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90
1 diaria

ROZELAIC 15% GEL TUBOX30G — AZELAICO ACIDO — TUBO — UN
1 APLICAR | TÓPICA | CADA 2 HORAS | 90
en la mañana antes del protector solar

MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB — MELATONINA 3MG Tableta Recubierta — TABLETAS — SESENTA
1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 60
1 TAABLETA EN LA NOCHE , SUSPENDER LA LYRICA

BRULIVA 20MG TNR CJX28TAB — ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Tableta Recubierta — TABLETAS — NOVENTA
1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90
1 DESPUES DEL DESAYUNO SUSPENDER BRULIVA D E 10 MGR

Nombre Funcionario: IVAN DARIO ROJAS CARMONA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

71

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317145
951
FECHA: 20-08-2025 16:57
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1474043
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405
255956-DICLOFEN MAX CAPSULAS BLAND
AS 200MG/100MG CAJA X 10 UNDS
45,057 1 0 0 45,057
117200-DORIXINA RELAX INST. COMPRI
MIDOS 125 MG/5 MG CAJA X 100 UNDS
134,400 0 20 0 36,880

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 139,342
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 139,342
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 139,342 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8674-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARCIA MARIN SANDRA
CC 43255447
DG 79 # 9 - 133 SORRENTO 1 APT 4
02 TORRE 5
TELEFONO: 5858410
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Sonora Garcia M
43255447

CUFE: 7d5f612908366ac0ae5dee7a4ce6
f06cb0a207caa440546dddaa54998aae6c
1747e4d0f23cdf64e05fa626e2f89eea37

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Garcia M identificado con cédula número 43255417, 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 Garcia M

FECHA 20/08/25

No. de Orden
8674

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SANDRA GARCIA MARIN	Documento	43255447
No. Carné	98553377 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 78B NRO 3A SUR 15 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DICLOFEN SPRAY 1% FCOX40ML	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 1%**	FRASCO	UN 1

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

APLICAR DOS VECES A DÍA EN ÁREAS DOLOROSAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DICLOFEN PROTEC 200MG/100MG CBL CJX10CAP	**DICLOFENACO SODICO 100MGHIDROXIDO DE**	CÁPSULA	DIEZ 10

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	10

ENTREGAR DICLOFEN MAX. TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
D O R I X I N A R E L A X 125MG/5MGCJX20COMP	**CLONIXINATO LISINA 125MGCICLOBENZAPRINA**	TABLETAS	VEINTE 20

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	20

ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 7 PM.

Nombre Funcionario:	HECTOR ALONSO LOPEZ VALENCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8674

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SANDRA GARCIA MARIN	Documento	43255447
No. Carné	98553377 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 78B NRO 3A SUR 15 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DICLOFEN SPRAY 1% FCOX40ML	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 1%**	FRASCO	UN 1

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

APLICAR DOS VECES A DÍA EN ÁREAS DOLOROSAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DICLOFEN PROTEC 200MG/100MG CBL CJX10CAP	**DICLOFENACO SODICO 100MGHIDROXIDO DE**	CÁPSULA	DIEZ 10

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	10

ENTREGAR DICLOFEN MAX. TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
D O R I X I N A R E L A X 125MG/5MGCJX20COMP	**CLONIXINATO LISINA 125MGCICLOBENZAPRINA**	TABLETAS	VEINTE 20

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	20

ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 7 PM.

Nombre Funcionario:	HECTOR ALONSO LOPEZ VALENCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Sandra Garcia
Documento: 43255447
Télefono: 3136158545

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

22

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317146
149
FECHA: 21-08-2025 13:12
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1474241
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253017-JARDIANCE (RG) TABLETAS 25
MG CAJA X 30 UNDS
277,200 2 0 0 554,400
100278-PARKEN (CARBID+LEVODO) INST
RG TABLETAS 25/100 MG CAJA X 100 UNDS
32,499 1 20 0 38,999
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: 972,299
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 972,299
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 972,299 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8682 - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ACEVEDO PARRA LUZ MIRIAM
CC 32526194
CL 80 # 72A - 411 BLE 53 APT 209

TELEFONO: 4428365
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: V 8291594

CUFE: 0080217a925e20bdcacc894698cd
38ea7277f3748886c217c70d62aa6e4926
a131f822174817f05622c8f78314082a3d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo JULIO RAMÍREZ identificado con cédula número 8291334, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Julio Ramírez

FECHA 21/08/20

No. de Orden
8682

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA	Documento	32526194
No. Carné	8291534 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 80 NRO 72A -411 ROBLEDO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
JARDIANCE 25 mg CJX30TAB	EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR SEIS MESES. ENTREGA 2/6.

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
PARKEN 25/100MG TAB CJX70TAB	LEVODOPA CARBIDOPA	TABLETAS	CIENTO VEIN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	60

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
GLUCOSAMINA/CONDROINA FCOX100CD	GLUCOSAMINA Sulfato CONDROITINA Sulfato	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Nombre Funcionario:	JULIO EUSEBIO RAMIREZ OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8682

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MIRIAM ACEVEDO PARRA	Documento	32526194
No. Carné	8291534 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 80 NRO 72A -411 ROBLEDO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
JARDIANCE 25 mg CJX30TAB	EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR SEIS MESES. ENTREGA 2/6.

