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
405
FECHA: 29-08-2025 16:30
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476501
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 1 10 0 93,060
115509-TIZANIDINA AG INST. TABLETA
S 2 MG CAJA X 20 UNDS
27,260 1 0 0 27,260

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 120,320
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 120,320
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	27,260	0
EXENTAS:	93,060	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9064-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MOSQUERA CEREN MARIA ALEJANDRA
CC 1045498528
CR 70 # 30A - 26 APT 102
TELEFONO: 3104777789
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Maria Alejandra MC
1045498528

CUFE: 9d1b6d6c6f8f6040ff8e8104d9a9
7b29b6f681dda60bfe1c114372cb0968e7
8a31a73f81d0eab7845b97631467e31181

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Alejandra M.C identificado con cédula número 1045[illegible], en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA María Alejandra Mosquera

FECHA 29/08/2025

No. de Orden 9064

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA ALEJANDRA MOSQUERA CEREN	Documento	1045498528
No. Camé	71983748 - E	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 69C NRO 30C -15 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
TIZANIDINA 2MG CJX20 TAB	**TIZANIDINA 2MG Tableta**	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA NOCHE POR 20 DÍAS, SI EL EFECTO ES MUY FUERRTE, TOMAR SOLO MEDIA TAB

Nombre Funcionario:	JOSE ROMALDO MOSQUERA GIRALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Maria Alejandra
Documento: 1045498528
Télefono: 3128692969

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9064

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA ALEJANDRA MOSQUERA CEREN	Documento	1045498528
No. Camé	71983748 - E	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 69C NRO 30C -15 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
TIZANIDINA 2MG CJX20 TAB	**TIZANIDINA 2MG Tableta**	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA NOCHE POR 20 DÍAS, SI EL EFECTO ES MUY FUERRTE, TOMAR SOLO MEDIA TAB

Nombre Funcionario:	JOSE ROMALDO MOSQUERA GIRALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Maria AE
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 13/09/25

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
400
FECHA: 29-08-2025 15:59
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476496
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116501-TEARSOFT INST. CARBOXIMETIL
C SOLUCION OFTALMICA 0.5 % CAJA 15 M
3,949 2 0 0 7,898
249166-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75
MG CAJA X 30 UNDS
28,410 2 0 0 56,820
249168-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 150
MG CAJA X 30 UNDS
56,820 2 0 0 113,640
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 2 0 0 44,820
600148-DIMARD INST. HIDROXICLOROQU
INA TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS
11,160 1 10 0 16,740
115108-ENALAPRIL MK INST. TABLETAS
20 MG CAJA X 150 UNDS
31,050 0 60 0 12,420
340836-VALDOXAN (RG) COMPRIMIDOS 2
5 MG CAJA X 28 UNDS
103,000 4 0 0 412,000
683334-RIVOTRIL INST. DCONTRL SOLU
CION ORAL 2.5 MG CAJA 20 ML
63,674 1 0 0 63,674
303112-CELLCEPT INST.(RG) COMPRIMI
DOS 500 MG CAJA X 50 UNDS
365,250 7 10 0 2,629,800
100279-OSTEOCAL (CALCIO CARBON) IN
ST. TABLETAS 600 MG CAJA X 100 UNDS
13,132 1 20 0 15,758
832004-RYBELSUS NOVO NORDISK TABLE
TAS 3 MG CAJA X 30 UNDS
539,227 1 0 0 539,227

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 3,912,797
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,912,797
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 3,912,797 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9076-DOMICILIO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

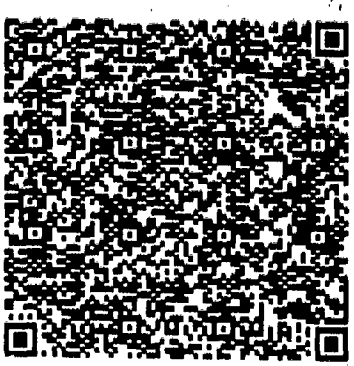
Certificación recibo a satisfacción

Yo Martín Pabón identificado con cédula número 1005665551, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Juan M Pabón

FECHA 29/08/25



3a1757fb49776925a22ad2975a93175 4f
CUFE: 9ef308b95d1df29da5371 61f88b7
ab98ad5a91e54d8d04294 1bee5b2a06f14

OBS:

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 3206322393
ICANA
CR 67A # 48D - 69 AP 401 SURAMER
CC 1005605351
PABON MARTINEZ JUAN MARTIN
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1

No. de Orden 9076

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN MARTIN PABON MARTINEZ	Documento	1005605351
No. Carné	42206515 - B	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CALLE 33 N° 29-110 SINCELEJO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
TEARSOFT SO FCOX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5MGML SO	FRASCO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 FRASCO	OFTÁLMICA	A NECESIDAD	60

3 VECES AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EFEXOR XR 75mg CLP CJX10CAPS	VENLAFAXINA CLORHIDRATO 75mg CLP	CÁPSULA	SESENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EFEXOR XR 150MG CJX10CAPS	VENLAFAXINA CLORHIDRATO 150MG Cápsula de liberación	CÁPSULA	SESENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
VITAMINA D3 2000UI CBL FCOX30CAP	VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	SESENTA

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

FARMA D . 1 EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario:	AMALIA MARIA MARTINEZ GIL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Juan M Pabon
Documento: 1095660655
Télefono: 3[illegible] 8706822378

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9076

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: JUAN MARTIN PABON MARTINEZ | Documento: 1005605351
No. Carné: 42206515 - B | Fecha autorización: 29/08/25
Dirección: CALLE 33 N° 29-110 SINCELEJO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
TEARSOFT SO FCOX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5MGML SO	FRASCO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 FRASCO	OFTÁLMICA	A NECESIDAD	60

3 VECES AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EFEXOR XR 75mg CLP CJX10CAPS	VENLAFAXINA CLORHIDRATO 75mg CLP	CÁPSULA	SESENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EFEXOR XR 150MG CJX10CAPS	VENLAFAXINA CLORHIDRATO 150MG Cápsula de liberación	CÁPSULA	SESENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
VITAMINA D3 2000UI CBL FCOX30CAP	VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	SESENTA

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

FARMA D . 1 EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario: AMALIA MARIA MARTINEZ GIL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9076

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN MARTIN PABON MARTINEZ	Documento	1005605351
No. Carné	42206515 - B	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CALLE 33 N° 29-110 SINCELEJO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DIMARD 200MG CJX20TAB	**HIDROXICLOROQUINA SULFATO 200MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ENALAPRIL 20MG CJX20TAB	**ENALAPRIL MALEATO 20MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
VALDOXAN 25MG CJX28COMP	**AGOMELATINA 25MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

2 JUNTAS DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
Clonazepam 2,5 mg/mL Solución Oral Frasco x 20 mL	**Clonazepam 2,5 mg/mL Solución Oral**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 GOTA(S)	ORAL	CADA 12 HORAS	30

2 GOTAS EN LA MAÑANA Y 2 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	AMALIA MARIA MARTINEZ GIL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Juan M Pabon
Documento: 1005605351
Télefono: 3206322393

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9076

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JUAN MARTIN PABON MARTINEZ	Documento	1005605351
No. Carné	42206515 - B	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CALLE 33 N° 29-110 SINCELEJO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DIMARD 200MG CJX20TAB	**HIDROXICLOROQUINA SULFATO 200MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ENALAPRIL 20MG CJX20TAB	**ENALAPRIL MALEATO 20MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
VALDOXAN 25MG CJX28COMP	**AGOMELATINA 25MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

2 JUNTAS DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
Clonazepam 2,5 mg/mL Solución Oral Frasco x 20 mL	**Clonazepam 2,5 mg/mL Solución Oral**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 GOTA(S)	ORAL	CADA 12 HORAS	30

2 GOTAS EN LA MAÑANA Y 2 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	AMALIA MARIA MARTINEZ GIL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9076

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN MARTIN PABON MARTINEZ	Documento	1005605351
No. Camé	42206515 - B	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CALLE 33 N° 29-110 SINCELEJO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 360
MICOFENOLATO MOFETILO500mgTNR CJX50TNR	**MICOFENOLATO MOFETILO**	TABLETAS	TRESCIENTO

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

CELL CEPT. TOMAR 6 DIARIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
CARBONATO DE CALCIO 600mg CJX30TAB POP	**CALCIO CARBONATO**	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

2 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
Rybelsus 3 mg	**SEMAGLUTIDA**	TABLETAS	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
4 TABLETA	ORAL	CADA SEMANA	60

TOMAR 1 DIA POR MEDIO

Nombre Funcionario:	AMALIA MARIA MARTINEZ GIL

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9076

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	JUAN MARTIN PABON MARTINEZ	Documento	1005605351
No. Camé	42206515 - B	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CALLE 33 N° 29-110 SINCELEJO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 360
MICOFENOLATO MOFETILO500mgTNR CJX50TNR	**MICOFENOLATO MOFETILO**	TABLETAS	TRESCIENTO

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

CELL CEPT. TOMAR 6 DIARIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
CARBONATO DE CALCIO 600mg CJX30TAB POP	**CALCIO CARBONATO**	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

2 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
Rybelsus 3 mg	**SEMAGLUTIDA**	TABLETAS	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
4 TABLETA	ORAL	CADA SEMANA	60

TOMAR 1 DIA POR MEDIO

Nombre Funcionario:	AMALIA MARIA MARTINEZ GIL

Recibido Por:

Firma: Juan M Pabón
Documento: 1005605351
Télefono: 3206322393

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 13/09/25

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: E317148703
FECHA: 30-08-2025 14:01
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1476799
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

347759-DOLEX RAPIDA ACCIÓN AVANZADO TABLETAS 500 MG CAJA X100 UNDS
86,500 0 60 0 51,900
093129-DIPIRONA ECAR TABLETAS 500 MG CAJA X 50 UNDS
10,250 1 10 0 12,300
134779-TRAMADOL GENFAR GOTAS 100 MG CAJA 10 ML
3,098 2 0 0 6,196
137024-CLEXANE (RG) J.PRELLENADA 40 MG CAJA X 10 UNDS
148,464 1 5 0 222,696

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 293,092
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 293,092
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 293,092 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: urgencias
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BERMUDEZ LUZ ESTELA
CC 32533440
CL 38B SUR # 26 - 2 AP 611 TR 1
MONTEVENTO
TELEFONO: 3152756193
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

OCAMPO BETANCUR JHON FERNANDO
ESPECIALIDAD
ORTOPEDIA

OBS: 8980138

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Liberdo Urquita U identificado con cédula número 8280138, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 8-30-21

CUFE: 0569d3602df21f04fd2f2f0e9680
6d44bc9e5dd64d379aca5f44936a9a5f
b506a0e992b91977d41a497fbdf89e7140

EL HOSPITAL CON ALMA
PabloTobónUribe

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación:	CEDULA DE CIUDADANIA (CC) 32533440	
Paciente:	LUZ STELLA BERMUDEZ DE HIGUITA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	10/08/1954	**Edad:** 71 Años

Identificador Único: 1099004-2 **Fecha:** 2025/08/30

MEDICAMENTOS **DX:** M179 - ORIGINAL - **Prioridad**

1. **Acetaminofen 500 mg Tableta** **Cantidad total :** 60 / sesenta, tableta(s) Normal

2 tableta(s), Oral, Cada 8 horas, por 10 Días, Puede requerir ajuste en falla renal según criterio médico, A PARTIR DE : 2025/08/30

2. **Dipirona 500 mg Tableta** **Cantidad total.:** 60 / sesenta, tableta(s) Normal

2 tableta(s), Oral, Cada 8 horas, por 10 Días, A PARTIR DE : 2025/08/30

3. **Tramadol 100 mg/mL Solución oral Frasco x 10 mL** **Cantidad total :** 2 / dos, frasco Normal

6 gotas, Oral, Cada 8 horas, por 10 Días, 1 mililitro (mL) equivale a 30 gotas, A PARTIR DE : 2025/08/30

Firmado Por: **JHON FERNANDO OCAMPO BETANCUR**
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - Registro: 5-2191-03,
(CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 71776055

Firmado Electrónicamente

Fbando Higuita C.
8728013 8
Telef 3044687856

EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

Tipo y número de identificación:	CEDULA DE CIUDADANIA (CC) 32533440		
Paciente:	LUZ STELLA BERMUDEZ DE HIGUITA		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	10/08/1954	**Edad:**	71 Años

Identificador Único: 1099004-2 **Fecha:** 2025/08/30

8

MEDICAMENTOS **DX:** M179 - COPIA - **Prioridad**

1. Enoxaparina 40 mg/0.4 mL Solucion inyectable Jeringa precargada Cantidad total : 15 / quince, jeringa precargada Normal

40 miligramos (mg), Subcutánea, Cada 24 horas, por 15 Días, Este medicamento es una heparina de bajo peso molecular y se encuentra incluido en el Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023, por tanto se encuentra incluído en el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC (Unidad de Pago por Capitación), A PARTIR DE : 2025/08/30

Firmado Por: **CARLA VALENTINA VANEGAS MARIN**
RESIDENTE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA -
Registro: 1037640698, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA,
1037640698

Firmado Electrónicamente

LUZ STELLA BERMUDEZ DE HIGUITA
32533440
Telef 3044689486
Firma Higuita

9

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331267
744
FECHA: 20-08-2025 15:29
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2708556
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255953-PROLEVO CAPSULAS BLANDAS 15
0 MCG CAJA X 60 UNDS
115,905 1 0 0 115,905

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 115,905
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 115,905
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 115,905 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 8355
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RODRIGUEZ DE VELEZ AMPARO DEL SOC.
CC 39160573
CR 49 # 126 S - 12 BARRIO OLAYA
HERRERA CALDAS
TELEFONO: 6104870
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
ML I.GENERAL

OBS: 1528063

CUFE: 7231bd0b96401bd06a92a215c7f7
ad976a0fd7516bbf36ad3dfb5beceb2851
b573f2ff3c9938641ec6fea049455e013f

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Fernando Vélez identificado con cédula número 15250663, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 20-8 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 39160573

Beneficiario
AMPARO RODRIGUEZ DE VELEZ
No. Carné 15250663 - C

15250663

Fecha **13 AGOSTO 2025**

PROLEVO CAPSULAS BLANDAS 150 MCG CAJA X 60 UNDS (LEVOTIROXINA SODICA 150mcg)	VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, DE LUNES A SÁBADO, DESCANSA DOMINGOS.	60 TAB	SESENTA
FORMULA PARA DOS MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 8355

11

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331267
755
FECHA: 20-08-2025 15:50
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2708567
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

043011-BAYCUTEN-N CREMA CAJA 20 G(
PF)
28,354 1 0 5,004 28,354

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 28,354
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 28,354
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 28,354 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 8636
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR ALZATE MIRIAM ELENA
CC 32526027
CL 106B SUR # 51 - 42 LA ESTRELLA
APT.202
TELEFONO: 3116655028
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: Cliente CC. 32526027

CUFE: dc71e9a07d429b9bda8b6c76c32f
eab76942093cf642555aac1b86542b50ed
4eebf205b99616e3eaa9b7cbe4931d2fa0



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Milian Esrobar A identificado con cédula número 32526027, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA Agosto 20/25

No. de Orden 8636

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MIRIAM ELENA ESCOBAR ALZATE	Documento	32526027
No. Carné	73075292 - B	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	Tranv. 40 # 26 - 20 Bruselas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
BAYCUTEN-N 1% CR TUBX20G	C L O T R I M A Z O L 10MGGNEOMICINA SULFATO	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
10 APLICAR	TÓPICA	CADA 8 HORAS	90

2 VEC E SLA DIA NO MA S DE 1 SEMANA

Nombre Funcionario:	AVILA HILDEBERTO VILLALOBOS DE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32526027
Télefono: 3116655024

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8636

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: MIRIAM ELENA ESCOBAR ALZATE | Documento: 32526027
No. Carné: 73075292 - B | Fecha autorización: 20/08/25
Dirección: Tranv. 40 # 26 - 20 Bruselas
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: BAYCUTEN-N 1% CR TUBX20G | Molécula: C L O T R I M A Z O L 10MGGNEOMICINA SULFATO | Tipo: TUBO | Total 1: UN

Dosis: 10 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 90

2 VEC E SLA DIA NO MA S DE 1 SEMANA

Nombre Funcionario: AVILA HILDEBERTO VILLALOBOS DE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32526027
Télefono: 3116655028

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331261
812
FECHA: 06-08-2025 16:16
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2702624
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

102730-SICCAFLUID GEL 0.25% CAJA 1
0 G
37,581 3 0 0 112,743
181303-SYNTHROID TABLETAS 125 MCG
CAJA X 90 UNDS
167,072 1 0 0 167,072
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 22 6 0 817,560
100218-++++DOLEX INST. TABLETAS 50
0 MG CAJA X 200 UNDS
227,065 1 70 0 306,538
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 18 0 0 750,600

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,154,513
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,154,513
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,154,513 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7981-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALMEIDA DE CARDONA ROSA MARIA
CC 41655129
CR 48 # 76D SUR - 34 ED. LAS VEGA
S PLAZA APT3017 PISO 3 SABANETA
TELEFONO: 3195533788
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

Rosa Inés Almeida
OBS: CC 41655129

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rosa Mará Almeda identificado con cédula número 41655129, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rosa María Almeda de C.