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
PARKEN 25/100MG TAB CJX70TAB	LEVODOPA CARBIDOPA	TABLETAS	CIENTO VEIN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	60

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
GLUCOSAMINA/CONDROINA FCOX100CD	GLUCOSAMINA Sulfato CONDROITINA Sulfato	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Nombre Funcionario:	JULIO EUSEBIO RAMIREZ OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Julio Ramiro
Documento: 8291534
Télefono: 3122113131

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

Julio Ramiro
8291534

24

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317146186
FECHA: 21-08-2025 16:09
VENDEDOR: MICHELL DAHIANA BOTERO CA
SECUENCIA: 1474278
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 3 0 0 160,920
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1!
8,504 3 0 0 25,512
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 3 0 0 125,100
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 3 30 0 279,180
213702-ROSUVASTATINA MK TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
151,200 3 0 0 453,600
132444-ETORICOXIB INST. GENFAR TABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS
32,823 2 0 0 65,646
385851-VOLTAREN FORTE EMULGEL CAJA 100 G
103,760 1 0 0 103,760

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,213,718
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,213,718
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	934,538	0
EXENTAS:	279,180	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8725-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ LONDOÑO GLORIA AMPARO
CC 43066280
CR 70 # 96 - 35 CASTILLA 3117435233
TELEFONO: 2375230
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gilberto López. identificado con cédula número 70.109678M, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 21 08 2025

CUFE: 6f316465855b723e4629894d43d05b
d5827acd0d03daa8e304a7a9db18a304b63
cd6322leed9d34d23b3d65d2dbd7be6f057

OBS: 70.109 678 M

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI. GENERAL

DATOS DEL MEDICO

No. de Orden
8725

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO	Documento	43066280
No. Carné	1017153075 - B	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304		
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 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 ALD IA EN AMBOS OJOS

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 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

Nombre Funcionario:	JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8725

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO	Documento	43066280
No. Carné	1017153075 - B	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304		
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 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 ALD IA EN AMBOS OJOS

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 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

Nombre Funcionario:	JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70.109.678
Télefono: 2-375230

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8725

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO	Documento	43066280
No. Camé	1017153075 - B	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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 14
ETORICOXIB 120MG CJX7TAB	**ETORICOXIB 120MG Tableta**	TABLETAS	CATORCE

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

1 DESPUE SDEL DESAYUNO , SUSPENDER AL TERMINARLAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 COLOCAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	30

2 VECES AL DIA ,HASTA TEERMINARLO

Nombre Funcionario:	JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70109678
Télefono: 7375230

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8725

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA AMPARO LOPEZ LONDOÑO	Documento	43066280
No. Camé	1017153075 - B	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 86 A No.95 - 16 INT 304		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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 14
ETORICOXIB 120MG CJX7TAB	**ETORICOXIB 120MG Tableta**	TABLETAS	CATORCE

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

1 DESPUE SDEL DESAYUNO , SUSPENDER AL TERMINARLAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 COLOCAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	30

2 VECES AL DIA ,HASTA TEERMINARLO

Nombre Funcionario:	JENNY MARCELA PALACIO LOPEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317146
592
FECHA: 23-08-2025 07:19
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1474684
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLU
CION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 1 0 0 116,906
039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405
132048-BETAMETASONA GENFAR INST. C
REMA 0.05% TUBO 40 G
5,261 1 0 0 5,261

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 179,572
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 179,572
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 179,572 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8741-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS RAMIREZ MARIA FLOR
CC 21623700
CL 44 # 86 - 32 AP 303 TORRES DE
LA IGLESIA
TELEFONO: 5838886
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
----------Jenifer Acevedo----------
OBS: 8,323,185

CUFE: fdd20934054190f7d1e5b462c7d3
beef93957fecd28c6a7f68a63b60624de2
d89109cc5e94f50253b5d01958f3d711f2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jaime Gil identificado con cédula número 8.323.185, 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 25/23/08

No. de Orden 8741

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ	Documento	21623700
No. Carné	3435882 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	**TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO**	AMPOLLA	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA SEMANA	30

APLICAR UNA CADA 10 DÍAS POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
DICLOFEN SPRAY 1% FCOX40ML	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 1%**	FRASCO	DOS

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

APLICAR DOS VECES AL DÍA EN AMBAS MANOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
BETAMETASONA 0.05% CRE TUBX40G	**BETAMETASONA VALERATO 0.05G**	TUBO	UN

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

APLICAR SOLO POR NECESIDAD EN PALMAS

Nombre Funcionario:	ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Yonifer Blan
Documento: 1.227.183
Télefono: 505 4662

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8741

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ | Documento: 21623700
No. Carné: 3435882 - C | Fecha autorización: 21/08/25
Dirección: CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	**TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO**	AMPOLLA	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA SEMANA	30

APLICAR UNA CADA 10 DÍAS POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
DICLOFEN SPRAY 1% FCOX40ML	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 1%**	FRASCO	DOS

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

APLICAR DOS VECES AL DÍA EN AMBAS MANOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
BETAMETASONA 0.05% CRE TUBX40G	**BETAMETASONA VALERATO 0.05G**	TUBO	UN

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

APLICAR SOLO POR NECESIDAD EN PALMAS

Nombre Funcionario: ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317146396
FECHA: 22-08-2025 13:20
VENDEDOR: MICHELL DAHIANA BOTERO CA
SECUENCIA: 1474438
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

087022-MELATONINA FUNAT TABLETAS P - -
OTE X 60 UNDS
46,665 1 0 0 46,665
249464-LYRICA (RG) CAPSULAS 50 MG
CAJA X 30 UNDS
33,330 4 0 0 133,320

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 179,985
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 179,985
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 179,985 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8767-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDONO OLAYA NELCY
CC 43075746
CL 20 # 72 - 69 SAN BERNARDO-3005037820
TELEFONO: 3002260952
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 21693498

CUFE: 65fd4d42b72114ec61fbf2d7f49e17537b4a6f421325073b80279157154893e3dcc38377b0071d38c9410ac9502994f6

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cesar O Campo identificado con cédula número 71633498 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Cesar O Campo

FECHA 22/08/2025

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317146
616
FECHA: 23-08-2025 09:40
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1474708
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213135-DULOXETINA MK (RG) CAPSULAS
30 MG CAJA X 7 UNDS
9,373 9 0 0 84,357

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 84,357
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 84,357
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

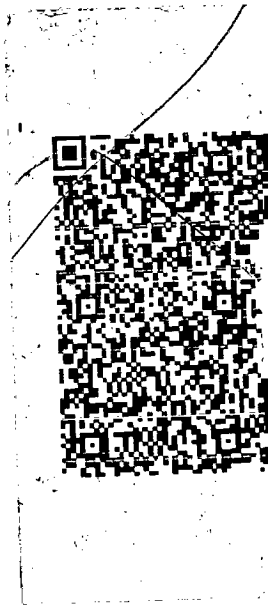
DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	84,357	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8767-DOMICLIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDONO OLAYA NELCY
CC 43075746
CL 20 # 72 - 69 SAN BERNARDO-30
05037820
TELEFONO: 3002260952
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Cesar OCampo 71633498

CUFE: e5afbf188c875311b055cbf2540
46b8f9ac71c0823848908 6f585b84e6640
c937bb3880d88b7fdfa734b9227fe56016



No. de Orden 8767

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NELCY DEL SOCORRO LONDONO OLAYA	Documento	43075746
No. Camé	71633498 - C	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CRA 72A NRO 22-15 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB	**MELATONINA 3MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
LYRICA 50MG CJX30CAP	**PREGABALINA 50MG 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 63
CYMBALTA 30MG CER CJX7CAPS	**DULOXETINA CLORHIDRATO 30MG Cápsula de liberación**	CÁPSULA	SESENTA Y

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

1 DIARIA EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario:	CESAR AUGUSTO OCAMPO FLOREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71633498
Télefono: 3002037882

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8767

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	NELCY DEL SOCORRO LONDONO OLAYA	Documento	43075746
No. Camé	71633498 - C	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CRA 72A NRO 22-15 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB	**MELATONINA 3MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
LYRICA 50MG CJX30CAP	**PREGABALINA 50MG 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 63
CYMBALTA 30MG CER CJX7CAPS	**DULOXETINA CLORHIDRATO 30MG Cápsula de liberación**	CÁPSULA	SESENTA Y

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

1 DIARIA EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario:	CESAR AUGUSTO OCAMPO FLOREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317146
393
FECHA: 22-08-2025 13:06
VENDEDOR: MICHELL DAHIANA BOTERO CA
SECUENCIA: 1474485
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213023-ASA MK TABLETAS 100 MG CAJA
X 100 UNDS
11,700 0 60 0 7,020
115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
36,450 0 60 0 14,580

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 21,600
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 21,600
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 21,600 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8787-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO DE HERNANDEZ STELLA
CC 21255008
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR GERIATRICO
AYER Y HOY
TELEFONO: 3148511087
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Claudia Vargas 43828395

CUFE: 66b6718194d4f661099930756755
6d49833d8395d7f7a248f5cbad94eacbec
f5553628b6acf77edadfdc9e7d094f5f76

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Claudia Vargas identificado con cédula número 43828397, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Claudia Vargas

FECHA Agosto 22/2025

No. de Orden
8787

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ESTELLA MAZO DE HERNANDEZ	Documento	21255008
No. Carné	32077166 - A	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CRA 90A NRO 43-25 LA AMERICA		
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 noche. ENTREGAR DE MK CON CUBIERTA ENTÉRICA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
AMLODIPINO 5MG CJX10TAB	AMLODIPINO BESILATO 5MG Tableta	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS. ENTREGAR DE MK

Nombre Funcionario:	MARTA EDD HERNANDEZ DE PARRADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Claudia Vargas
Documento: 43828315
Télefono: 6042509320

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8787

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ESTELLA MAZO DE HERNANDEZ	Documento	21255008
No. Carné	32077166 - A	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CRA 90A NRO 43-25 LA AMERICA		
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 noche. ENTREGAR DE MK CON CUBIERTA ENTÉRICA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
AMLODIPINO 5MG CJX10TAB	AMLODIPINO BESILATO 5MG Tableta	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS. ENTREGAR DE MK

Nombre Funcionario:	MARTA EDD HERNANDEZ DE PARRADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Claudia Vargas
Documento: 43828315
Télefono: 6042509320

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317147555
FECHA: 26-08-2025 14:46
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1475647
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1!
8,504 3 0 0 25,512
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 3 30 0 279,180
117200-PRESIDERM INST. UNGUENTO 2 % CAJA 15 G
14,959 1 0 0 14,959
116000-KEFLEX INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 24 UNDS
231,120 1 0 0 231,120