FECHA 6-8-2025

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 06/Agosto/25 CÉDULA: 41655129

USUARIO: Rosa Mª Cardona ORDEN: 7981

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Sertrex	1	

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
	Itagui	3749200

CUFE: 8246a6d7abccf181fcdfaca5097c
7634bc027d19c02e6bde7160bc974b5bca
3b6e3a57c5844bf49a9266421246ccc94

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331270
611
FECHA: 27-08-2025 16:37
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2711423
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115538-SERTREX (SEVELAMER) INST. T
ABLETAS 800 MG CAJA X 90 UNDS
287,000 1 0 0 287,000

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 287,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 287,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	287,000	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 7981-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALMEIDA DE CARDONA ROSA MARIA
CC 41655129
CR 48 # 76D SUR - 34 ED. LAS VEGA
S PLAZA APT3017 PISO 3 SABANETA
TELEFONO: 3195533788
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: LUKAS F. CARDONA
CC. 80028014
CEL. 3013760160
CUFE: 3bdcfb14aa5baba99f4e315f3dfc
edb714cac92aa3c25af91d8ff4342fe08e
23f6dc1c3181dc9b462b76d0205eba28cd



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo LUKAS CARDONA ALMEIDA identificado con cédula número 800278014, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA LUKAS F CARDONA

FECHA 27-08-25

No. de Orden 7981

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSA MARIA ALMEIDA DE CARDONA	Documento	41655129
No. Carné	70072211 - C	Fecha autorización	05/08/25
Dirección	Carrera 80 N°65A 20		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SICCAFLUID 0.25% GO FCOX10G	POLIACRILICO ACIDO 2.5mcg GO	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SERTREX 800mg TNR POTEX90TAB	SEVELAMER CLORHIDRATO	TABLETAS	NOVENTA

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

3 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SYNTHROID 125MCG CJX90TAB	LEVOTIROXINA Sodio 125MCG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 6 HORAS	90

1 EN AYUNA S

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

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

3 DIARIAS

Nombre Funcionario:	CESAR ARMANDO CARDONA ARANDA

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Rosa Maria Almeida
Documento: 41655129
Télefono: 3145533788

Fecha de vencimiento: 20/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 7981

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ROSA MARIA ALMEIDA DE CARDONA	Documento	41655129
No. Camé	70072211 - C	Fecha autorización	05/08/25
Dirección	Carrera 80 N°65A 20		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SICCAFLUID 0.25% GO FCOX10G	POLIACRILICO ACIDO 2.5mcg GO	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SERTREX 800mg TNR POTEX90TAB	SEVELAMER CLORHIDRATO	TABLETAS	NOVENTA

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

3 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SYNTHROID 125MCG CJX90TAB	LEVOTIROXINA Sodio 125MCG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 6 HORAS	90

1 EN AYUNA S

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

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

3 DIARIAS

Nombre Funcionario:	CESAR ARMANDO CARDONA ARANDA

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Rosa Maria Almeida
Documento: 41655129
Télefono: 3145533788

Fecha de vencimiento: 20/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 7981

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSA MARIA ALMEIDA DE CARDONA	Documento	41655129
No. Carné	70072211 - C	Fecha autorización	05/08/25
Dirección	Carrera 80 N°65A 20		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

3 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 540
CALTRATE 600 + D CJX30TAB	CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI	TABLETAS	QUINIENTOS

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

7 TABELTAS DIARIAS

Nombre Funcionario:	CESAR ARMANDO CARDONA ARANDA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 41655129
Télefono: 3195533788

Fecha de vencimiento: 20/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 7981

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario: ROSA MARIA ALMEIDA DE CARDONA | Documento: 41655129
No. Carné: 70072211 - C | Fecha autorización: 05/08/25
Dirección: Carrera 80 N°65A 20
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

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

Dosis: 3 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90

3 AL DIA

Medicamentos: CALTRATE 600 + D CJX30TAB | Molécula: CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | Tipo: TABLETAS | Total 540: QUINIENTOS

Dosis: 7 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90

7 TABELTAS DIARIAS

Nombre Funcionario: CESAR ARMANDO CARDONA ARANDA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 41655129
Télefono: 3195533788

Fecha de vencimiento: 20/08/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331267444
FECHA: 19-08-2025 19:53
VENDEDOR: GIOVANNY ESTEBAN GUTIERRE
SECUENCIA: 2708256
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404300-IBUFLASH MIGRAÑA TABLETAS 400MG/250MG/65MG CAJA X 30 UNDS
66,891 0 18 0 40,135
405379-ADVIL MAX INST. 400 MG CAJA X 10 UNDS
13,630 1 0 0 13,630
019085-TRANEXAM TABLETAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
32,880 1 0 0 32,880

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 86,645
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 86,645
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 86,645 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8569---domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEREZ ESTRADA LUNA
TI 1020429777
CR 62A # 74 S - 164 URB TUKANA TOR 01 APT 1801 ESTRELLA
TELEFONO: 6112403
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 X Luna Perez Estrada
C.C 1020429777
OBS: Tel 3193038167

CUFE: 9fa1d6e509cd92992c035b4340d3a336ae8eec788ff6dd31389582fc2e7104d0a6a09978df9446e6318cf5c11e2e9e07



DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331270
592
FECHA: 27-08-2025 16:03
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2711404
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669316-IMIPRAMINA HUMAX INST. TABL
ETAS 25 MG CAJA X 100 UNDS
10,300 0 90 0 9,270

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 9,270
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 9,270
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 9,270 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8569--DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEREZ ESTRADA LUNA
TI 1020429777
CR 87 SUR # 65A - 371 URB FELICIT
Y TOR 04 APT 1725
TELEFONO: 3193038187
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

x Beatriz Estrada
C.C 43834857
OBS: Tel 3508828393

CUFE: 491dc75b1c2cc5aeb7fd97f9664c
06aa830b4c92f57383bbde60649f89405a
f9d294fea8e95bdb78d705b6bd5c317744

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Beatriz elena Estrada identificado con cédula número 43834857, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Beatriz elena Estrada

FECHA 27 de agosto 2025

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lona Pérez Estrada identificado con cédula número 1020429777, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Lona Pérez

FECHA Agosto 19 de 2025

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 19-08-2025 CÉDULA: 1020429777.

USUARIO: Lona Perez # ORDEN: 8569

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
imipramina 10mg	90	19-08-2025

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Giovanny Gutierrez	Itagüí	3711980

No. de Orden 8569

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUNA PEREZ ESTRADA	Documento	1020429777
No. Carné	3481431 - F	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	Clle 1 B # 54-10 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
IMIPRAMINA 10mg TAB CJX100TAB	**IMIPRAMINA CLORHIDRATO**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 6 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
ADVIL MAX 400MG CJX10CAP	**IBUPROFENO 400MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 8 HORAS	3

INICIAR CON DOS JUNTAS DOSIS ÚNICA Y CONTINUAR CADA 8 HORAS POR DOLOR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
TRANEXAM 500MG CJX10TAB	**TRANEXAMICO ACIDO 500MG Tableta**	TABLETAS	DIEZ

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

USAR UNICAMENTE EN CASO NECESARIO: 1 C/ 12 HORAS POR 3 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 18
IBUFLASH MIGRAN CJX18 CAP	**IBUPROFENO 400MGACETAMINOFEN**	CÁPSULA	DIECIOCHO

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

TOAR ÚNICAMENTE EN CASO DE DOLOR DE CABEZA MUY FUERTE

Nombre Funcionario:	FRANCISCO LUIS PEREZ SILVA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Lona Perez
Documento: 1020429777
Télefono: 3103036167

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8569

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: LUNA PEREZ ESTRADA | Documento: 1020429777
No. Carné: 3481431 - F | Fecha autorización: 19/08/25
Dirección: Clle 1 B # 54-10 MEDELLIN
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: IMIPRAMINA 10mg TAB CJX100TAB | Molécula: IMIPRAMINA CLORHIDRATO | Tipo: TABLETAS | Total 90: NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA NOCHE A LAS 6 PM

Medicamentos: ADVIL MAX 400MG CJX10CAP | Molécula: IBUPROFENO 400MG Cápsula de gelatina blanda | Tipo: CÁPSULA | Total 10: DIEZ
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 3
INICIAR CON DOS JUNTAS DOSIS ÚNICA Y CONTINUAR CADA 8 HORAS POR DOLOR

Medicamentos: TRANEXAM 500MG CJX10TAB | Molécula: TRANEXAMICO ACIDO 500MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 10: DIEZ
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 5
USAR UNICAMENTE EN CASO NECESARIO: 1 C/ 12 HORAS POR 3 DÍAS

Medicamentos: IBUFLASH MIGRAN CJX18 CAP | Molécula: IBUPROFENO 400MGACETAMINOFEN | Tipo: CÁPSULA | Total 18: DIECIOCHO
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOAR ÚNICAMENTE EN CASO DE DOLOR DE CABEZA MUY FUERTE

Nombre Funcionario: FRANCISCO LUIS PEREZ SILVA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: Lona Perez
Documento: 1020429777
Télefono: 3103036167
Fecha de vencimiento: 03/09/25
GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331268585
FECHA: 22-08-2025 18:10
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2709397
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213077-CARMELUB TEARSGEL MK GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML
11,154 3 0 0 33,462
132012-ACICLOVIR GENFAR INST. UNGUENTO 5% 15 G
4,328 1 0 0 4,328
123100-SPASMOMEN INST. (BROM. OTILON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
41,580 2 0 0 83,160

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 120,950
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 120,950
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 120,950 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8705-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RAMIREZ MARIN ADRIANA MARIA
CC 42765494
CR 56C # 77 S - 138 BARRIO LAS BRISAS (LA ESTRELLA)
TELEFONO: 2795392
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

Adriana Mª Ramirez M
OBS: 3052418777.
CC42765494
CUFE: Insertado desde codigo. Pendiente envio a Cadena

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Adriana M. Ramirez M identificado con cédula número 42765494, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Adriana M. Ramirez M

FECHA 17.08.2023

No. de Orden 8705

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ADRIANA MARIA RAMIREZ MARIN	Documento	42765494
No. Carné	70517598 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 56c No 77 SUR 138 LA ESTRELLA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML**	FRASCO	TRES (3)

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 4 HORAS	90

APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS POR 6 MESES. ENTREGA 3/6

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ACICLOVIR 5% UNG TBOX10G	**ACICLOVIR 5G Ungüento**	TUBO	UN (1)

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 8 HORAS	10

APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN LAS ÁREAS LESIONADAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
SPASMOMEN 40MG CJX30GRG	**OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	SESENTA (60)

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

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

Nombre Funcionario:	JORGE ELIECER RIOS RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Adriana Ramirez.
Documento: 42765494
Télefono: 3052418777.

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8705

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario: ADRIANA MARIA RAMIREZ MARIN | Documento: 42765494
No. Carné: 70517598 - C | Fecha autorización: 21/08/25
Dirección: CRA 56c No 77 SUR 138 LA ESTRELLA
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML | Molécula: CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML | Tipo: FRASCO | Total: TRES (3)
Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 4 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS POR 6 MESES. ENTREGA 3/6

Medicamentos: ACICLOVIR 5% UNG TBOX10G | Molécula: ACICLOVIR 5G Ungüento | Tipo: TUBO | Total: UN (1)
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 10
APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN LAS ÁREAS LESIONADAS

Medicamentos: SPASMOMEN 40MG CJX30GRG | Molécula: OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta | Tipo: TABLETAS | Total: SESENTA (60)
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR DOLOR ABDOMINAL

Nombre Funcionario: JORGE ELIECER RIOS RESTREPO
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: Adriana Ramirez.
Documento: 42765494
Télefono: 3052418777.
Fecha de vencimiento: 05/09/25
GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331268584
FECHA: 22-08-2025 18:07
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2709396
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

134485-MELOXICAM GENFAR TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS
11,966 1 0 0 11,966
132030-AMOXICILINA GENFAR INST. CAPSULAS 500 MG CAJA X 50 UNDS
12,800 0 20 0 5,120
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 20 0 22,880

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 39,966
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 39,966
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 39,966 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8750-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MIRA LOPEZ KAREN TATIANA
CC 1026142697
CL 136 SUR # 48 - 26 BARRIO CRISTO REY
TELEFONO: 3022255178
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

DELGADO TORRES INGRID NIRIANY
ESPECIALIDAD
ODONTOLOGIA xKarenMiral.
---------- C.C 1026142697
OBS: Tel: 3022255178

CUFE: 6d96f694ba79af749f3058ed7619a71fe0fae639ca24a3afa2128fe1965890
9ba8235e36a5f88a8ef805f8487f7c3e58

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Karen Mira López identificado con cédula número 1026142697, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Karen Mira L.

FECHA 17/09/2025

No. de Orden 8750

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	KAREN TATIANA MIRA LOPEZ	Documento	1026142697
No. Carné	98589653 - C	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	BELLO -CALLE 56 NRO 63A- 26		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
MELOXICAM 7.5MG CJX10TAB	**MELOXICAM 7.5MG Tableta**	TABLETAS	DIEZ

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

2 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
AMOXICILINA 500MG CJX60CAPS	**AMOXICILINA TRIHIDRATO 500MG Cápsula de cubierta**	CÁPSULA	VEINTE

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

TOMAR 3 AL DIA POR 5 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DOLEX 500MG CJX100TR	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	VEINTE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 6 HORAS	4

4 AL DIA POR 4 DIAS

Nombre Funcionario:	JUAN DIEGO BEDOYA QUINTERO

Ingrid Delgado

INGRID NIRIANY DELGADO TORRES
RM: 76-0760-16

Recibido Por:
Firma: Karen Mira
Documento: 1026142697
Télefono: 3022255178

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8750

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: KAREN TATIANA MIRA LOPEZ | Documento: 1026142697
No. Carné: 98589653 - C | Fecha autorización: 22/08/25
Dirección: BELLO -CALLE 56 NRO 63A- 26
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: MELOXICAM 7.5MG CJX10TAB | Molécula: MELOXICAM 7.5MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 10: DIEZ
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 5
2 AL DIA

Medicamentos: AMOXICILINA 500MG CJX60CAPS | Molécula: AMOXICILINA TRIHIDRATO 500MG Cápsula de cubierta | Tipo: CÁPSULA | Total 20: VEINTE
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 5
TOMAR 3 AL DIA POR 5 DIAS

Medicamentos: DOLEX 500MG CJX100TR | Molécula: ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | Tipo: TABLETAS | Total 20: VEINTE
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 6 HORAS | Tiempo tratamiento: 4
4 AL DIA POR 4 DIAS

Nombre Funcionario: JUAN DIEGO BEDOYA QUINTERO
Ingrid Delgado
INGRID NIRIANY DELGADO TORRES
RM: 76-0760-16
Recibido Por:
Firma: Karen Mira
Documento: 1026142697
Télefono: 3022255178
Fecha de vencimiento: 06/09/25
GTH-F-005 V.01

25

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331270
957
FECHA: 28-08-2025 14:45
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2711769
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

375886-WELLBUTRIN XL (RG) TABLETAS
150 MG CAJA X 30 UNDS
58,530 3 0 0 175,590
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,700 0 90 0 50,310
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 268,106
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 268,106
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 268,106 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8896 DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ RUIZ MARTA EDILMA
CC 39298296
CR 54 # 153 SUR - 89 APAR/201 TOR
R1 CALDAS VEREDA PRIMAVERA
TELEFONO: 3113516877
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 Marta E. Ruiz S.
MEDI.GENERAL 39.298.296.

OBS: 302 284 1770

CUFE: a935bbc9cd3291792bf83fd4ce4c
62d7ded62117166944bfc0137d4924fbd2
ff470bdcd57b996877f9476d73a13f18ad

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo MARTA EDILMA RUIZ identificado con cédula número 39298296., en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 E. Ruiz G.

FECHA 28-08-2025

No. de Orden 8896

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTA EDILMA GOMEZ RUIZ	Documento	39298296
No. Carné	43913918 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección			
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
WELLBUTRIN XL 150MG FCOX30TAB	BUPROPION CLORHIDRATO 150MG Tableta de liberación	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB	QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

MK, PARA 1 ANTES D E ACOSTARSE

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

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	DIANA MARIA AGUDELO RUIZ

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Marta E. Ruiz
Documento: 39.298 296
Télefono: 302 284 17 70

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8896

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARTA EDILMA GOMEZ RUIZ	Documento	39298296
No. Carné	43913918 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección			
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
WELLBUTRIN XL 150MG FCOX30TAB	BUPROPION CLORHIDRATO 150MG Tableta de liberación	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB	QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

MK, PARA 1 ANTES D E ACOSTARSE

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

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	DIANA MARIA AGUDELO RUIZ

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Marta E. Ruiz
Documento: 39.298 296.
Télefono: 302-284 17 70.