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 550,771
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 550,771
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	271,591	0
EXENTAS:	279,180	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8837-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS URREGO HELEN ANDREA
CC 1027800814
CR 82B # 29 - 27 201- CEL 3003579676
TELEFONO: 3423213
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: Hirian Urrego

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Marian Urrego identificado con cédula número 43781794, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 26-08/15

CUFE: e2e26d1b33e05a6804f971a61e1d
84a939b642a0b04e2642d44fba3871a81204
64ea3673ef235a7a6bb5af824742dea166

No. de Orden
8837

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	HELEN ANDREA ROJAS URREGO	Documento	1027800814
No. Carné	71761148 - D	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GRAGEA	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	90

3 VECES AL DIA EN AMOS OJOS

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 1
PRESIDERM 2% UNG TBOX15G	MUPIROCINA 20MGG Emulsión	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 6 HORAS	7

3 VEC ES AL DIA EN LESIONES D E AXILA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
KEFLEX 500MG CJX24TAB	CEFALEXINA	TABLETAS	VEINTICUATR

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

1 CON CADA COMIDA PRINCIPAL (3 AL DIA)

Nombre Funcionario:	IVAN DARIO ROJAS CARMONA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1152791794
Télefono: 3053007[illegible]

Fecha de vencimiento: 09/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8837

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	HELEN ANDREA ROJAS URREGO	Documento	1027800814
No. Carné	71761148 - D	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GRAGEA	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	90

3 VECES AL DIA EN AMOS OJOS

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 1
PRESIDERM 2% UNG TBOX15G	MUPIROCINA 20MGG Emulsión	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 6 HORAS	7

3 VEC ES AL DIA EN LESIONES D E AXILA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
KEFLEX 500MG CJX24TAB	CEFALEXINA	TABLETAS	VEINTICUATR

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

1 CON CADA COMIDA PRINCIPAL (3 AL DIA)

Nombre Funcionario:	IVAN DARIO ROJAS CARMONA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 09/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317147535
FECHA: 26-08-2025 12:58
VENDEDOR: MICHELL DAHIANA BOTERO CA
SECUENCIA: 1475627
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115001-PROLIA (CF) (RG) INST. J.PRELLENADA 60 MG X 1 UND
677,573 1 0 0 677,573

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 677,573
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 677,573
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	677,573	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8857-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARROYAVE BARRIENTOS MARIA AMPARO
CC 32469954
CL 8 SUR # 51 - 34 CS CEIBAS DEL SUR CS 5134
TELEFONO: 3206602704
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: SEBASTIAN OSORNO A. 98772259.

CUFE: 753d6339027dd74777014745dbb916fe1a69a8b6e1c741fe7464674a98c8f704d95215b7682124f4b4ce9e56fdafc0be

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo SEBASTIÁN OSORNO A. identificado con cédula número 981772.259., 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 SEBASTIÁN OSORNO A

FECHA 26/08/2025

No. de Orden
8857

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS	Documento	32469954
No. Carné	8277001 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PROLIA 60mg/mL SHI CJX1JEP	**DENOSUMAB**	AMPOLLA	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	SUBCUTANEA	CADA SEMESTRE	180

APLICAR SUBCUTANEA

Nombre Funcionario:	ROBERTO OSORNO QUINTERO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: SEBASTIÁN OSORNO
Documento: 1037572359
Télefono: 6042856025

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8857

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS	Documento	32469954
No. Carné	8277001 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PROLIA 60mg/mL SHI CJX1JEP	**DENOSUMAB**	AMPOLLA	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	SUBCUTANEA	CADA SEMESTRE	180

APLICAR SUBCUTANEA

Nombre Funcionario:	ROBERTO OSORNO QUINTERO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317147
532
FECHA: 26-08-2025 12:53
VENDEDOR: MICHELL DAHIANA BOTERO CA
SECUENCIA: 1475624
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404022-BENZIRIN VERDE SPRAY MENTA
SPRAY 120 ML
13,706 1 0 0 13,706
258859-VITAMINA C MK T. MASTICABLE
S MANDARINA CAJA X 100 UNDS
62,640 0 60 0 37,584
669368-CLORFENIRAMINA ECAR INST. J
ARABE FRASCO 120 ML
5,526 1 0 0 5,526

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 56,816
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 56,816
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 56,816 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8869-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALZATE JARAMILLO ISABELA
CC 1000414235
CL 44 # 86 - 32 APT. 411
TELEFONO: 4962655
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: 7ef03da7cce3e77d173824230c96
47e63ac244914c5053e4bbe4fac5bafb0c
406dd4f553d145f5b9a0ebef38ab08e843

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Francisco Javier Ahate identificado con cédula número 3498721, 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 26-08-2025

No. de Orden
8869

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ISABELA ALZATE JARAMILLO	Documento	1000414235
No. Carné	3488331 - E	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 44 86 32 APT. 411 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
BENZIRIN VERDE 0.15G SH FCOX120ML	BENCIDAMINA Clorhidrato 1.5MGML SH	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 APLICAR	ORAL	CADA 8 HORAS	10

HACER 3 SPRAYS CADA 8 A 6 HORAS POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO	TABLETAS	SESENTA

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

ENTREGAR DE MK. CHUPAR UNA CADA 12 HORAS POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CLORFENIRAMINA2mg/ml SHJ FCOX120mlLBN	CLORFENIRAMINA MALEATO	FRASCO	UN