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 51 # 51 - 4
TELEFONO: 4441400 - 3778315
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E331 1 A: E331 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E331270
956
FECHA: 28-08-2025 14:38
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2711768
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

094012-ARTROFITUM 3D CAPSULAS 435M
G CAJA X 84 UNDS
114,589 1 0 0 114,589
115102-PREDNISONA MK INST. TABLETA
S 50 MG CAJA X 300 UNDS
267,600 0 60 0 53,520
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICI
NA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
27,480 3 0 0 82,440
132613-PIROXICAM GENFAR INST GEL 0
.5 % CAJA 40 G
5,716 1 0 0 5,716

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 256,265
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 256,265
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 256,265 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8938-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOTERO BOTERO MARIA RAQUEL
CC 20982817
CR 50A # 26 - 36 URB.EL ENCANTO
2 INT.225 ITAGUI
TELEFONO: 3126197100
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
éFactura 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 Luz Elena Mejía Mazo identificado con cédula número 42895043, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 28/2025



CUFE: 97d932dcc97e7562404d4db3effe65
65715aa53c580a9c65cc07624a9fa8b692
c8625d9797b82d8647481823e88b89fb0b

No. de Orden
8938

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA RAQUEL BOTERO BOTERO	Documento	20982817
No. Carné	5816269 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CRA 5 # 3 - 06 TABIO CUNDINAMARCA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 84
ARTROFITUM	**ARTROFITUM**	CÁPSULA	OCHENTA Y

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

1 DIARIAMEENTE , HASTA FEBRERO/26 ORDENADA POR REUMATOLOGIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
PREDNISONA 50mg TAB CJX100TAB	**PREDNISONA**	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIA , HASTA FEBRERO/26

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
COLCHICINA 0.5mg TAB CJX300TAB	**COLCHICINA**	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

2 AL DIA , HASTA FEBRERO/2026

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PIROXICAM 0.5% GEL CJXTUB40G	**PIROXICAM**	TUBO	UN

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

3 VECES AL DIA HASTA FEBRERO/2026

Nombre Funcionario:	HERNANDO GAITAN MARQUEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 4664 3.668
Télefono: 3016810439

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8938

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	MARIA RAQUEL BOTERO BOTERO	Documento	20982817
No. Camé	5816269 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CRA 5 # 3 - 06 TABIO CUNDINAMARCA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 84
ARTROFITUM	**ARTROFITUM**	CÁPSULA	OCHENTA Y

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

1 DIARIAMEENTE , HASTA FEBRERO/26 ORDENADA POR REUMATOLOGIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
PREDNISONA 50mg TAB CJX100TAB	**PREDNISONA**	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIA , HASTA FEBRERO/26

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
COLCHICINA 0.5mg TAB CJX300TAB	**COLCHICINA**	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

2 AL DIA , HASTA FEBRERO/2026

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PIROXICAM 0.5% GEL CJXTUB40G	**PIROXICAM**	TUBO	UN

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

3 VECES AL DIA HASTA FEBRERO/2026

Nombre Funcionario:	HERNANDO GAITAN MARQUEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 4664 3.668
Télefono: 3016810439

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E238 1 A: E238 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E238363
44
FECHA: 21-08-2025 18:45
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 353547
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277474-PREPARADO MAGISTRAL
189,000 1 0 0 189,000

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 189,000
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 189,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 189,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 7814-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IDARRAGA GIRALDO ELVIA DEL SOCORRO
CC 43466309
CR 30 # 31A - 32 EDF. MALL PLAZA
APTO 504, FRENTE AL COMANDO
TELEFONO: 3146419676
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: 7ee7e70acf8745ab742700d9e957
cc3abcc2911f7afd21ce1c10a61f5a0643
eedc426fd5d9b7c1de23e667ef9f1720d0

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Elvia Idarraga identificado con cédula número 43466309, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Elvia Idarraga

FECHA 23-08-2024.

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 01-08-25 CÉDULA: 43466309

USUARIO: Elvia Idarraga # ORDEN: 7819.

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
preparado magistral	1	23-08-25

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Estella Henao	San Fernando	

3137455474

43466309

Elvia Idarraga

30

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

Beneficiario
ELVIA DEL S. IDARRAGA GIRALDO
No. Carné 71110204

D.I. 43466309

Fecha **01 AGOSTO 2025**

CLOBETASOL LACA 8% csp 10ML	TÓPICA: APLICAR SOBRE UÑAS AFECTADAS DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DERMATÓLOGA, POR TRES MESES.	01 FCO UNO

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

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 7814

X Elvia Idarraga

X 43466309

X 3137454577

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890.41663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E238 1 A: E238 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E238362
36
FECHA: 20-08-2025 14:53
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 353439
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115104-FLAVOXATO (BLADURIL) INST.
GRAGEAS 200 MG CAJA X 10 UNDS
34,090 1 0 0 34,090
221586-OVESTIN OVULOS 0.5 MG CAJA
X 15 UNDS
47,805 1 0 0 47,805

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 81,895
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 81,895
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 81,895 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8612 DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZAPATA CARDONA CLAUDIA MARIA
CC 43085644
CR 20 # 4 - 68 EL TAMBO DESPUES
COLEGIO M AUXILIADORA5 CASA
TELEFONO: 3113786791
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: 3a8d13abf5798d9834b14931ab80

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Claudia Mª Zapata identificado con cédula número 43.085.644, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Mª Zapata

FECHA Agosto 20/2025

Claudia Mª Zapata

43-085-644

Tel 311 378 6791

6345974f321f1f80677387efb1bcecc73a

No. de Orden 8612

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CLAUDIA MARIA ZAPATA CARDONA	Documento	43085644
No. Carné	70514651 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
BLADURIL 200MG CJX10GRAG	**FLAVOXATO CLORHIDRATO 200MG Tableta Recubierta**	GRAGEA	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GRAGEA	ORAL	CADA 8 HORAS	3

3 AL DIA POR 3 DIAS , SOLO SI HAY SINTOMAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 12
OVESTIN® OVULOS VAGINALES	**ESTRIOL 0,5MG**	ÓVULOS	DOCE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA SEMANA	90

1 SEMANAL POR 3 MESES

Nombre Funcionario:	JESUS BERNARDO ARANGO HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43 085 644
Télefono: 3113786791

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8612

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	CLAUDIA MARIA ZAPATA CARDONA	Documento	43085644
No. Carné	70514651 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
BLADURIL 200MG CJX10GRAG	**FLAVOXATO CLORHIDRATO 200MG Tableta Recubierta**	GRAGEA	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GRAGEA	ORAL	CADA 8 HORAS	3

3 AL DIA POR 3 DIAS , SOLO SI HAY SINTOMAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 12
OVESTIN® OVULOS VAGINALES	**ESTRIOL 0,5MG**	ÓVULOS	DOCE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA SEMANA	90

1 SEMANAL POR 3 MESES

Nombre Funcionario:	JESUS BERNARDO ARANGO HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43.085644
Télefono: 3113786791

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
8909416 -1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E238 1 A: E238 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E238362
77
FECHA: 21-08-2025 09:19
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 353480
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116800-SYSTANE ULTRA INST. GOTAS O
FTALMICAS CAJA 10 ML
36,114 2 0 0 72,228

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 72,228
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 72,228
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 72,228 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8695DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TORRES QUINTERO BLANCA EDILMA
CC 43457151
CR 48 # 53 - 23 ARRIBA GALAXIA I
NTERIOR 301
TELEFONO: 3057050040
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: 6289b486e6a6bf8f11637145f7ee
60aaf4404640fc4eee8baab876be1815f8
beb1b15846b2679fadbe076f64b4cfffd2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

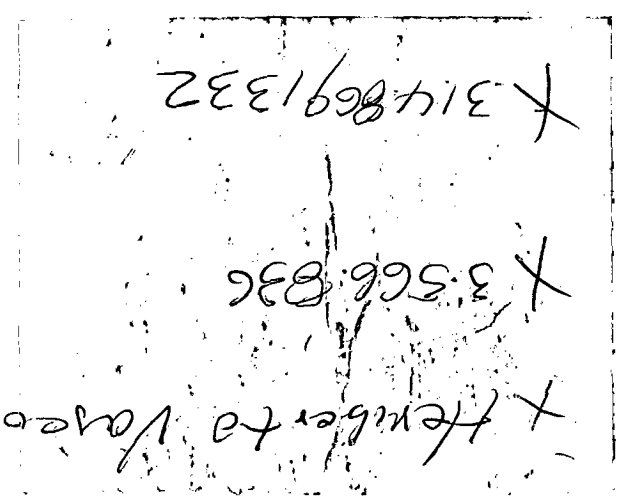
Certificación recibo a satisfacción

Yo Heriberto Vasco identificado con cédula número 3.566.836, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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



No. de Orden 8695

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BLANCA EDILMA TORRES QUINTERO	Documento	43457151
No. Camé	3566836 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 48 NRO 53-23 INT 301 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
SYSTANE ULTRA (0.4+0.3)%FCOX10ML	POLIETILENGLICOL 400+PROPILENGLICOL	FRASCO	DOS

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

EN AMBOS OJOS 4 VECE S AL DIA , SUSPENDER EL FREEGEN

Nombre Funcionario:	VASCO GUERRA HERIBERTO DE JESUS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 3566836
Télefono: 3148691332

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8695

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: BLANCA EDILMA TORRES QUINTERO | Documento: 43457151
No. Camé: 3566836 - C | Fecha autorización: 21/08/25
Dirección: CRA 48 NRO 53-23 INT 301 RIONEGRO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: SYSTANE ULTRA (0.4+0.3)%FCOX10ML | Molécula: POLIETILENGLICOL 400+PROPILENGLICOL | Tipo: FRASCO | Total 2: DOS

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

EN AMBOS OJOS 4 VECE S AL DIA , SUSPENDER EL FREEGEN

Nombre Funcionario: VASCO GUERRA HERIBERTO DE JESUS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 3566835
Télefono: 3148691332

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E238 1 A: E238 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E238364
06
FECHA: 22-08-2025 16:09
VENDEDOR: LUZ STELLA MENAO MONTOYA
SECUENCIA: 353609
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJ
A X 5 UNDS
40,775 12 0 0 489,300
385852-VOLTAREN GEL 1 % CAJA 30 G
35,861 2 0 0 71,722

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 561,022
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 561,022
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 561,022 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8784 DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DUQUE DE CARDONA MARIA LUCILA
CC 22049359
AVENIDA 20 JULIO 26 07 INTERNET S
AN FERRER SAN VIC
TELEFONO: 3137454577
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: 74107dcc7b014b934579a927cbae
ca0db7d97181605f8b602ba1e2c6376ba9
c83dc15b1eb5385e35823f13e344479469

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

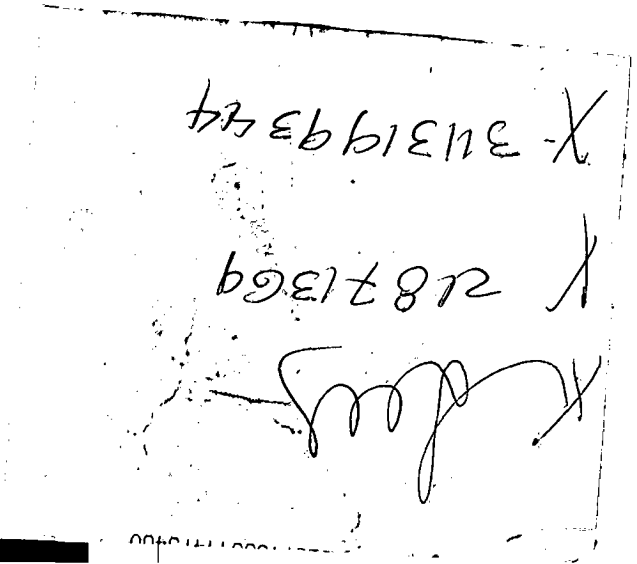
Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Eddma Corcona identificado con cédula número 21871369, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 8784

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA	Documento	22049359
No. Carné	21871369 - A	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CRA 61D NRO 42-58 BARRIO PORVENIR - RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
VERSATIS PARCHES 5% PAR CJx15	**LIDOCAINA**	PARCHE	SESENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	60

PARTIRLO Y COLOCAR EN PUNTOS GATILLOS EN RODILLAS 7 PM Y RETIRAR ALAS 7 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel**	TUBO	DOS

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

APLCIAR EN RODILLAS Y HOMNBRO DERECHO EN LA MAÑANA Y MEDIO DIA

Nombre Funcionario:	LUZ EDILMA CARDONA DUQUE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21871369
Télefono: 3113199344

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8784

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA	Documento	22049359
No. Carné	21871369 - A	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CRA 61D NRO 42-58 BARRIO PORVENIR - RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
VERSATIS PARCHES 5% PAR CJx15	**LIDOCAINA**	PARCHE	SESENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	60

PARTIRLO Y COLOCAR EN PUNTOS GATILLOS EN RODILLAS 7 PM Y RETIRAR ALAS 7 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel**	TUBO	DOS

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

APLCIAR EN RODILLAS Y HOMNBRO DERECHO EN LA MAÑANA Y MEDIO DIA

Nombre Funcionario:	LUZ EDILMA CARDONA DUQUE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21871369
Télefono: 3113199344

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SAN FRANCISCO
CRA 48 # 50 19 LOCAL 111
TELEFONO: 5612020 - 5612083
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E238 1 A: E238 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E238364
34
FECHA: 22-08-2025 18:28
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 353637
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

223055-BILAXTEN (RG) COMPRIMIDOS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
32,427 3 0 0 97,281
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.
5 MCG CAJA 120 DOSIS
29,469 2 0 0 58,938
115103-OLOFTAL MK INST. GOTAS OFTA
LMICAS 0.2 % CAJA 5 ML
11,107 3 0 0 33,321

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 189,540
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 189,540
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 189,540 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8799 Domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BEJARANO RESTREPO JUAN JOSE ALEJAND
CC 1036252256
CL 27 # 29 - 47 BARRIO TAHAMIES
3 PISO CARMEN DE VIBORAL
TELEFONO: 4986872 -
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 Juan Jose A. Bejarano identificado con cédula número 1036752256, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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

OBS:

CUFE: a265f6f4f3007bdbaa7452dc1b9ef
be12893b01e8de204b13c7deb23ccfa9c4
24e49b5fe65d83aeaca5431a89fccae39e

Juan Jose A. Bejarano

1036752256

37375993

No. de Orden 8799

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN JOSE ALEJANDRO BEJARANO RESTREPO	Documento	1036252256
No. Carné	43516968 - F	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamies		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
BILAXTEN 20MG COM CJX30COM	**BILASTINA 20MG Comprimido**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

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 AMBAS FOSAS NASALES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
OLOFTAL 0.2% FCOX5ML	**OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas**	FRASCO	TRES

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

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1036252256
Télefono: 3177597193

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8799

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	JUAN JOSE ALEJANDRO BEJARANO RESTREPO	Documento	1036252256
No. Carné	43516968 - F	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamies		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
BILAXTEN 20MG COM CJX30COM	**BILASTINA 20MG Comprimido**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

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 AMBAS FOSAS NASALES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
OLOFTAL 0.2% FCOX5ML	**OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas**	FRASCO	TRES

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

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1036252256
Télefono: 3177597193

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930087
FECHA: 15-08-2025 13:02
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319410
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

106600-ACNOTIN CAPSULAS BLANDAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
199,000 1 0 0 199,000
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 UNDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 199,300
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 199,300
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	199,000	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8437
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ACEVEDO AGUDELO ANA SOFIA
CC 1015069353
CL 64FF # 94B - 46 ROBLEDO LA CAMPIÑA
TELEFONO: 2377015
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 Ana Sofia A

1015069353
OBS: 3194686741

CUFE: 29038786b55079bf36a8148e67dc4f388d4d407054314e407501cdafe4a62f49b91d945165703ef0da7a8e6cc7d2140c

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930133
FECHA: 16-08-2025 14:41
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319457
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

106600-ACNOTIN CAPSULAS BLANDAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
164,259 1 0 0 164,259

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 164,259
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 164,259
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	164,259	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8437
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ACEVEDO AGUDELO ANA SOFIA
CC 1015069353
CL 64FF # 94B - 46 ROBLEDO LA CAMPIÑA
TELEFONO: 2377015
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: 1017.198.761

CUFE: c661501b8634b5aa8e1a9dd0ce452f5513e5c48e4fd12127626491e83d75dd199279ffbb16283ad3306e33785b19f90

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ana Sofia Acevedo Agudelo identificado con cédula número 1015069353, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Ana Sofia A

FECHA 16/08/2025

No. de Orden 3437

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANA SOFIA ACEVEDO AGUDELO	Documento	1015069353
No. Carné	8301699 - Ñ	Fecha autorización	14/08/25
Dirección	CRA 70 NRO 98-88 2DO PISO CASTILLA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 45
ISOTRETINOINA 20MG CJX30CPS	**ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	CUARENTA Y

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

TOMAR CADA 48 HORAS UNA, ES DECIR, CADA DÍA POR MEDIO POR TRES MESES. ENTREGA U

Nombre Funcionario:	LUIS EDUARDO ACEVEDO YEPES

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 29/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8437

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	ANA SOFIA ACEVEDO AGUDELO	Documento	1015069353
No. Carné	8301699 - Ñ	Fecha autorización	14/08/25
Dirección	CRA 70 NRO 98-88 2DO PISO CASTILLA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 45
ISOTRETINOINA 20MG CJX30CPS	**ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	CUARENTA Y

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

TOMAR CADA 48 HORAS UNA, ES DECIR, CADA DÍA POR MEDIO POR TRES MESES. ENTREGA U

Nombre Funcionario:	LUIS EDUARDO ACEVEDO YEPES

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Ana Sofia A
Documento: 1015069353
Télefono: 3194686941

Fecha de vencimiento: 29/08/25

GTH-F-005 V.01

41

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930083
FECHA: 15-08-2025 12:41
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319406
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277469-RISPERDAL (RG) SOLUCION ORAL CAJA 30 ML
15,695 2 0 0 31,390
001322-VALCOTE(RG) TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
75,800 9 0 0 682,200
355013-LACOTEM (RG) CAPSULAS 100 MG CAJA X 28 UNDS
153,636 4 0 0 614,544
100279-LACOTEM INST. RG (LACOSAMIDA) CAPSULAS 100 MG CAJA X 28 UNDS
153,635 2 0 0 307,270
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UNDS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,635,704
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,635,704
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	1,635,404	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8447
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO RESTREPO MAURICIO
CC 1128426653
CL 34 # 81A - 30 LA CASTELLANA
TELEFONO: 6045909518
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

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930138
FECHA: 19-08-2025 07:51
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319462
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

355013-LACOTEM (RG) CAPSULAS 100 MG CAJA X 28 UNDS
153,636 1 0 0 153,636

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 153,636
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 153,636
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	153,636	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8447
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO RESTREPO MAURICIO
CC 1128426653
CL 34 # 81A - 30 LA CASTELLANA
TELEFONO: 6045909518
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: Israel Rpo C 70068108

CUFE: Insertado desde código. Pendiente envío a Cadena

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Israel Restrepo. identificado con cédula número 70068108, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Israel Rpo C.