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

TOMAR UNA CUACHARADA GRANDE CADA NOCHE A LAS 7 PM

Francisco Javier Alzate
CC 3488334
Tel 2208735

Nombre Funcionario:	FRANCISCO JAVIER ALZATE BUILES

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8869

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ISABELA ALZATE JARAMILLO	Documento	1000414235
No. Carné	3488331 - E	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 44 86 32 APT. 411 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
BENZIRIN VERDE 0.15G SH FCOX120ML	BENCIDAMINA Clorhidrato 1.5MGML SH	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 APLICAR	ORAL	CADA 8 HORAS	10

HACER 3 SPRAYS CADA 8 A 6 HORAS POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO	TABLETAS	SESENTA

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

ENTREGAR DE MK. CHUPAR UNA CADA 12 HORAS POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CLORFENIRAMINA2mg/ml SHJ FCOX120mlLBN	CLORFENIRAMINA MALEATO	FRASCO	UN

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

TOMAR UNA CUACHARADA GRANDE CADA NOCHE A LAS 7 PM

Nombre Funcionario:	FRANCISCO JAVIER ALZATE BUILES

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Francisco Alzate
Documento: 3488334
Télefono: 2208735

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317147
554
FECHA: 26-08-2025 14:40
VENDEDOR: MICHELL DAHIANA BOTERO CA
SECUENCIA: 1475646
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100279-DIMOFLAX INST. TABLETAS CAJ
A X 60 UNDS
73,740 4 30 0 331,830
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
113,850 3 0 0 341,550

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 673,380
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 673,380
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 673,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8878-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LARA DE MORALES LENNY
CC 21336428
CL 34C # 88B - 55 AP 226 BL13 PL
AZA CAMPESTRE
TELEFONO: 5367519
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Lenny Lara de Morales.
21336428

CUFE: 2dc99fb5cf0c7305cc28c7211cb1
afb413f858d2da7b258a2138b98ed299d0
fc250b6b9c9db8331a63391781e2319d9e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Leny Lara de Morales identificado con cédula número 21336428 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Leny Lara de Morales

FECHA 26-08-2025

No. de Orden
8878

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LENNY LARA DE MORALES	Documento	21336428
No. Camé	2920342 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 34C N 88B-55 APT.226 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
DIMOFLAX 150/80/25MG CJA X 30 TAB	**PANQUEATRINA 150MGSIMETICONA**	TABLETAS	DOSCIENTOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90

1 ANTES DE LAS 3 COMIDAS PRINCIPALES

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

1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 3 MESES

Nombre Funcionario:	GUILLERMO MORALES VEGA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21336428
Télefono: 6045367519

Fecha de vencimiento: 08/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8878

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LENNY LARA DE MORALES	Documento	21336428
No. Camé	2920342 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 34C N 88B-55 APT.226 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
DIMOFLAX 150/80/25MG CJA X 30 TAB	**PANQUEATRINA 150MGSIMETICONA**	TABLETAS	DOSCIENTOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90

1 ANTES DE LAS 3 COMIDAS PRINCIPALES

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

1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 3 MESES

Nombre Funcionario:	GUILLERMO MORALES VEGA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 08/09/25

GTH-F-005 V.01

91

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317147
552
FECHA: 26-08-2025 14:31
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1475644
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206
138731-SEROQUEL XR (RG) COMPRIMIDO
S 150 MG CAJA X 30 UNDS
88,993 3 0 0 266,979

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 309,185
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 309,185
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 309,185 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8926-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONROY MARIN TOMAS
CC 1000099863
CL 41 # 88 - 81 ED TORRE DE AMER
ICA AP 803 LA AMERICA
TELEFONO: 4893849
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 43808397

CUFE: a7df76da6345baa7410b40e9e16c
d44fb2e4c5db7c6255b268a4b3d65c2549
f05a1f5ec578fe19f9c5219a07ac2b6919

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ma Mauin L identificado con cédula número 43 5D83207, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA Agosto 26/2025

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317147809
FECHA: 27-08-2025 15:49
VENDEDOR: MELISSA GUTIERREZ CHANCI
SECUENCIA: 1475904
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRASCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 42,206
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 42,206
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 42,206 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8926-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONROY MARIN TOMAS
CC 1000099863
CL 41 # 88 - 81 ED TORRE DE AMERICA AP 803 LA AMERICA
TELEFONO: 4893849
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
C.C. 70515168

OBS:

CUFE: 8fe025234f879cf7d5f11eff38f44eb1066f9c45da1ba43dfa58acacddfec350b4b546118c64aca73fb2ab29fb777275



No. de Orden
8926

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	TOMAS MONROY MARIN	Documento	1000099863
No. Camé	70515168 - E	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	**MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda**	TABLETAS	DOSCIENTOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR TRES JUNTAS CADA NOCHE (Recomendación del especialista en Psiquiatría)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SEROQUEL XR 150mg TLP CJX30TLP	**QUETIAPINA FUMARATO**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	MONROY URREGO OSWALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8926

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	TOMAS MONROY MARIN	Documento	1000099863
No. Camé	70515168 - E	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	**MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda**	TABLETAS	DOSCIENTOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR TRES JUNTAS CADA NOCHE (Recomendación del especialista en Psiquiatría)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SEROQUEL XR 150mg TLP CJX30TLP	**QUETIAPINA FUMARATO**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	MONROY URREGO OSWALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1230832
Télefono: 3163480424

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148
034
FECHA: 28-08-2025 11:52
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476129
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683202-DAFLON INST. 1000 MG SACHET
S SOLUCION BEBIBLE CAJA X 30 UNDS
184,485 2 0 0 368,970

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 368,970
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 368,970
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	368,970	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8954-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO ORTIZ ANGELA DEL SOCORRO
CC 43023740
CL 9AA S # 54 - 49 URBANIZACIÓN
QUINTAS DEL RODEO CS 87
TELEFONO: 2850787
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
16369355

OBS:

CUFE: 936c6bc4249cf6e6069dca1b7309
45d0eb6fad5fa86f36bd2162c1a804feb3
4bca8fca5273a7e0d4c936a4ac9836eb0c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ricardo Atehortua identificado con cédula número 1369355, 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 16/08/25

No. de Orden
8954

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ	Documento	43023740
No. Carné	70073999 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 9 AA SUR #54-49 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DAFLON® 1000 mg SUSPENSIÓN ORAL	**FRACCIÓN FLAVONOIDE PURIFICADA Y**	SOBRE	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8954

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ANGELA DEL SOCORRO RESTREPO ORTIZ	Documento	43023740
No. Carné	70073999 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 9 AA SUR #54-49 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DAFLON® 1000 mg SUSPENSIÓN ORAL	**FRACCIÓN FLAVONOIDE PURIFICADA Y**	SOBRE	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Ricardo Arteaga
Documento: 16369355
Télefono: 3005128864

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

96

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148
051
FECHA: 28-08-2025 13:04
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476146
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

260098-COQUAN DCONT TABLETAS 0.5 M
G CAJA X 30 UNDS
42,518 1 0 0 42,518

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 42,518
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 42,518
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	42,518	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8964-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTANEDA DE GONZALEZ MARIA ALBINA
CC 21077938
CR 95 # 64FF - 48 URB LA ATLANTI
DA LA CAMPIÑA
TELEFONO: 3146783424
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: 1926505

CUFE: 98a7cb95fda036b7d8b76525d089
2bd6d163e64c20f53dfeea7a0d28291210
62a81427fd2dc7d5b979ea3bb38cc5d7b1

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gustavo González C identificado con cédula número 1926650, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 20/08/2025

No. de Orden
8964

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA ALBINA CASTANEDA DE GONZALEZ	Documento	21077938
No. Camé	19266505 - A	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CRA 69 68B-20 BOGOTA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
COQUAN 0.5MG TNR CJX30TNR	**CLONAZEPAM**	TABLETAS	TREINTA

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

Nombre Funcionario:	GUSTAVO ENR GONZALEZ CASTANEDA

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 19266505
Télefono: 3146783424

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8964

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA ALBINA CASTANEDA DE GONZALEZ	Documento	21077938
No. Camé	19266505 - A	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CRA 69 68B-20 BOGOTA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
COQUAN 0.5MG TNR CJX30TNR	**CLONAZEPAM**	TABLETAS	TREINTA

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

Nombre Funcionario:	GUSTAVO ENR GONZALEZ CASTANEDA

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148042
FECHA: 28-08-2025 12:21
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476137
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

067036-DIOVAN TABLETAS 80 MG CAJA X 28 UNDS
22,344 2 0 0 44,688

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 44,688
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 44,688
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 44,688 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8986-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAMARAZA MARIA TERESA
CC 32412270
CR 74D # 75 - 19 AP 604 UR DINAM ARCA PILARICA ALFRENTE DEL PASCUAL
TELEFONO: 3175028338
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: BSW
43070689.

CUFE: 758b286a4283e229577317b09c5b017621d66888695dca5bade15e9880aaed5077a05802fc985c375c5f1a1c4dc33fbd

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Elizabeth Sanchez C identificado con cédula número 43070689, 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 28-08-2025.

No. de Orden
8986

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA TERESA CAMARAZA	Documento	32412270
No. Camé	6081836 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CRA 74D 75-19 B.Robledo Pilarica		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 56
DIOVAN 80mg TNR CJx28TAB	**VALSARTAN**	TABLETAS	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TOMAR	ORAL	CADA 24 HORAS	60

TOMAR MEDIA EN LA MAÑANA Y AUMENTAR A 1 TABLETA SEGUN CIFRAS TENSIONALES

Nombre Funcionario:	NESTOR SANCHEZ GARCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 11/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8986

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA TERESA CAMARAZA	Documento	32412270
No. Camé	6081836 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CRA 74D 75-19 B.Robledo Pilarica		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 56
DIOVAN 80mg TNR CJx28TAB	**VALSARTAN**	TABLETAS	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TOMAR	ORAL	CADA 24 HORAS	60

TOMAR MEDIA EN LA MAÑANA Y AUMENTAR A 1 TABLETA SEGUN CIFRAS TENSIONALES

Nombre Funcionario:	NESTOR SANCHEZ GARCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43070672
Télefono: 3175088338

Fecha de vencimiento: 11/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148
337
FECHA: 29-08-2025 11:57
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476433
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683377-TIMOLOL MK (RG) INST. SOLUC
ION OFTALMICA 0.5 % CAJA 5 ML
11,672 2 0 0 23,344
213770-TIMOLOL MK GOTAS OFTALMICAS
0.5 % CAJA 5 ML
11,672 1 0 0 11,672

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 35,016
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 35,016
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 35,016 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9016-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONSALVE RESTREPO MARTA FE
CC 43064660
CL 108 # 66 - 44 GRATAMIRA
TELEFONO: 4712055
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Marta Monsalve 43064660