FECHA 19/Ago/25

OBS: Israel Rpo C. 70068108

CUFE: ea983c876b1c59af83e41affe3
5408da316fd906ef29d4525900ab1b4c061
b3054bbd366d9d5c3598e2140d1dc218d6

No. de Orden 8447

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MAURICIO RESTREPO RESTREPO	Documento	1128426653
No. Carné	32457589 - F	Fecha autorización	14/08/25
Dirección	CALLE 34 NRO 81A -30 LA CASTELLANA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
RISPERDAL 1mg/ml SGS CJXFCO30ml	RISPERIDONA	FRASCO	DOS

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

TOMAR 0.5 cc EN LA MAÑANA Y 1 cc POR LA NOCHE POR TRES MESES. FALTA ENTREGA DE DO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
VALCOTE 500MG FCOX30TAB	VALPROICO ACIDO 500MG Tableta de liberación	TABLETAS	DOSCIENTOS

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

TOMAR 1 CADA 8 HORAS (7AM - 3PM - 10 PM) POR TRES MESES. ORDEN PARA SEIS MESES. EN

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
LACOTEM 100MG TNR CJX28COM	LACOSAMIDA 100MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO OCH

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

TOMAR 1 CADA 12 HORAS (7 AM - 7 PM) POR TRES MESES

Nombre Funcionario:	CONSUELO RESTREPO DE RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Israel Rpo C.
Documento: 70068108
Télefono: 3022496898

Fecha de vencimiento: 29/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8447

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario MAURICIO RESTREPO RESTREPO | Documento 1128426653
No. Carné 32457589 - F | Fecha autorización 14/08/25
Dirección CALLE 34 NRO 81A -30 LA CASTELLANA
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2
RISPERDAL 1mg/ml SGS CJXFCO30ml | RISPERIDONA | FRASCO | DOS

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

TOMAR 0.5 cc EN LA MAÑANA Y 1 cc POR LA NOCHE POR TRES MESES. FALTA ENTREGA DE DO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 270
VALCOTE 500MG FCOX30TAB | VALPROICO ACIDO 500MG Tableta de liberación | TABLETAS | DOSCIENTOS

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

TOMAR 1 CADA 8 HORAS (7AM - 3PM - 10 PM) POR TRES MESES. ORDEN PARA SEIS MESES. EN

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180
LACOTEM 100MG TNR CJX28COM | LACOSAMIDA 100MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH

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

TOMAR 1 CADA 12 HORAS (7 AM - 7 PM) POR TRES MESES

Nombre Funcionario: CONSUELO RESTREPO DE RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 29/08/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249301
10
FECHA: 16-08-2025 09:51
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319434
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 2 0 0 83,400
600582-DIOVAN HCT INST. 160/12.5 M
G COMPRIMIDOS X 28 UNDS
56,336 2 14 0 140,840
213703-ROSUVASTATINA MK TABLETAS 4
0 MG CAJA X 28 UNDS
127,008 2 0 0 254,016
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 2 20 0 186,120
132111-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D
3) TABLETAS CUBIERTAS 7000UI CAJA X 24 UN
DS
109,344 2 12 0 273,360
253017-JARDIANCE (RG) TABLETAS 25
MG CAJA X 30 UNDS
277,200 2 0 0 554,400
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,492,436
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,492,436
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	1,306,016	0
EXENTAS:	186,120	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8501
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE ZULUAGA VIRGELINA
CC 32462501

CL 46 # 24 - 26 CASA 301 BUENOS AIRES
TELEFONO: 3360726
- 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: c0adc40122e00a6fd1a1a2f0e1f1
0fd8adf6f1ddb722dae83b9f444189f77c
b1888efcbaa6812f7384a6a9ea2c9bd86f

Camilo YL
.82584486
TEL.
3108514715

44

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Conrado Zuluaga identificado con cédula número 8258486, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 2025

No. de Orden 8501

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	VIRGELINA DIAZ DE ZULUAGA	Documento	32469591
No. Carné	8258486 - C	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	CRA 24 No 47-101 APT.206 BARRIO MIRAFLORES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DIARIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DIOVAN HCT (160+12.5)mg CJX28TR	VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (160+12.5)mg Tableta	TABLETAS	SETENTA (70)

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

1 EN LA MAÑANA

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

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

MK , 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN	ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta	TABLETAS	CIENTO VEIN (120)

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

2 AL DIA

Nombre Funcionario:	CONRADO ZULUAGA LOPEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Conrado Z.
Documento: 8258486
Télefono: 3168514715

Fecha de vencimiento: 29/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8501

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	VIRGELINA DIAZ DE ZULUAGA	Documento	32469591
No. Carné	8258486 - C	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	CRA 24 No 47-101 APT.206 BARRIO MIRAFLORES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DIARIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DIOVAN HCT (160+12.5)mg CJX28TR	VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (160+12.5)mg Tableta	TABLETAS	SETENTA (70)

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

1 EN LA MAÑANA

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

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

MK , 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN	ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta	TABLETAS	CIENTO VEIN (120)

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

2 AL DIA

Nombre Funcionario:	CONRADO ZULUAGA LOPEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 29/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8501

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	VIRGELINA DIAZ DE ZULUAGA	Documento	32469591
No. Carné	8258486 - C	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	CRA 24 No 47-101 APT.206 BARRIO MIRAFLORES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
NUEVI D 7000UI TR CJX12TR	**VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta**	CÁPSULA	SESENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

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

1 DIARIA

Nombre Funcionario:	CONRADO ZULUAGA LOPEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 29/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8501

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	VIRGELINA DIAZ DE ZULUAGA	Documento	32469591
No. Carné	8258486 - C	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	CRA 24 No 47-101 APT.206 BARRIO MIRAFLORES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
NUEVI D 7000UI TR CJX12TR	**VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta**	CÁPSULA	SESENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

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

1 DIARIA

Nombre Funcionario:	CONRADO ZULUAGA LOPEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 3108511415
Télefono: 8258486

Fecha de vencimiento: 29/08/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SU AMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249301
21
FECHA: 16-08-2025 12:05
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319445
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

171128-DERMASKIN CREMA CAJA 20 G
10,980 3 0 0 32,940
404284-ACID-NESS MK LOCION 400ML
GTS FRASCO 120 ML
45,021 3 0 0 135,063
669368-CLORFENIRAMINA ECAR INST. J
ARABE FRASCO 120 ML
5,526 1 0 0 5,526
117202-DESONIDA MEGALABS INST. LOC
ION 0.1% CAJA 30 ML
15,784 1 0 0 15,784
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 189,613
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 189,613
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 189,313 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8518
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RANGEL YEPES JERONIMO
TI 1025901282
CL 50A # 96C - 165 AP 311 AMANE
CERES
TELEFONO: 3127113631
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

1004500588

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo DAHIANA HOLGUIN CHAVARRIA identificado con cédula número 1.001.350.888, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 15-08-25



No. de Orden 8518

SENA — **FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

Beneficiario	JERONIMO RANGEL YEPES	Documento	1025901282
No. Carné	98555573 - E	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	cll 50a 96C-165 apt. 311		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLOTRIMAZOL/NEOM/DEXAME CR TBOX20GM	C L O T R I M A Z O L 10MGGNEOMICINA SULFATO	TUBO	TRES

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

APLICAR SOBRE LAS PIERNAS DOS A TRES VECES AL DÍA. NO EXPONERSE AL SOL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DESONIDA 0.1% LOC FCOX30ML	DESONIDA 1MGML Loción	FRASCO	UN

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

APLICAR CADA NOCHE EN ÁREAS DE LA CARA, HOMBROS Y ESPALDA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
OF ACID-NESS FCX400ML GT FCX120ML	ALUMINIO ACETATO 590µGML Loción	FRASCO	TRES

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

MEZCLAR EL 70% DEL CONTENIDO DEL FRASCO CON 1LT CREMA HUMECTANTE Y APLICAR 2

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

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

DAR UNA CUCHARADA CADA NOCHE HASTA TERMINAR EL FRASCO

Nombre Funcionario:	JOSE FERNANDO RANGEL MORALES

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 30/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8518

SENA — FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA — COPIA

Beneficiario	JERONIMO RANGEL YEPES	Documento	1025901282
No. Carné	98555573 - E	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	cll 50a 96C-165 apt. 311		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLOTRIMAZOL/NEOM/DEXAME CR TBOX20GM	C L O T R I M A Z O L 10MGGNEOMICINA SULFATO	TUBO	TRES

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

APLICAR SOBRE LAS PIERNAS DOS A TRES VECES AL DÍA. NO EXPONERSE AL SOL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DESONIDA 0.1% LOC FCOX30ML	DESONIDA 1MGML Loción	FRASCO	UN

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

APLICAR CADA NOCHE EN ÁREAS DE LA CARA, HOMBROS Y ESPALDA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
OF ACID-NESS FCX400ML GT FCX120ML	ALUMINIO ACETATO 590µGML Loción	FRASCO	TRES

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

MEZCLAR EL 70% DEL CONTENIDO DEL FRASCO CON 1LT CREMA HUMECTANTE Y APLICAR 2

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

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

DAR UNA CUCHARADA CADA NOCHE HASTA TERMINAR EL FRASCO

Nombre Funcionario:	JOSE FERNANDO RANGEL MORALES

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1.001.500.885
Télefono: 3207409161

Fecha de vencimiento: 30/08/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249301
65
FECHA: 19-08-2025 11:52
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319490
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213493-MINOXIDIL LOCION 2 % CAJA 6
0 ML
24,043 3 0 0 72,129
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 72,429
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 72,429
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	72,129	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8524
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDOÑO LUZ MIRIAM
CC 21435818
CR 54 # 5 - 63
TELEFONO: 3148956469
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: 5a7fc78dd9fe8b532145ad2dc5af
3ba4317b1feae661d916dbc1c59fb30305
d8b32a381f0ad54e39501f8899212ff8cc

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA _____

FECHA 19-08/25

No. de Orden
8524

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MYRIAM LONDONO GONZALEZ	Documento	21435818
No. Carné	8288397 - C	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	VEREDA LA ABANA EN SAN LUIS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
MINOXIDIL 2% FCO X 60 ML	**MINOXIDIL 2G Solución**	FRASCO	TRES

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

CREAR FÓRMULA MAGISTRAL CON ESTE + TRETINOINA 0.0125% + DESONIDA 0.025% FC0 120

Nombre Funcionario:	JORGE IGNACIO VANEGAS OSSA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1051488
Télefono: 3113058477

Fecha de vencimiento: 30/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8524

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MYRIAM LONDONO GONZALEZ	Documento	21435818
No. Carné	8288397 - C	Fecha autorización	15/08/25
Dirección	VEREDA LA ABANA EN SAN LUIS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
MINOXIDIL 2% FCO X 60 ML	**MINOXIDIL 2G Solución**	FRASCO	TRES

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

CREAR FÓRMULA MAGISTRAL CON ESTE + TRETINOINA 0.0125% + DESONIDA 0.025% FC0 120

Nombre Funcionario:	JORGE IGNACIO VANEGAS OSSA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 30/08/25

GTH-F-005 V.01

51

DISTRIBUIDORA PASTEUR,
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249301
60
FECHA: 19-08-2025 11:33
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319485
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
8,800 2 0 0 17,600
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 2 0 0 17,620
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 35,520
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 35,520
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	35,220	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8546
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GAVIRIA PALACIO LUZ ESTELA
CC 43005854
CL 23 # 55 - 74 CABAÑAS 2--PISO
CASA
TELEFONO: 2998650
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

LUZ STELLA GAVIRIA P.
OBS: 43005854.

CUFE: 600b6257391b6ade8fcc3929c351
3555f39ba48d7cf2e8b9839572b9051053

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo LUZ STELLA GAVIRIA P. identificado con cédula número 43 [illegible]4. , en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA LUZ STELLA GAVIRIA P.

FECHA 19/08/2025

9d0d4d1e387e68b3388547744df2cdc68e

No. de Orden
8546

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ ESTELA GAVIRIA PALACIO	Documento	43005854
No. Carné	15501626 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 23 NRO 55- 74 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB	**FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG**	TABLETAS	VEINTE

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	RICARDO WILDEMAN CORREA BERNAL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 01/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8546

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	LUZ ESTELA GAVIRIA PALACIO	Documento	43005854
No. Carné	15501626 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 23 NRO 55- 74 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB	**FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG**	TABLETAS	VEINTE

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

1 DIARIAMENTE

LUZ STELLA GAVIRIA P.
43005854.
313 718 3856.

Nombre Funcionario:	RICARDO WILDEMAN CORREA BERNAL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 01/09/25

GTH-F-005 V.01

53

"DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
65
FECHA: 20-08-2025 14:36
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319591
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

327191-FACETIX SUAVE (RG) TABLETAS
2/0.03 MG CAJA X 28 UNDS
9,884 2 0 0 19,768
140241-GAVISCON SACHET CAJA X 12 U
NDS
24,408 15 0 0 366,120
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 3 30 0 279,180
832894-SAXENDA CF (RG) SOLUCION IN
YECTABLE 6MG/ML CAJA X 3 UND
520,827 1 0 0 520,827
832893-SAXENDA CF (RG) SOLUCION IN
YECTABLE 6MG/ML CAJA X 1 UND
173,609 12 0 0 2,083,308
123300-AGUJA INSULINA PEN GLUCOQUI
CK INST. 32 G / 4 MM CAJA X 100 UNDS
32,800 0 90 0 29,520
181128-DICETEL TABLETAS 100 MG CAJ
A X 28 UNDS
217,926 6 0 0 1,307,556
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 4,606,579
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 4,606,579
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 25,059 4,761
EXCLUIDAS: 4,297,579 0
EXENTAS: 279,180 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8554
NIT: 89[illegible]-1

DATOS DE CLIENTE:
CALDERON LOPEZ SARA
CC 1000195247
CR 70 # 96 - 19 1 PISO CASTILLA

TELEFONO: 3046797599
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: fff7f5599c528917514a8634eb48
f17be2124f4bff35932a654cd21fda0871
60912184a12197b8a7b003f2eda6524c18

María Cecilia López Londoño
CC. 42.962.142

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Cecilia López Londoño identificado con cédula número 42.962.142, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Cecilia López Londoño

FECHA 20/08/2025

No. de Orden 8554

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SARA CALDERON LOPEZ	Documento	1000195247
No. Carné	43673711 - E	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	Cra 70 No 96 19 CASTILLA-MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
FACETIX SUAVE 2/0.30MG CJX28TR	CIPROTERONA acetato 2MG ETINILESTRADIOL 0.30MG TR	CAJA	DOS

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

1 diariamnete

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML	ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +	SOBRE	MIL OCHOC

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

3 SOBRES AL DIA

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 15
SAXENDA 6MG/ML SY CJA X 1 JP	LIRAGLUTIDA 6MGML SY	ESFERO	QUINCE

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

APLICAR S EGUN ESQUEMA DADO POR LA ENDOCRINO , HAST A LLEGAR A 3 GR/ DIA

Nombre Funcionario:	NIDIA STELLA LOPEZ LONDONO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: María Cecilia López
Documento: 42.962.142
Télefono: 2378230

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8554

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	SARA CALDERON LOPEZ	Documento	1000195247
No. Carné	43673711 - E	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	Cra 70 No 96 19 CASTILLA-MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
FACETIX SUAVE 2/0.30MG CJX28TR	CIPROTERONA acetato 2MG ETINILESTRADIOL 0.30MG TR	CAJA	DOS

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

1 diariamnete

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML	ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +	SOBRE	MIL OCHOC

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

3 SOBRES AL DIA

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 15
SAXENDA 6MG/ML SY CJA X 1 JP	LIRAGLUTIDA 6MGML SY	ESFERO	QUINCE

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

APLICAR S EGUN ESQUEMA DADO POR LA ENDOCRINO , HAST A LLEGAR A 3 GR/ DIA

Nombre Funcionario:	NIDIA STELLA LOPEZ LONDONO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8554

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SARA CALDERON LOPEZ	Documento	1000195247
No. Carné	43673711 - E	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	Cra 70 No 96 19 CASTILLA-MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
AGUJAS PEN UF 32GX4MM REF320489 CJX100	**AGUJAS PEN UF 32GX4MM REF320489 CJX100**	AGUJA	NOVENTA

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

PARA PLICACION SUBCUTANEA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
DICETEL 100mg TNR CJX14TNR	**BROMURO DE PINAVERIO 100MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIENTO OCH

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

1 TABLETA ANTES DE CADA COMIDA PRINCIPAL POR 2 MESES

Nombre Funcionario:	NIDIA STELLA LOPEZ LONDONO

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: María Cecilia López
Documento: 42.962.142
Télefono: 2375230.

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8554

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SARA CALDERON LOPEZ	Documento	1000195247
No. Camé	43673711 - E	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	Cra 70 No 96 19 CASTILLA-MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
AGUJAS PEN UF 32GX4MM REF320489 CJX100	**AGUJAS PEN UF 32GX4MM REF320489 CJX100**	AGUJA	NOVENTA

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

PARA PLICACION SUBCUTANEA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
DICETEL 100mg TNR CJX14TNR	**BROMURO DE PINAVERIO 100MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIENTO OCH

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

1 TABLETA ANTES DE CADA COMIDA PRINCIPAL POR 2 MESES

Nombre Funcionario:	NIDIA STELLA LOPEZ LONDONO

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 8 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249301
61
FECHA: 19-08-2025 11:40
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319486
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116800-SYSTANE ULTRA INST. GOTAS O
FTALMICAS CAJA 10 ML
36,114 3 0 0 108,342
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 108,642
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 108,642
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 108,342 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8558
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BUSTAMANTE GARCIA MARIANA
CC 1000291368
CL 53 # 64 - 47 CARLOS E. BL14 A
PT102
TELEFONO: 2281226
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

Mariana Bustamante G
OBS: CC 1000291368
Tel 3117451573

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

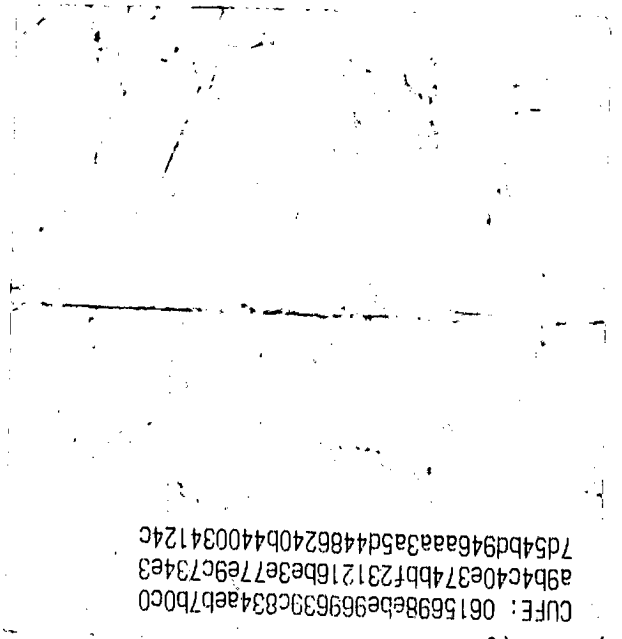
Certificación recibo a satisfacción

Yo Mariana B. Tamayo García identificado con cédula número 1000291368, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA, Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Mariana B. Tamayo G.

FECHA 19/8/25.



CUFE: 0615698ebe9696339c834aeb7b0c0
a9b4c40e374bbf23121bbe3e77e9c734e3
7d54bd946aaa3a5d44862405b44003412 4c

No. de Orden 8558

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIANA BUSTAMANTE GARCIA	Documento	1000291368
No. Carné	21787739 - E	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 58 NRO 37-31 BOSTON		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SYSTANE ULTRA 4/3mgXml SGS CJXFCO10ml	POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	GARCIA MARTINEZ MARIA LUZ DARY

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Mariana B. Bustamante
Documento: 1000291368
Télefono: 3117451573

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8558

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIANA BUSTAMANTE GARCIA	Documento	1000291368
No. Carné	21787739 - E	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 58 NRO 37-31 BOSTON		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SYSTANE ULTRA 4/3mgXml SGS CJXFCO10ml	POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	GARCIA MARTINEZ MARIA LUZ DARY

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
28
FECHA: 20-08-2025 10:38
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319553
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

385851-VOLTAREN FORTE EMULGEL CAJA
100 G
103,760 1 0 0 103,760
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 2 20 0 186,120
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 2 0 0 24,120
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 314,300
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 314,300
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	127,880	0
EXENTAS:	186,120	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8561
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HERNANDEZ DE ECHEVERRI MARIA LUCELL
CC 32448564
CR 27 # 49A - 55 BUENOS AIRES
TELEFONO: 6044953726
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: Maria Lucelly Hernandez de E
CC 32448564

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Lucelly Hernández de E. identificado con cédula número 32488564, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Lucelly Hernández de E.

FECHA 20/08/2025



CUFE: 98eac7f4f9cd5ab292ac5ebd24b5
3a3de50ea8408f82bbe02eac9c4edbbf41
4052fd25223af44d6aa0081926832 3a

No. de Orden 8561

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRI	Documento	32448564
No. Carné	8231293 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 27 49A-55 BARRIO BUENOS AIRES MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

2 AL DIA

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

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

1 EN LA MAÑANA

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

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

2 VECES AL DIA

Nombre Funcionario:	HERNAN ECHEVERRI ARBOLEDA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96	Recibido Por: Firma: Maria Lucelly Hernandez Documento: 32448564 Télefono: 6044963726

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8561

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRI	Documento	32448564
No. Carné	8231293 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 27 49A-55 BARRIO BUENOS AIRES MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

2 AL DIA

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

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

1 EN LA MAÑANA

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

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

2 VECES AL DIA

Nombre Funcionario:	HERNAN ECHEVERRI ARBOLEDA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96	Recibido Por: Firma: Documento: Télefono:

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249301
64
FECHA: 19-08-2025 11:50
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319489
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115148-AMLODIPINO MK INST. TABLETA
S 5 MG CAJA X 150 UNDS
36,450 0 90 0 21,870
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 89,400
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 89,400
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 89,100 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8566
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPERA ALZATE CARMENZA
CC 43493825
CR 69 # 90 - 9 3 PISO ALFONSO LO
PEZ
TELEFONO: 5418294
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

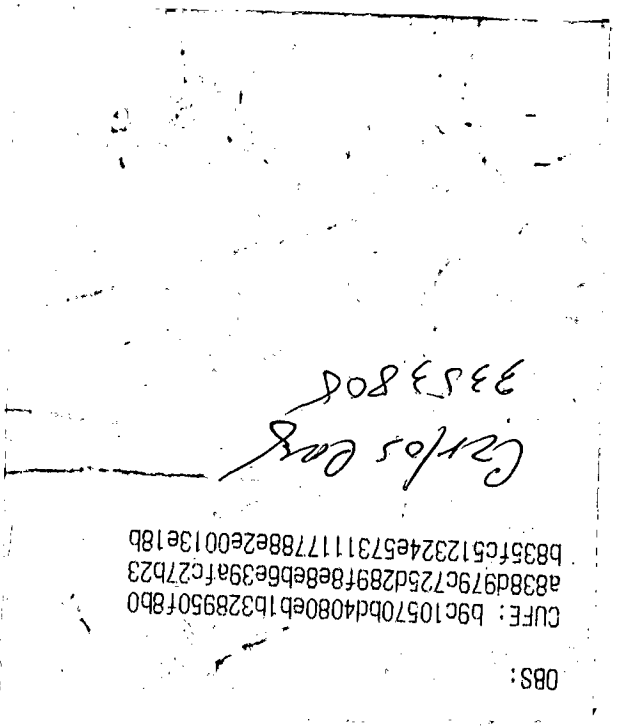
Certificación recibo a satisfacción

Yo CARLOS ORTIZ identificado con cédula número 3353888, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Carlos Ortiz

FECHA 19/08/2025



No. de Orden 8566

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CARMENZA LOPERA ALZATE	Documento	43493825
No. Carné	3353808 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 69 NRO 90-9 BARRIO ALFONSO LOPEZ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	OFTÁLMICA	CADA 2 HORAS	90

MK , PARA 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FARMA D3 2000UI FCOX60CAP	**VITAMINA D3 2000UI** Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO POR 6 MEES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	CARLOS ALBERTO CRUZ VASQUEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Carlos Cruz
Documento: 3353808
Télefono: 3146893505

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8566

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	CARMENZA LOPERA ALZATE	Documento	43493825
No. Carné	3353808 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 69 NRO 90-9 BARRIO ALFONSO LOPEZ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	OFTÁLMICA	CADA 2 HORAS	90

MK , PARA 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FARMA D3 2000UI FCOX60CAP	**VITAMINA D3 2000UI** Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO POR 6 MEES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	CARLOS ALBERTO CRUZ VASQUEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
27
FECHA: 20-08-2025 10:30
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319552
CODIGO-NOMBRE,
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213036-CELECOXIB MK(RG) CAPSULAS 2
00 MG CAJA X 10 UNDS
16,120 1 0 0 16,120
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 1 20 0 137,280
385855-VOLTAREN GEL 1 % CAJA 100 G

85,790 2 0 0 171,580
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 325,280
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 325,280
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION.	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	324,980	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8595
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARCIA DE VALENCIA DORA EMILIA
CC 32458563
CR 82 # 49BB - 13 CASA 1 BR CAL
AZANS
TELEFONO: 3234577197
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

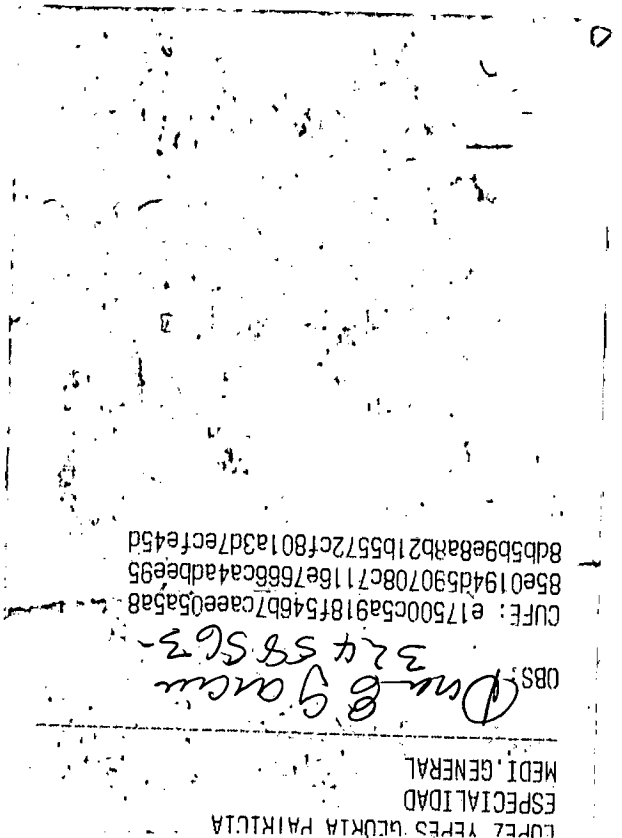
Certificación recibo a satisfacción

Yo Dora B Garcia identificado con cédula número 32458563, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Dora B Garcia

FECHA 20 08 2025.



64

No. de Orden 8595

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DORA EMILIA GARCIA	Documento	32458563
No. Carné	8288748 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 82 49BB-13 CALAZANS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
CELECOXIB 200MG CJX10TAB	**CELECOXIB 200MG Cápsula de cubierta dura**	TABLETAS	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	5

1 DIARIAMENTE SOLO POR 5 DIAS

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

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

2 TABLETAS : MAÑANA , TARDE Y NOCHE , TIENE DEL 5 DE JULIO SOLO PARA MAÑANA Y N

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VOLTAREN EMULGEL TBOX100G	**DICLOFENACO DIETILAMINA 1% Gel**	TUBO	DOS

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

2 VECE SLA DIA EN AREA DOLOROSA

Nombre Funcionario: GUSTAVO VALENCIA JIMENEZ

Gloria J.

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 8595

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	DORA EMILIA GARCIA	Documento	32458563
No. Carné	8288748 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 82 49BB-13 CALAZANS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
CELECOXIB 200MG CJX10TAB	**CELECOXIB 200MG Cápsula de cubierta dura**	TABLETAS	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	5

1 DIARIAMENTE SOLO POR 5 DIAS

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

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

2 TABLETAS : MAÑANA , TARDE Y NOCHE , TIENE DEL 5 DE JULIO SOLO PARA MAÑANA Y N

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VOLTAREN EMULGEL TBOX100G	**DICLOFENACO DIETILAMINA 1% Gel**	TUBO	DOS

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

2 VECE SLA DIA EN AREA DOLOROSA

Nombre Funcionario: GUSTAVO VALENCIA JIMENEZ

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

Dora E garcia 32458563.
5947032.

9

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
15
FECHA: 19-08-2025 18:30
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319540
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

133019-METOPROLOL GENFAR INST. (RG
) TABLETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS
135,614 0 30 0 13,561
213367-ENALAPRIL MK TABLETAS 20 MG
CAJA X 30 UNDS
10,828 2 0 0 21,656
005339-ISOCORD TABLETAS 5 MG CAJA
X 20 UNDS
36,779 3 0 0 110,337
138121-FORXIGA (RG) TABLETAS 10 MG
CAJA X 28 UNDS
141,120 1 0 0 141,120
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 1 0 0 53,640
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 340,615
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 340,615
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	340,314	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8602
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESTRADA VELASQUEZ JHON BAYRON
CC 71594124
CL 53 # 33 - 30 AP 301 BOSTON 32
15651356 ESPOSA
TELEFONO: 5832729
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 Ana Libia Castaño Caballos identificado con cédula número 32015663, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Ana Libia Castaño Caballos

FECHA 26/08/2025

MEDI. GENERAL

OBS: Ana Libia Castaño Caballos CC. 32015663

CUFE: 8566laa23eeb79e2454b3d746f50
55df50e49e5c3ac01ffdf0ce1f06687566d
a5662ac64e01d055c88791f45237d51469

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
15
FECHA: 19-08-2025 18:30
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319540
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

133019-METOPROLOL GENFAR INST. (RG
) TABLETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS
135,614 0 30 0 13,561
213367-ENALAPRIL MK TABLETAS 20 MG
CAJA X 30 UNDS
10,828 2 0 0 21,656
005339-ISOCORD TABLETAS 5 MG CAJA
X 20 UNDS
36,779 3 0 0 110,337
138121-FORXIGA (RG) TABLETAS 10 MG
CAJA X 28 UNDS
141,120 1 0 0 141,120
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 1 0 0 53,640
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 340,615
----------[FORMAS DE PAGO]----------
TIPO DE PAGO: CREDITO 340,615
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 340,314 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8602
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESTRADA VELASQUEZ JHON BAYRON
CC 71594124
CL 53 # 33 - 30 AP 301 BOSTON 32
15651356 ESPOSA
TELEFONO: 5832729
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 Ana Libia Castaño Caballos identificado con cédula número 32015663, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Ana Libia Castaño Caballos

FECHA 26/08/2025

MEDI.GENERAL

OBS: Ana Libia Castaño Caballos

CC. 32015663

CUFE: 8566 1aaf3aeb79a2454b3d746f50

55df50a49e85c3ac01ffdf0ce1f06687566d

a5662ac64e01d055c88791f4523 7d51 4f9

No. de Orden 8566

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CARMENZA LOPERA ALZATE	Documento	43493825
No. Carné	3353808 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 69 NRO 90-9 BARRIO ALFONSO LOPEZ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	OFTÁLMICA	CADA 2 HORAS	90

MK , PARA 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FARMA D3 2000UI FCOX60CAP	**VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO POR 6 MEES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	CARLOS ALBERTO CRUZ VASQUEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Carlos Cruz
Documento: 3353808
Télefono: 3146893505

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8566

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	CARMENZA LOPERA ALZATE	Documento	43493825
No. Camé	3353808 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CRA 69 NRO 90-9 BARRIO ALFONSO LOPEZ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	OFTÁLMICA	CADA 2 HORAS	90

MK , PARA 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FARMA D3 2000UI FCOX60CAP	**VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO POR 6 MEES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	CARLOS ALBERTO CRUZ VASQUEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 02/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8602

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JHON BAYRON ESTRADA VELASQUEZ	Documento	71594124
No. Carné	32015663 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 53 NRO 33-30 INT 301 BOSTON		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
METOPROLOL 50MG CJX30TAB	**METOPROLOL Tartrato 50MG TABLETAS**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 9 AM POR SEIS MESES. ENTREGA 1/6. PENDIENTES CINCO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ENALAPRIL 20MG CJX20TAB	**ENALAPRIL MALEATO 20MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR SEIS MESES. ENTREGA 1/6. PENDIENTES CINCO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ISOCORD 5MG CJX20TAB	**ISOSORBIDE DINITRATO 5MG Tableta sublingual**	TABLETAS	SESENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	180

SE DEBE COLOCAR DEBAJO DE LA LENGUA SOLO EN CASO QUE TENGA MUCHO DOLOR EN EL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
FORXIGA 10 MG CJX28COM	**DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	28

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO

Nombre Funcionario:	ANA LIBIA CASTANO CEBALLOS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Ana Libia Castaño C.
Documento: 32015663
Télefono: 3215651356

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8602

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	JHON BAYRON ESTRADA VELASQUEZ	Documento	71594124
No. Carné	32015663 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 53 NRO 33-30 INT 301 BOSTON		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
METOPROLOL 50MG CJX30TAB	**METOPROLOL Tartrato 50MG TABLETAS**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 9 AM POR SEIS MESES. ENTREGA 1/6. PENDIENTES CINCO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ENALAPRIL 20MG CJX20TAB	**ENALAPRIL MALEATO 20MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR SEIS MESES. ENTREGA 1/6. PENDIENTES CINCO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ISOCORD 5MG CJX20TAB	**ISOSORBIDE DINITRATO 5MG Tableta sublingual**	TABLETAS	SESENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	180

SE DEBE COLOCAR DEBAJO DE LA LENGUA SOLO EN CASO QUE TENGA MUCHO DOLOR EN EL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
FORXIGA 10 MG CJX28COM	**DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	28

TOMAR CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO

Nombre Funcionario:	ANA LIBIA CASTANO CEBALLOS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8602

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JHON BAYRON ESTRADA VELASQUEZ	Documento	71594124
No. Carné	32015663 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 53 NRO 33-30 INT 301 BOSTON		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ESOMEPRAZOL 20MG CJX10TAB	**ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta de**	TABLETAS	TREINTA

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

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

Nombre Funcionario:	ANA LIBIA CASTANO CEBALLOS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Ana Libia Castaño C.
Documento: 32015663
Télefono: 3215611356.