CUFE: 1e2be784900da1c81c4399129e82
9b145409adba4eb5900e2195b667d9592d
69657beedd71929c21f49fa1be1e19ce0e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Marta Monsalve identificado con cédula número 43064.660 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Marta Monsalve

FECHA 08 28 2025

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

Beneficiario MARTHA FE MONSALVE RESTREPO	CC 43064660	28 08 2025
LATANOPROST 0.05% GOTAS OFTALMICAS MK APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO 2 VECES AL DIA	3 TRES	
TIMOLOL 0.5 % GOTAS OFTALMICAS MK APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO 2 VECES AL DIA	3 TRES	
PARA 3 MESES		

Comentado [G1]:

CODIGO 9016

Firma y Sello del Médico

Martha Monsalve
43064.660

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148
361
FECHA: 29-08-2025 13:31
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476457
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

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

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 119,280
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 119,280
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 119,280 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9020-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY
CC 21362649
CL 50 # 15A - 8 BUENOS AIRES ALE
JANDRO ECHAVARRIA
TELEFONO: 2221286
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

7005379

OBS:

CUFE: 2e80ac93cd741dde0621a0defac9
e76d58f8ac0bbb3286a6080f3987f09077
55312ce76cc7adc32ffc55a1fe567827d5

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Rodolfo Clavijo identificado con cédula número 70084790, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA Agosto 29/2025

104

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

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

Cédula 21362649

Fecha **28 AGOSTO 2025**

TAPENTADOL 50 MG Tableta Liberación prolongada (TAPENTADOL 50 MG TLP)	**VIA ORAL**	**UNA C/ 12 HORAS**	**60**	**SESENTA**
SE REALIZA FÓRMULA DE CONTROL PARA UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)				

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 9020

70087780

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148
080
FECHA: 28-08-2025 14:52
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476175
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

355024-DOMINIUM CAPSULAS 50 MG CAJ
A X 20 UNDS
134,954 3 0 0 404,862

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 404,862
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 404,862
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 404,862 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9033-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS URREGO ALISON
CC 1027809007
CR 82B # 29 - 27 CS 2 BELEN LA P
ALMA
TELEFONO: 3003579676
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 41761148

CUFE: 5fa35777d0e43fafcee822544656
4253d43311193c8dbad8d025bb073b1a67
e3025aa66ca1bbb84f89ad9d26bb588656

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ivan Rojas identificado con cédula número 71761145 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 28-08-2025

No. de Orden
9033

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ALISON ROJAS URREGO	Documento	1027809007
No. Camé	71761148 - E	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DOMINIUM 50mg TNR CJX10TAB	**SERTRALINA**	TABLETAS	SESENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TOMAR	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR MEDIA TABLETA A LAS 9 AM

Nombre Funcionario:	IVAN DARIO ROJAS CARMONA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9033

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ALISON ROJAS URREGO	Documento	1027809007
No. Camé	71761148 - E	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 26 NRO 84BC -19 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DOMINIUM 50mg TNR CJX10TAB	**SERTRALINA**	TABLETAS	SESENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TOMAR	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR MEDIA TABLETA A LAS 9 AM

Nombre Funcionario:	IVAN DARIO ROJAS CARMONA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71761148
Télefono: 3003979676

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148
374
FECHA: 29-08-2025 14:27
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476470
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
685522-NASONEX E.X. INST. (RG) SPR
AY NASAL 0.05% CAJA 18 G
187,486 3 0 0 562,458
137006-ALLEGRA PEDIATRICO SUSPENSI
ON CAJA 150 ML
83,679 3 0 0 251,037
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL)
INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
14,286 3 0 0 42,858
330732-SINGULAIR INST. (RG) COMPRI
MIDOS 10 MG CAJA X 30 UNDS
75,630 3 0 0 226,890

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,453,143
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,453,143
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,453,143 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9059-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA BARRIENTOS MAXIMILIANO
CE 1025670288
CR 53 # 25 - 32 OPORTO CIUDADELA
APTO 1916 TORRE
TELEFONO: 3137014426
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Carlos Rivera Balbo identificado con cédula número 71193084, 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 JCRG

FECHA 29/08/25

OBS: JCRG 71193084

CUFE: c6b439ad9b637a6c3cdb02d49608
bd92f86b690c75e0308856018ef30db15d
65d4a0a3be99a2fb3f74b4d4ab470c6441

No. de Orden 9059

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MAXIMILIANO RIVERA BARRIENTOS	Documento	1025670288
No. Carné	71193064 - D	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SERETIDE 25/50 C/CONT SUSP INHX120D	PROPIONATO FLUTICASONA 50µG SALMETEROL	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PUFF	INHALATORIA	CADA 12 HORAS	90

UN PUFF CADA 12 HORAS (ESQUEMA DE HISTORIA DE PEDIATRÍA DE DICIEMBRE DE 2024)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
MOMETASONA SPRAY NASAL FCOX10ML	MOMETASONA FUROATO HIDRATO 0.5MGML	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	90

DOS PUFF EN CADA FOSA NASAL VCADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
FEXOFENADINA 30MG/5ML FCOX150ML	FEXOFENADINA CLORHIDRATO 0.006MGML	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
5 c.c.	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR 5 CC CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS	SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 PUFF	INHALATORIA	CADA 24 HORAS	90