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8602

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JHON BAYRON ESTRADA VELASQUEZ	Documento	71594124
No. Carné	32015663 - C	Fecha autorización	19/08/25
Dirección	CALLE 53 NRO 33-30 INT 301 BOSTON		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ESOMEPRAZOL 20MG CJX10TAB	**ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta de**	TABLETAS	TREINTA

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

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

Nombre Funcionario:	ANA LIBIA CASTANO CEBALLOS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
32
FECHA: 20-08-2025 11:16
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319558
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
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 100
0 MCG AMPOLLA 1 CC
1,275 14 0 0 17,850
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 227,490
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 227,490
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 227,190 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8609
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MERINO MESA ANDREA
CC 1034991011
CR 33 # 29 - 22 AP 22-07 LA ASOM
ADERA
TELEFONO: 6042397807
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: Jorge Luis Merino R
cc 71625158
TEL 2397807

CUFE: 27f0d93f19c396d7cdf8cdc69ab9
97b925728e5d4dc6b6947efc3327b85613

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jorge Ivan Merino B. identificado con cédula número 71625159, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Jorge Ivan Merino B

FECHA 20-08-2025

1def05bb23003fd0e979bba1641135566b

No. de Orden 8609

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANDREA MERINO MESA	Documento	1034991011
No. Camé	71625158 - D	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 33 NRO 29-22 APT. 2207 LA ASOMADERA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO NO SUSPENDER

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

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

Nombre Funcionario:	JORGE IVAN MERINO BOTERO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71625158
Télefono: 2397807

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8609

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	ANDREA MERINO MESA	Documento	1034991011
No. Camé	71625158 - D	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 33 NRO 29-22 APT. 2207 LA ASOMADERA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO NO SUSPENDER

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

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

Nombre Funcionario:	JORGE IVAN MERINO BOTERO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71625158
Télefono: 2397807

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
25
FECHA: 20-08-2025 09:59
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319550
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJ
A X 5 UNDS
40,775 2 0 0 81,550
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 40 0 45,760
115600-DIPIRONA ECAR INST. TABLETA
S 500 MG CAJA X 500 UNDS
102,500 0 21 0 4,305
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 131,915
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 131,915
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	131,615	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8624
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR MUÑETON MARIA GLADYS
CC 21523900
CL 57 # 35 - 18 P-2 PUERT. CAFE
BARRIO BOSTON
TELEFONO: 2281573
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Mario Gladys Escobar identificado con cédula número 21523960, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA M S E.

FECHA 20-08-25

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
M S E.
21'523'500
OBS:
CUFE: Insertado desde código. Pend
iente envío a Cadena

No. de Orden 8624

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA GLADYS ESCOBAR MUNETON	Documento	21523900
No. Carné	8281094 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CLL 57 35-18 BARRIO BOSTON MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
VERSATIS 5% CJX5 PT	**LIDOCAINA 700MG PT**	PARCHE	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	10

COLOCAR A LAS 7 PM Y RETIRAR AL AS 7 AM , REPETIR EN EL MISMO HORARIO. TODOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
DOLEX 500MG CJX100TR	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CUARENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 6 HORAS	10

TOMAR 4 AL DIA (1 CADA 6 HORAS)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 21
DIPIRONA 500MG TAB CJX500TAB	**DIPIRONA**	TABLETAS	VEINTIUNO

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

3 AL DIA POR 7 DIA S .

Nombre Funcionario:	HUGO ESTRADA FLOREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21523900
Télefono: 2281173

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8624

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	MARIA GLADYS ESCOBAR MUNETON	Documento	21523900
No. Camé	8281094 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CLL 57 35-18 BARRIO BOSTON MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
VERSATIS 5% CJX5 PT	**LIDOCAINA 700MG PT**	PARCHE	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	10

COLOCAR A LAS 7 PM Y RETIRAR AL AS 7 AM , REPETIR EN EL MISMO HORARIO. TODOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
DOLEX 500MG CJX100TR	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CUARENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 6 HORAS	10

TOMAR 4 AL DIA (1 CADA 6 HORAS)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 21
DIPIRONA 500MG TAB CJX500TAB	**DIPIRONA**	TABLETAS	VEINTIUNO

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

3 AL DIA POR 7 DIA S .

Nombre Funcionario:	HUGO ESTRADA FLOREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21523900
Télefono: 2281173

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

7.2

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
68
FECHA: 20-08-2025 15:29
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319594
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100700-ACNOTIN (ISOTRETINOINA) CAP
ULAS BLANDAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
199,000 3 0 0 597,000
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 597,300
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 597,300
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	597,000	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8628
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERO JARAMILLO ESTEFANIA
CC 1000869934
CL 33C # 88A - 169 AP 616 AIRES
DEL LAGO:LAUR.CAMPESTRE
TELEFONO: 3536437
POLITICA DE PROTECCION DE DAT
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: 2183918

CUFE: 550811a34578df05ecd0e08aa831
bdad0bfbea55d43fd88c7b95dc539af790

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Patricia Parra Mello identificado con cédula número 21831918, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA Agosto 20 / 2025



782a2ffe443664301441f6dceb1ef77bc62

No. de Orden
8628

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ESTEFANIA RIBERO JARAMILLO	Documento	1000869934
No. Carné	21831918 - D	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CLL 33C 88A-169 APT.616		
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 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	MARIA PATRICIA JARAMILLO HENAO

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
8628

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ESTEFANIA RIBERO JARAMILLO	Documento	1000869934
No. Carné	21831918 - D	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CLL 33C 88A-169 APT.616		
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 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	MARIA PATRICIA JARAMILLO HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21831918
Télefono: 3007921114

Fecha de vencimiento: 03/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249304
21
FECHA: 22-08-2025 17:44
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319749
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 9 0 0 79,290
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.
5 MCG CAJA 120 DOSIS
29,469 2 0 0 58,938
117202-KINOR NF INST. (ACID.SALICI
LI) SOLUCION CAJA 10 ML
32,769 1 0 0 32,769
203064-NEUROBION TABLETAS CAJA X 3
0 UNDS
49,740 3 0 0 149,220
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 2 20 186,120
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 506,637
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 506,637
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	320,217	0
EXENTAS:	186,120	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8641
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JIMENEZ HENAO EMMANUEL
CC 1025658814
CL 103D # 67 -25 GIRARDOT 31284
29550
TELEFONO: 5823187
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocío Henao identificado con cédula número 43836670, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Henao

FECHA 27 08 25

CUFE: cb7a4169d4963c5870970976237
a9a60a76b98fa7706ldca362e679bd1ade
d60b9a8af4e48d73e9dcb3e539590ebe0

OBS: cc 43836670

Rocío Henao

MEDI.GENERAL

ESPECIALIDAD

LOPEZ TEPES GLORIA PATRICIA

No. de Orden 8641

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EMMANUEL JIMENEZ HENAO	Documento	1025658814
No. Carné	6275053 - I	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CALLE 103D NRO 67-25 GIRARDOT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 PUFF EN CADA FOSA NASAL EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB	FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG	TARRO	NOVENTA

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

MK , 1 DIARIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
KINOR NF 2/0.5G SHN FCOX10ML	SALICILICO ACIDO LACTICO ACIDO	FRASCO	UN

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

APLICAR EN RODILLA Y PALMA EN LA NOCHE , PROTEGER CON VASELINA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
NEUROBION	Tiamina monohidrato: 100 mg; Piridoxina clorhidrato:	GRAGEA	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO POR 3 MESE S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	NICOLAS EMILIO JIMENEZ GARCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1038860710
Télefono: 3186946630

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8641

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: EMMANUEL JIMENEZ HENAO | Documento: 1025658814
No. Carné: 6275053 - I | Fecha autorización: 20/08/25
Dirección: CALLE 103D NRO 67-25 GIRARDOT
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

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

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

1 PUFF EN CADA FOSA NASAL EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB	FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG	TARRO	NOVENTA

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

MK , 1 DIARIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
KINOR NF 2/0.5G SHN FCOX10ML	SALICILICO ACIDO LACTICO ACIDO	FRASCO	UN

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

APLICAR EN RODILLA Y PALMA EN LA NOCHE , PROTEGER CON VASELINA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
NEUROBION	Tiamina monohidrato: 100 mg; Piridoxina clorhidrato:	GRAGEA	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO POR 3 MESE S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario: NICOLAS EMILIO JIMENEZ GARCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8641

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EMMANUEL JIMENEZ HENAO	Documento	1025658814
No. Carné	6275053 - I	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CALLE 103D NRO 67-25 GIRARDOT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

2 AL DIA EN CASO DE DOLOR

Nombre Funcionario:	NICOLAS EMILIO JIMENEZ GARCIA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96	**Recibido Por:** Firma: Nacio Documento: Télefono: 3186944912

Fecha de vencimiento: 04/09/25 GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8641

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	EMMANUEL JIMENEZ HENAO	Documento	1025658814
No. Carné	6275053 - I	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CALLE 103D NRO 67-25 GIRARDOT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

2 AL DIA EN CASO DE DOLOR

Nombre Funcionario:	NICOLAS EMILIO JIMENEZ GARCIA
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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
24
FECHA: 21-08-2025 10:53
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319650
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132244-ESPIRONOLACTONA HUMAX INST.
TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS
48,600 0 90 0 43,740
213479-MINOXIDIL FORTE LOCION 5% C
AJA 60 ML
29,152 2 0 0 58,304
889360-VAGILAC LACTOBACILLUS CAPSU
LAS CAJA X 14 UNDS
67,016 8 0 0 536,128
012180-EPIDUO GEL 0.1% / 2.5% CAJA
30 G
99,573 1 0 0 99,573
255013-ALBISEC ONE G- TABLETAS CAJ
A X 6 UNDS
113,663 1 0 0 113,663
213188-CLINDAMICINA CLOTRIMAZOL MK
OVULOS CAJA X 3 UND
68,505 1 0 0 68,505
117202-ROZELAIC INST. GEL 15 % CA
JA 30 G
50,433 1 0 0 50,433
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 970,346
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 970,646
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	970,346	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8652
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:

TAPIAS AVENDAÑO ISABELA
CC 1013456093
CL 115 # 67B - 16
TELEFONO: 3136627780
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 3045309022

OBS: Isabela Tapias 1013456093.

CUFE: 29efa65ab6e355501a925462cd33
4678f0d9097517ffe4ed59fe179782b1ce
5f448ad6c93915ecd9d43302603f5295f2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Isabela Tejada Arandano identificado con cédula número 1013458093, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Isabela Tejada

FECHA 21/08/2025

No. de Orden 8652

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ISABELA TAPIAS AVENDAÑO	Documento	1013456093
No. Carné	42794805 - E	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	Cll 115 No.67 B 16		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ESPIRONOLACTONA 100MG CJX20TAB	ESPIRONOLACTONA 100MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
MINOXIDIL FORTE 5% SHN FCOX60ML	MINOXIDIL 5%	FRASCO	DOS

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

EN CUERO CABELLUDO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 112
VAGILAC 1350mg CJX28CAP	LACTOBACILLUS 1070MGFRUCTO	CÁPSULA	CIENTO DOC

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

1 DIARIAMENTE ORDNEAD A POR GINECOLOGIA Y SUSPENDER

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
EPIDUO GEL 0.1/25% TBOX30G	BENZOILO PEROXIDO HIDRATO 2.5GADAPALENO	FRASCO	UN

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

EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CLAUDIA PATRICIA AVENDAÑO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Isabela Tapias
Documento: 1013456093
Télefono: 3043330102

Fecha de vencimiento: 16/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8652

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: ISABELA TAPIAS AVENDAÑO | Documento: 1013456093
No. Carné: 42794805 - E | Fecha autorización: 20/08/25
Dirección: Cll 115 No.67 B 16
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: ESPIRONOLACTONA 100MG CJX20TAB | Molécula: ESPIRONOLACTONA 100MG Tableta Recubierta | Tipo: TABLETAS | Total 90: NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 EN LA MAÑANA

Medicamentos: MINOXIDIL FORTE 5% SHN FCOX60ML | Molécula: MINOXIDIL 5% | Tipo: FRASCO | Total 2: DOS
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
EN CUERO CABELLUDO

Medicamentos: VAGILAC 1350mg CJX28CAP | Molécula: LACTOBACILLUS 1070MGFRUCTO | Tipo: CÁPSULA | Total 112: CIENTO DOC
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 DIARIAMENTE ORDNEAD A POR GINECOLOGIA Y SUSPENDER

Medicamentos: EPIDUO GEL 0.1/25% TBOX30G | Molécula: BENZOILO PEROXIDO HIDRATO 2.5GADAPALENO | Tipo: FRASCO | Total 1: UN
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: CLAUDIA PATRICIA AVENDAÑO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 16/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8652

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ISABELA TAPIAS AVENDAÑO	Documento	1013456093
No. Carné	42794805 - E	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	Cll 115 No.67 B 16		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ALBISEC ONE 133.33/666.667MG CJX6TAB	**S E C N I D A Z O L 666.66MGITRACONAZOL**	CAJA	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 TABLETA	ORAL	DOSIS ÚNICA	1

TOMAR 3 TABELTAS EN DISIS UNICA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLOTRIMA/CLINDAM 200/100mg OVU CJX3	**CLOTRIMAZOL CLINDAMICINA FOSFATO**	ÓVULOS	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA 24 HORAS	3

ENTREGAR D E MK . INTRAVAGINAL EN LA NOCHE POR 3 DIAS

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

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

EN LA MAÑANA ANTESDEL PROTECTOR SOLAR

Nombre Funcionario:	CLAUDIA PATRICIA AVENDAÑO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Isabela Tapias
Documento: 1013456093.
Télefono: 3043309022

Fecha de vencimiento: 16/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8652

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario: ISABELA TAPIAS AVENDAÑO | Documento: 1013456093
No. Carné: 42794805 - E | Fecha autorización: 20/08/25
Dirección: Cll 115 No.67 B 16
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: ALBISEC ONE 133.33/666.667MG CJX6TAB | Molécula: S E C N I D A Z O L 666.66MGITRACONAZOL | Tipo: CAJA | Total 1: UN
Dosis: 3 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: DOSIS ÚNICA | Tiempo tratamiento: 1
TOMAR 3 TABELTAS EN DISIS UNICA

Medicamentos: CLOTRIMA/CLINDAM 200/100mg OVU CJX3 | Molécula: CLOTRIMAZOL CLINDAMICINA FOSFATO | Tipo: ÓVULOS | Total 3: TRES
Dosis: 1 ÓVULOS | Vía Admon.: INTRAVAGINAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 3
ENTREGAR D E MK . INTRAVAGINAL EN LA NOCHE POR 3 DIAS