USAR EN ESQUEMA DE CRISIS COMO ESTÁ ESCRITO EN LA HISTORIA DE PEDIATRÍA

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: SCRG
Documento: 71193064
Télefono: 3137014426

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9059

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: MAXIMILIANO RIVERA BARRIENTOS | Documento: 1025670288
No. Carné: 71193064 - D | Fecha autorización: 29/08/25
Dirección: CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SERETIDE 25/50 C/CONT SUSP INHX120D	PROPIONATO FLUTICASONA 50µG SALMETEROL	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PUFF	INHALATORIA	CADA 12 HORAS	90

UN PUFF CADA 12 HORAS (ESQUEMA DE HISTORIA DE PEDIATRÍA DE DICIEMBRE DE 2024)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
MOMETASONA SPRAY NASAL FCOX10ML	MOMETASONA FUROATO HIDRATO 0.5MGML	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	90

DOS PUFF EN CADA FOSA NASAL VCADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
FEXOFENADINA 30MG/5ML FCOX150ML	FEXOFENADINA CLORHIDRATO 0.006MGML	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
5 c.c.	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR 5 CC CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS	SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 PUFF	INHALATORIA	CADA 24 HORAS	90

USAR EN ESQUEMA DE CRISIS COMO ESTÁ ESCRITO EN LA HISTORIA DE PEDIATRÍA

Nombre Funcionario: JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: SCRG
Documento: 71193064
Télefono: 3137014426

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

108

No. de Orden
9059

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MAXIMILIANO RIVERA BARRIENTOS	Documento	1025670288
No. Carné	71193064 - D	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SINGULAIR 10MG CJX10COMP	**MONTELUKAST SODIO 10MG Tableta masticable**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: SCRG
Documento: 71193064
Télefono: 3137019126

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9059

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MAXIMILIANO RIVERA BARRIENTOS	Documento	1025670288
No. Carné	71193064 - D	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SINGULAIR 10MG CJX10COMP	**MONTELUKAST SODIO 10MG Tableta masticable**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148383
FECHA: 29-08-2025 15:01
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476479
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

137003-ALLEGRA TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
73,300 18 0 0 1,319,400
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL) INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
14,286 3 0 0 42,858
842021-BUDESYNT (BUDESONIDA) INHALADOR 200 MCG CAJA 200 DOSIS
43,098 3 0 0 129,294

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,491,552
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,491,552
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,491,552 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9060-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA BARRIENTOS MATHIAS
TI 1020119766
CR 53 # 25 - 32 OPORTO CIUDADELA TORRE 2 APTO 1916 CABAÑAS-BELLO
TELEFONO: 3137014426
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: JCRG 71193064
CUFE: 8c421a2ca05510fc42dcc68e1f52e8d5b196d79a88b6a643ec98f411bd4c73cba633e80defc0eed8847ce4e739b3ea64

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089025482
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317148408
FECHA: 29-08-2025 16:35
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476504
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

330732-SINGULAIR INST. (RG) COMPRIMIDOS 10 MG CAJA X 30 UNDS
75,630 3 0 0 226,890

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 226,890
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 226,890
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 226,890 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9060-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA BARRIENTOS MATHIAS
TI 1020119766
CR 53 # 25 - 32 OPORTO CIUDADELA TORRE 2 APTO 1916 CABAÑAS-BELLO
TELEFONO: 3137014426
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: JCRG 71193064
CUFE: 994d85a082bb9d3ab916d3b1db4536cc4b5c4aa4cfee628760fb18b4a5b4e1647b30382f16aac215d87bcd5bc66e4a41

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Carlos Rivera Gallego identificado con cédula número 71193064, 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 JCRG

FECHA 29/08/25

No. de Orden
9060

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MATHIAS RIVERA BARRIENTOS	Documento	1020119766
No. Carné	71193064 - F	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB	**FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG**	TABLETAS	180 CIENTO OCH

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) (Recomendación del especialista)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS	**SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol**	FRASCO	3 TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 PUFF	INHALATORIA	CADA 24 HORAS	90

REALIZAR ESQUEMA INDICADO POR PEDIATRÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MONTELUKAST 10MG CJX30TAB	**MONTELUKAST SODIO 10MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	90 NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
BUDESYNT 200MCG FCOX200DOSIS	**BUDESONIDA 200µGD Solución**	FRASCO	3 TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PUFF	INHALATORIA	CADA 12 HORAS	90

HACER UN PUFF CADA 12 HORAS POR TRES MESES.

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: SCRG
Documento: 71193064
Télefono: 3131014426

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9060

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MATHIAS RIVERA BARRIENTOS	Documento	1020119766
No. Carné	71193064 - F	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB	**FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG**	TABLETAS	180 CIENTO OCH

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) (Recomendación del especialista)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS	**SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol**	FRASCO	3 TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 PUFF	INHALATORIA	CADA 24 HORAS	90

REALIZAR ESQUEMA INDICADO POR PEDIATRÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MONTELUKAST 10MG CJX30TAB	**MONTELUKAST SODIO 10MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	90 NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
BUDESYNT 200MCG FCOX200DOSIS	**BUDESONIDA 200µGD Solución**	FRASCO	3 TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PUFF	INHALATORIA	CADA 12 HORAS	90

HACER UN PUFF CADA 12 HORAS POR TRES MESES.

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: SCRG
Documento: 71193064
Télefono: 3131014426

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01