Medicamentos: ROZELAIC 15% GEL TUBOX30G | Molécula: AZELAICO ACIDO | Tipo: GRAGEA | Total 1: UN
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
EN LA MAÑANA ANTESDEL PROTECTOR SOLAR

Nombre Funcionario: CLAUDIA PATRICIA AVENDAÑO ACEVEDO
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:
Fecha de vencimiento: 16/08/25
GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
49
FECHA: 21-08-2025 14:00
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319675
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213102-MELOXICAM MK TABLETAS 15 MG
CAJA X 10 UNDS
19,162 2 0 0 38,324
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
28,950 3 0 0 86,850
100218-FLEXTRIL C MSM (RG) INST. S
OBRES PARA RECONSTITUCIÓN ORAL CAJA
94,725 6 0 0 568,350
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 3 30 0 279,180
140241-GAVISCON SACHET CAJA X 12 U
NDS
24,408 5 0 0 122,040
255711-ROVARIL CAPSULAS 40 MG CAJA
X 30 UNDS
349,431 3 0 0 1,048,293
255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLU
CION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 2 0 0 233,812
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,377,149
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,377,149
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	2,097,669	0
EXENTAS:	279,180	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8657
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARVAJAL QUINTERO LUZ MARINA
CC 32321845
OPORTO 2816 --TORRE--2
TELEFONO: 2725440
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co

Sistema POS propio

PROVEEDOR TECNOLOGICO:

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA

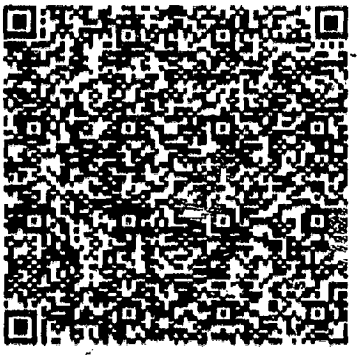
ESPECIALIDAD

MEDI.GENERAL

OBS:

CC 1130838408

CUFE: 8d822b44291f67df10df9372b259
2427ad573a1c4bd852867e0a93ce29667c
6d7ed81ccd3d929d3ae365806fab765e8e



82

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo MARTIN DURAN identificado con cédula número 13983978, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 AGOSTO 2021

No. de Orden 8657

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARINA CARVAJAL QUINTERO	Documento	32321845
No. Carné	13883848 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
MELOXICAM 15 MG CJX10TAB	MELOXICAM 15MG Tableta	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CITRAGEL CJX90TAB	CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FLEXTRIL C MSM 1500/1200/2400 MG CJX15SO	METILSULFONILMETANO 2400MGGLUCOSAMINA	SOBRE	NOVENTA

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

TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR DOLOR

Nombre Funcionario:	MARTIN ELIECER DURAN GONZALEZ

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 8657

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	LUZ MARINA CARVAJAL QUINTERO	Documento	32321845
No. Carné	13883848 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
MELOXICAM 15 MG CJX10TAB	MELOXICAM 15MG Tableta	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CITRAGEL CJX90TAB	CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FLEXTRIL C MSM 1500/1200/2400 MG CJX15SO	METILSULFONILMETANO 2400MGGLUCOSAMINA	SOBRE	NOVENTA

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

TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR DOLOR

Nombre Funcionario:	MARTIN ELIECER DURAN GONZALEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 13883848
Télefono: 3154474584

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8657

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARINA CARVAJAL QUINTERO	Documento	32321845
No. Carné	13883848 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML	ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio +	SOBRE	SESENTA

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ROVARIL 40mg CBL CJX30CAP POP	ROSUVASTATINA CALCICA	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO	AMPOLLA	SEIS

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

APLICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Nombre Funcionario:	MARTIN ELIECER DURAN GONZALEZ

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 8657

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: LUZ MARINA CARVAJAL QUINTERO | Documento: 32321845
No. Camé: 13883848 - C | Fecha autorización: 20/08/25
Dirección: CRA 53 NRO 25-32
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML | Molécula: ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio + | Tipo: SOBRE | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 SOBRE | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos: ROVARIL 40mg CBL CJX30CAP POP | Molécula: ROSUVASTATINA CALCICA | Tipo: CÁPSULA | Total 90: NOVENTA
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos: B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE | Molécula: TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO | Tipo: AMPOLLA | Total 6: SEIS
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: CADA SEMANA | Tiempo tratamiento: 60
APLICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Nombre Funcionario: MARTIN ELIECER DURAN GONZALEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1308384[illegible]
Télefono: 3[illegible]

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249302
64
FECHA: 20-08-2025 14:31
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319590
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

258859-VITAMINA C MK T. MASTICABLE
S MANDARINA CAJA X 100 UNDS
62,640 0 60 0 37,584
087022-MELATONINA FUNAT TABLETAS P
OTE X 60 UNDS
46,665 1 0 0 46,665
669368-CLORFENIRAMINA ECAR INST. J
ARABE FRASCO 120 ML
5,526 1 0 0 5,526
213307-FEXOFENADINA ECAR INST. TAB
LETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,790 1 0 0 8,790
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 98,865
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 98,865
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	98,565	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8671
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE LA ROSA DAVID LUISA FERNANDA
CC 1006868818
CL 57 # 69 - 27 RINCON DEL BOSQU
E APT 762 TO 3
TELEFONO: 3023736569
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luisa Fernanda de la Rosa David identificado con cédula número 1006968878, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Luisa DP

FECHA agosto - 21 / 2025



OBS:
CC. 1006968878
Cel = 3007169495
CUFE: bf6ad62267 9baef5809cf48137 32
a2743a026d700f88b36c38c894323a516a
969d17d9834d996c1868508334bcf79a9a

No. de Orden 8671

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUISA FERNANDA DE LA ROSA DAVID	Documento	1006868818
No. Carné	18001179 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	AVENIDA NEWBALL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) 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 CUCHARADA EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

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 A LAS 5 PM

Nombre Funcionario:	JOSE LUIS DE LA ROSA RODRIGUEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1006868818
Télefono: 3001697915

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8671

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	LUISA FERNANDA DE LA ROSA DAVID	Documento	1006868818
No. Camé	18001179 - C	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	AVENIDA NEWBALL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) 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 CUCHARADA EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

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 A LAS 5 PM

Nombre Funcionario:	JOSE LUIS DE LA ROSA RODRIGUEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1006868818
Télefono: 3001697915

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B S
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249304
04
FECHA: 22-08-2025 13:33
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319731
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132059-ESPIRONOLACTONA GENFAR INST
. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
35,700 0 60 0 7,140
067051-EXELON 4.6 MG/24H (RG) PARC
HE 9 MG CAJA X 30 UNDS
180,390 2 0 0 360,780
069044-CORBIS (RG) COMPRIMIDOS 5 M
G CAJA X 30 UNDS
20,475 2 0 0 40,950
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLET
AS 100 MG X 30 UNDS
40,950 2 0 0 81,900
115108-ENALAPRIL MK INST. TABLETAS
5 MG CAJA X 150 UNDS
19,950 0 60 0 7,980
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1!
8,504 2 0 0 17,008
169081-CARVEDILOL WINTHROP (RG) TA
BLETAS 12.5MG CAJA X 30 UNDS
18,377 1 0 0 18,377
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 534,435
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 534,435
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	534,135	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8676
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GIL CAÑOLA LUZ MARIA
CC 21922693
CR 20 # 16 - 37 BARRIO PEPE SIER
RA DOS - BARBOSA
TELEFONO: 6046013082
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Pablo Gil Echavarría identificado con cédula número 1000407597, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Juan Pablo Gil Echavarría

FECHA 22/08/2025

Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO
LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Juan Pablo Gil Echavarría 1000407597

CUFE: ee245d029c0dc4dad9939670158395c7a0986ea595e974bfe63b1e3b1b53b5125f331339 7c7ab7946228ec30fc8492

No. de Orden 8676

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARIA GIL CANOLA	Documento	21922693
No. Carné	15360761 - A	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	BARRIO SAN FRANCISCO PTO. BERRIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ESPIRONOLACTONA 25MG CJX20TAB	**ESPIRONOLACTONA 25MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EXELON 9mg DPP CJX30DPP	**RIVASTIGMINA**	PARCHE	SESENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	60

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
CORBIS 5 MG CJA X 30 TAB	**BISOPROLOL FUMARATO 5MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB	**ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación**	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	CARLOS TULIO GIL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Juan Pablo Gil E
Documento: 1000473 97
Télefono: 3028452539

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8676

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MARIA GIL CANOLA	Documento	21922693
No. Carné	15360761 - A	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	BARRIO SAN FRANCISCO PTO. BERRIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ESPIRONOLACTONA 25MG CJX20TAB	**ESPIRONOLACTONA 25MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EXELON 9mg DPP CJX30DPP	**RIVASTIGMINA**	PARCHE	SESENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	60

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
CORBIS 5 MG CJA X 30 TAB	**BISOPROLOL FUMARATO 5MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
CARDIOASPIRINA 100MG CJX30TAB	**ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta de liberación**	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	CARLOS TULIO GIL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8676

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARIA GIL CANOLA	Documento	21922693
No. Carné	15360761 - A	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	BARRIO SAN FRANCISCO PTO. BERRIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ENALAPRIL 5MG CJX50TAB	**ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO**	FRASCO	DOS

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

3 VECE SLA DIA EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CARVEDILOL 12.5MG CJX30TAB	**CARVEDILOL 12.5MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR MEDIA EN LA MAÑANA Y MEDIA EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CARLOS TULIO GIL

Gloria J.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Juan Pablo: IE
Documento: 1020407597
Télefono: 3028452539

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8676

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MARIA GIL CANOLA	Documento	21922693
No. Carné	15360761 - A	Fecha autorización	20/08/25
Dirección	BARRIO SAN FRANCISCO PTO. BERRIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ENALAPRIL 5MG CJX50TAB	**ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO**	FRASCO	DOS

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

3 VECE SLA DIA EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CARVEDILOL 12.5MG CJX30TAB	**CARVEDILOL 12.5MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR MEDIA EN LA MAÑANA Y MEDIA EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CARLOS TULIO GIL

Gloria J.

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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
06
FECHA: 21-08-2025 08:14
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319632
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 2 0 0 125,934
125601-BOLSA PEQUEÑA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 126,234
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 126,234
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	125,934	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8677
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO TORO GABRIELA
CC 24385055
CR 68 # 3 - 87 CRA 68 #CIRCULAR
3-87 CEL 3146629656
TELEFONO: 3868745
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: 4550/JT

CUFE: 000a8f19dad2b84f85683db2f12f
9c249c966687b3f5f54eab01a3a0250849
0a8e2f50823862980a8567ec2cb9d2ee80

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Omar García identificado con cédula número 4550157, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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

No. de Orden 8677

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GABRIELA RESTREPO TORO	Documento	24385055
No. Carné	4550151 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 68 NRO C3 -87 SAN JOAQUIN MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

Nombre Funcionario:	OMAR GARCIA DE JESUS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 4550151
Télefono: 3001168805

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8677

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario GABRIELA RESTREPO TORO | Documento 24385055
No. Carné 4550151 - C | Fecha autorización 21/08/25
Dirección CRA 68 NRO C3 -87 SAN JOAQUIN MEDELLIN
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

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

Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

Nombre Funcionario: OMAR GARCIA DE JESUS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 4550151
Télefono: 3001168805

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

92

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
10
FECHA: 21-08-2025 08:31
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319636
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
17,600 1 0 0 17,600
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS
BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
23,320 9 0 0 209,880
213366-AMLODIPINO MK TABLETAS 10 M
G CAJA X 30 UNDS
55,112 2 0 0 110,224
100280-ATORVASTATINA ECAR INST. TA
BLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS
120,000 0 60 0 7,200
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICI
NA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
27,480 1 20 0 41,220
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 386,424
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 386,424
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	386,124	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8679
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MORENO ALVAREZ LUZ MARINA
CC 32444959
TV 32EE # 74D - 41
TELEFONO: 5928865
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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

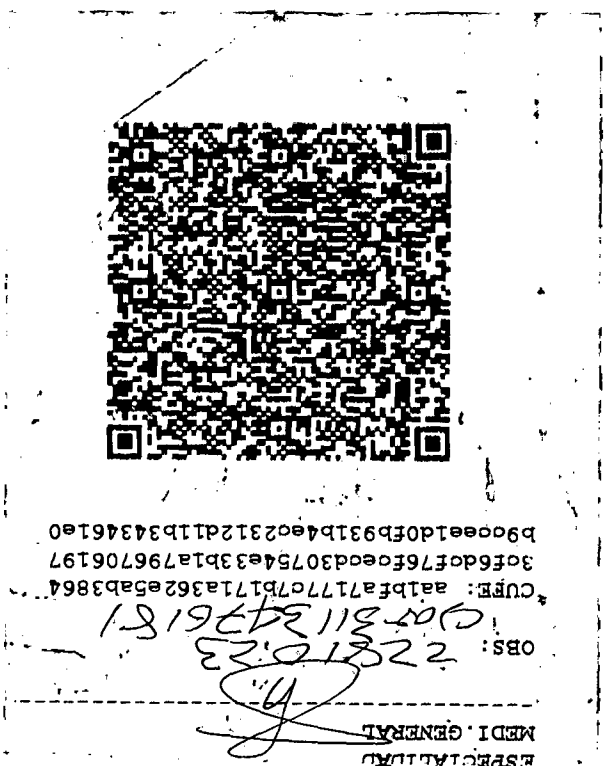
Certificación recibo a satisfacción

Yo Gilberto Chaqueta identificado con cédula número 2287023 ~~8~~, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 21-08-25



No. de Orden 8679

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARINA MORENO ALVAREZ	Documento	32444959
No. Carné	2281023 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	TRANS 32EE NRO 74D-41 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG**	TABLETAS	50 CINCUENTA

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX 500MG CJX100TR	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	180 CIENTO OCH

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

ENTREGAR ACTIV GEL. TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
AMLODIPINO 10MG CJX30TAB	**AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta**	TABLETAS	60 SESENTA

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	GILBERTO ANTONIO CHAGUALA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8679

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario LUZ MARINA MORENO ALVAREZ | Documento 32444959
No. Carné 2281023 - C | Fecha autorización 21/08/25
Dirección TRANS 32EE NRO 74D-41 BELEN
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
EUTIROX® 75 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG | TABLETAS | 50 CINCUENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | 180 CIENTO OCH
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
ENTREGAR ACTIV GEL. TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | 60 SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta | TABLETAS | 60 SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario: GILBERTO ANTONIO CHAGUALA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 2281023
Télefono: 2113476181

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8679

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARINA MORENO ALVAREZ	Documento	32444959
No. Carné	2281023 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	TRANS 32EE NRO 74D-41 BELEN		
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 24 HORAS	60

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	GILBERTO ANTONIO CHAGUALA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8679

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MARINA MORENO ALVAREZ	Documento	32444959
No. Carné	2281023 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	TRANS 32EE NRO 74D-41 BELEN		
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 24 HORAS	60

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	GILBERTO ANTONIO CHAGUALA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 2281023
Télefono: 3113476181

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
17
FECHA: 21-08-2025 09:34
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319643
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213307-FEXOFENADINA ECAR INST. TAB
LETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,790 3 0 0 26,370
404022-BENZIRIN VERDE SPRAY MENTA
SPRAY 120 ML
13,706 1 0 0 13,706
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 30 0 34,320
116600-BISACODILO RECIPE INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 100 UNDS
21,200 0 30 0 6,360
258859-VITAMINA C MK T. MASTICABLE
S MANDARINA CAJA X 100 UNDS
62,640 0 30 0 18,792
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 99,848
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 99,848
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 99,548 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8680
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IGUARAN BORJA SOFIA
CC 1017923226
CL 49F # 87 - 125 AP 9914 DIA DE
CAMPO CALAZANS
TELEFONO: 4371947
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 Paola Bon identificado con cédula número 43576305 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Paola Bon

FECHA 21-8-25



CUFE: e9dabc3c164bca85bc96b58e9d2b
d21abb637aacef6ae7372143e83cce209
46edfbc473a9ce8e8b770cd57804045c72d

OBS:

MEDI. GENERAL

No. de Orden 8680

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SOFIA IGUARAN BORJA	Documento	1017923226
No. Carné	43576300 - D	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 49 NRO 87-125 APTO 9712 CALASANZ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA NOCHE

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 TRES SPRAYS EN GARGANTA TRES VECSS AL DÍA POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM) POR CINCO DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
BISACODILO 5MG CJX10TAB	**BISACODILO 5MG Tableta de liberación retardada**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	CLAUDIA PATRICIA BORJA PUERTA

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 8680

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	SOFIA IGUARAN BORJA	Documento	1017923226
No. Carné	43576300 - D	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 49 NRO 87-125 APTO 9712 CALASANZ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA NOCHE

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 TRES SPRAYS EN GARGANTA TRES VECSS AL DÍA POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM) POR CINCO DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
BISACODILO 5MG CJX10TAB	**BISACODILO 5MG Tableta de liberación retardada**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	CLAUDIA PATRICIA BORJA PUERTA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Claudia B.
Documento: 43596300
Télefono: 3012419503

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

97

No. de Orden
8680

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SOFIA IGUARAN BORJA	Documento	1017923226
No. Carné	43576300 - D	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 49 NRO 87-125 APTO 9712 CALASANZ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	**ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	CLAUDIA PATRICIA BORJA PUERTA

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
8680

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SOFIA IGUARAN BORJA	Documento	1017923226
No. Carné	43576300 - D	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CALLE 49 NRO 87-125 APTO 9712 CALASANZ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	**ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	CLAUDIA PATRICIA BORJA PUERTA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Paola B.
Documento: 43576300
Télefono: 3012419305

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

97

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 250. '93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
15
FECHA: 21-08-2025 09:18
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319641
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115119-CARMELUB TEARSGEL INST. SOL
UCION OFTALMICA 1 % CAJA 15 ML
11,154 3 0 0 33,462
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

[TOTAL DE FACTURA]
TOTAL: 33,762
[FORMAS DE PAGO]
MEDIO DE PAGO: CREDITO 33,762
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
[RESUMEN DE IMPUESTOS]

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	33,462	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8681
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSPINA AGUDELO LUCILA DEL SOCORRO
CC 32486728
CL 79C # 75 - 37 AP 229 BL-71 AL
TAMIRA PORTERIA 1
TELEFONO: 6045850364
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: Lucila Ospino A
32486428
6045850364

CUFE: 4821c4c3bb92ab9ba8f2c6f6344f
267a7b1dac452c1ff6999719d42c591891
063a858705dad8185dea7ac55a4e7a7085

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lucila Espinosa identificado con cédula número 32486728, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Lucila Espinosa

FECHA Agosto 21/2025

No. de Orden 8681

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUCILA DEL SOCORRO OSPINA AGUDELO	Documento	32486728
No. Camé	8285687 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CL 79C 75-37 Blo 71 AP 229 BARRIO ALTAMIRA MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML**	FRASCO	TRES

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA POR 6 MESES. ENTREGA 3/6. PENDIENTES TRES

Nombre Funcionario:	OJILVIO AYALA HERRERA
WENDY LAURA BUENO ARIZA RM: 91-0116-07	**Recibido Por:** Firma: Lucila Ospino Documento: 32486728 Télefono: 6045850364

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8681

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUCILA DEL SOCORRO OSPINA AGUDELO	Documento	32486728
No. Camé	8285687 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CL 79C 75-37 Blo 71 AP 229 BARRIO ALTAMIRA MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML**	FRASCO	TRES

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA POR 6 MESES. ENTREGA 3/6. PENDIENTES TRES

Nombre Funcionario:	OJILVIO AYALA HERRERA
WENDY LAURA BUENO ARIZA RM: 91-0116-07	**Recibido Por:** Firma: _____ Documento: _____ Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

100

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249304
05
FECHA: 22-08-2025 14:37
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319732
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

200011-BONAC GEL 4% CAJA 30 G
24,812 1 0 0 24,812
270452-LIDOMAX CREMA 4% CAJA 15 G
83,000 1 0 0 83,000
079057-VASELINA PURA CERO CAJA 25
G
5,695 1 0 0 5,695
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 113,807
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 113,807
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	5,038	957
EXCLUIDAS:	107,812	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8683
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ ACEVEDO LAURA
RC 1020230076
6043055230
TELEFONO: 3207874243
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

e.e. 7172500

OBS: tel: 3144660989

CUFE: 186c42e050c05d2baf8dcaba02c0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carlos Mario Acevedo identificado con cédula número 71772504, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 25-08-2025

be9df6ee021f28a7f6ffa563d1b3a6359a

No. de Orden 8683

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LAURA ACEVEDO GOMEZ	Documento	1020230076
No. Carné	43807906 - E	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	VEREDA LA MIEL-EL PINAR - CALDAS ANT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
BONAC 4% GEL TUBX30G	**ERITROMICINA 40MGG Gel**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	15

APLICAR CADA 12 HORAS POR 15 DÍAS (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA DERMATOLOGÍ

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
LIDOMAX 4% CREMA TUBO X 15G	**LIDOCAINA 4%**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	DOSIS ÚNICA	1

APLICAR DOS HORAS ANTES DE ASISTIR AL PROCEDIMIENTO. (RECOMENDACIÓN DEL ESPEC

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
VASELINA PURA POTx25g	**PETROLATO BLANCO (Vaselina)**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 6 HORAS	30

APLICAR CADA 6 HORAS POR UN MES. (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Nombre Funcionario:	CARMEN DORIS GOMEZ HURTADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 3144660980
Télefono: 7172500

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8683

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	LAURA ACEVEDO GOMEZ	Documento	1020230076
No. Carné	43807906 - E	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	VEREDA LA MIEL-EL PINAR - CALDAS ANT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
BONAC 4% GEL TUBX30G	**ERITROMICINA 40MGG Gel**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	15

APLICAR CADA 12 HORAS POR 15 DÍAS (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA DERMATOLOGÍ

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
LIDOMAX 4% CREMA TUBO X 15G	**LIDOCAINA 4%**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	DOSIS ÚNICA	1

APLICAR DOS HORAS ANTES DE ASISTIR AL PROCEDIMIENTO. (RECOMENDACIÓN DEL ESPEC

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
VASELINA PURA POTx25g	**PETROLATO BLANCO (Vaselina)**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 6 HORAS	30

APLICAR CADA 6 HORAS POR UN MES. (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Nombre Funcionario:	CARMEN DORIS GOMEZ HURTADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
97
FECHA: 22-08-2025 12:32
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319724
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253016-JARDIANCE (RG) TABLETAS 10
MG CAJA X 30 UNDS
110,880 2 0 0 221,760
600746-PEG POLIETIL INST. POLVO 33
50 FRASCO 160 G
23,489 3 0 0 70,467
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 292,527
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 292,527
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	292,227	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8686
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
REDONDO SIERRA GUSTAVO
CC 15235687
CL 66C # 37 - 70 PISO 2 CASA VIL
LA HERMOSA
TELEFONO: 3003020082
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
---------- Avenida Pasteur
24827474
OBS:

CUFE: 6b03d4c5b992cdcad072061b0570
9bc5e2c261aaa37e083ac293a5e18b5c0a
e7f58c284365ab4857b03ef5bfb43b90e8

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Mariela Betancur identificado con cédula número 24817274, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Mariela Betancur

FECHA 22 agosto 25

No. de Orden 8686

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GUSTAVO REDONDO SIERRA	Documento	15235687
No. Carné	40924679 - B	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CARRERA 2 C 27-76 PARAISO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
JARDIANCE 10 mg CJX30TAB	**EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
TRAVAD PEG 3350 FCO X 160 GR	**POLIETILENGLICOL 3350 100G Polvo para Solución**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
17 GRAMOS	ORAL	CADA 24 HORAS	60

TOMAR COMO FUE INDICADO POR CARDIOLOGÍA

Nombre Funcionario:	LAMIA CECILIA REDONDO MENDOZA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1082177114
Télefono: 3173623301

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8686

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GUSTAVO REDONDO SIERRA	Documento	15235687
No. Carné	40924679 - B	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CARRERA 2 C 27-76 PARAISO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
JARDIANCE 10 mg CJX30TAB	**EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
TRAVAD PEG 3350 FCO X 160 GR	**POLIETILENGLICOL 3350 100G Polvo para Solución**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
17 GRAMOS	ORAL	CADA 24 HORAS	60

TOMAR COMO FUE INDICADO POR CARDIOLOGÍA

Nombre Funcionario:	LAMIA CECILIA REDONDO MENDOZA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 04/09/25

GTH-F-005 V.01

104

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249304
31
FECHA: 23-08-2025 09:31
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319759
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

375886-WELLBUTRIN XL (RG) TABLETAS
150 MG CAJA X 30 UNDS
58,530 2 0 0 117,060
100250-BRONCHO VAXOM ADULTO INST.
CAPSULAS CAJA X 30 UNDS
438,750 3 0 0 1,316,250
385851-VOLTAREN FORTE EMULGEL CAJA
100 G
103,760 2 0 0 207,520

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,640,830
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,640,830
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,640,830 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8707
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARIN BEDOYA GLORIA EMILSE
CC 43509619
CR 39B # 44 - 70 PISO 4 EL SALVA
DOR
TELEFONO: 2182112
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: Gloria Marin
43509619
CUFE: 6862c484dd5bba832406ba997c68
c532e00437ba5957648d24a89347ec96cb
22ab355fb65b4b7ca9d81eb004b006afd7

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Marin identificado con cédula número 43509619, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Gloria Marin

FECHA 23-08-2025

No. de Orden 8707

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA EMILSE MARIN BEDOYA	Documento	43509619
No. Carné	8254821 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CRA 39B NRO 44-70 INT 401 SALVADOR		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
WELLBUTRIN XL 150MG FCOX30TAB	BUPROPION CLORHIDRATO 150MG Tableta de liberación	TABLETAS	SESENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
BRONCHO VAXOM ADULTO 7MG CJX10CAP	OM-85 LIOFILIZADO 7MG Cápsula de cubierta dura	CAJA	TRES

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

1 EN AYUNAS POR 10 DIAS Y REPETIR CADA EMS POR 3 MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G	DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel	TUBO	DOS

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

2 VECES AL DIA EN AREA DOLOROSA

Nombre Funcionario:	EDGAR ANTONIO GUZMAN ESCUDERO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Gloria María
Documento: 43509619
Télefono: 3136951930
6045047504

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8707

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: GLORIA EMILSE MARIN BEDOYA | Documento: 43509619
No. Carné: 8254821 - C | Fecha autorización: 21/08/25
Dirección: CRA 39B NRO 44-70 INT 401 SALVADOR
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
WELLBUTRIN XL 150MG FCOX30TAB	BUPROPION CLORHIDRATO 150MG Tableta de liberación	TABLETAS	SESENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
BRONCHO VAXOM ADULTO 7MG CJX10CAP	OM-85 LIOFILIZADO 7MG Cápsula de cubierta dura	CAJA	TRES

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

1 EN AYUNAS POR 10 DIAS Y REPETIR CADA EMS POR 3 MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VOLTAREN EMULGEL FORTE 2.32% TBOX100G	DICLOFENACO DIETILAMONIO 20MGG Gel	TUBO	DOS

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

2 VECES AL DIA EN AREA DOLOROSA

Nombre Funcionario: EDGAR ANTONIO GUZMAN ESCUDERO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

106

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
25
FECHA: 21-08-2025 11:10
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319651
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669316-IMIPRAMINA HUMAX INST. TABL
ETAS 25 MG CAJA X 100 UNDS
10,300 0 30 0 3,090
139055-ADVIL MAX CAPSULAS 400 MG C
AJA X 10 UNDS
13,630 3 0 0 40,890
115542-TRILIPIX INST. RG (ACIDO FE
NO) CAPSULAS 135 MG CAJA X 30 UNDS
339,660 3 0 0 1,018,980
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,063,260
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,063,260
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	1,062,960	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8715
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MORENO ECHAVARRIA BLANCA SORAYA
CC 42765497
CR 65 # 16 - 86 CASA 171 VILLAS
DEL PARQUE
TELEFONO: 3136809050
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: 1007446682

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Antonio Pursado identificado con cédula número 70744682, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 21/8/25

70744682



CUFE: 8784ceae477ad028919c442dfb0f
462ccc37e4dc3f8b3dd50ea6c6bde23528
f4388aabc708854c4bbc72e6d2d9bb7149

107

No. de Orden
8715

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BLANCA SORAYA MORENO ECHAVARRIA	Documento	42765497
No. Carné	70509129 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CLL 9A SUR 51 98 GUAYABAL MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
IMIPRAMINA HCL 25 MG CJ 50 TAB	**IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ADVIL MAX 400MG CJX10CAP	**IBUPROFENO 400MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 8 HORAS	30

TOMAR CADA 24 HORAS SOLO POR EPISODIO DE CEFALEA INTENSA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
TRILIPIX 135MG CJX30CAP	**FENOFIBRATO COLINA 135MG Cápsula de liberación**	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE JUNTO CON ATORVSTATINA

Nombre Funcionario:	GUSTAVO DE JESUS VALENCIA CORREA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8715

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	BLANCA SORAYA MORENO ECHAVARRIA	Documento	42765497
No. Carné	70509129 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	CLL 9A SUR 51 98 GUAYABAL MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
IMIPRAMINA HCL 25 MG CJ 50 TAB	**IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ADVIL MAX 400MG CJX10CAP	**IBUPROFENO 400MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 8 HORAS	30

TOMAR CADA 24 HORAS SOLO POR EPISODIO DE CEFALEA INTENSA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
TRILIPIX 135MG CJX30CAP	**FENOFIBRATO COLINA 135MG Cápsula de liberación**	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE JUNTO CON ATORVSTATINA

Nombre Funcionario:	GUSTAVO DE JESUS VALENCIA CORREA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono: 7821468

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

3718657825

107

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249303
61
FECHA: 21-08-2025 17:03
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319687
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213173-ENALAPRIL MK TABLETAS 5 MG
CAJA X 50 UNDS
19,104 0 30 0 11,462
255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLU
CION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 2 0 0 233,812
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300
255024-DEFEROL CBG CAPSULAS 7000UI
CAJA X 16 UNDS
126,510 1 0 0 126,510
255435-DEFEROL CBG CAPSULAS BLANDA
S 7000UI CAJA X 8 UNDS
82,799 1 0 0 82,799

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 454,884
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 454,884
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	454,583	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8738
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ACEVEDO SEPULVEDA CARLOS MARIO
CC 71725040
CALDAS
TELEFONO: 3064523
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 Carlos Mario Acevedo identificado con cédula número 71725040, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 25-08-2025



CUFE: 3880667a1a2c408cdb9b39d61666
283a60bc154046718da749ddfb1d577
d2068fa8d4bdb38906b1b510ef310a005b

OBS: tel: 3147466098
c.c. 71725040

No. de Orden 8738

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CARLOS MARIO ACEVEDO SEPULVEDA	Documento	71725040
No. Camé	43807906 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	VEREDA LA MIEL-EL PINAR - CALDAS ANT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ENALAPRIL 5MG CJX50TAB	**ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
DEFEROL 7000UI CBL CJX4CAP	**VITAMINA D3 7000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	VEINTICUATR

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 CÁPSULA	ORAL	CADA SEMANA	90

TOMAR UNA CAPSULA DOS VECES A LA SEMANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	**TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO**	AMPOLLA	SEIS

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

APLICAR IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Nombre Funcionario:	CARMEN DORIS GOMEZ HURTADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71725040
Télefono: 3144660988

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8738

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	CARLOS MARIO ACEVEDO SEPULVEDA	Documento	71725040
No. Camé	43807906 - C	Fecha autorización	21/08/25
Dirección	VEREDA LA MIEL-EL PINAR - CALDAS ANT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ENALAPRIL 5MG CJX50TAB	**ENALAPRIL MALEATO 5MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
DEFEROL 7000UI CBL CJX4CAP	**VITAMINA D3 7000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	VEINTICUATR

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 CÁPSULA	ORAL	CADA SEMANA	90

TOMAR UNA CÁPSULA DOS VECES A LA SEMANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	**TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO**	AMPOLLA	SEIS

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

APLICAR IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Nombre Funcionario:	CARMEN DORIS GOMEZ HURTADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

110

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930407
FECHA: 22-08-2025 14:54
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319734
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132244-ESPIRONOLACTONA HUMAX INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS
48,600 0 60 0 29,160
213102-MELOXICAM MK TABLETAS 15 MG CAJA X 10 UNDS
19,162 2 0 0 38,324
255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLUCION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 1 0 0 116,906
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 UNDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 184,690
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 184,690
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	184,390	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8759
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEÑA CAÑOLA JULIANA
CC 1020223101
CL 42 # 103 - 39 TORRE MADEIRA A P 703 SAN JAVIER
TELEFONO: 4988317
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 1076478

71502265

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo JOSE D BERMUDEZ P identificado con cédula número 71582960, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA JOSE D BZ

FECHA 22/8/2025



9fa5ca7f20a536a8b716ddb7a6d55ed8c
0be1d70f6a9a54395c16846aa2daa3fec6
cd#: 6ueba51baccbd1747875bf324658 3

No. de Orden
8759

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JULIANA PEÑA CAÑOLA	Documento	1020223101
No. Carné	71582060 - D	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CALLE 42 NRO 103-39 APTO 403		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ESPIRONOLACTONA 100mg TNR CJX100TNR	**ESPIRONOLACTONA**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR CUATRO MESES. ENTREGA 3/4. PENDIENTES UNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
MELOXICAM 15 MG CJX10TAB	**MELOXICAM 15MG Tableta**	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA 24 HORAS solo por dolor intenso en el codo

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 IM CADA 10 DÍAS POR UN MES

Nombre Funcionario:	JOSE GAB BERMUDEZ PEREIRA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Jose G B
Documento: 71582560
Télefono: 3137666229

Fecha de vencimiento: 05/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8759

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JULIANA PEÑA CAÑOLA	Documento	1020223101
No. Camé	71582060 - D	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CALLE 42 NRO 103-39 APTO 403		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ESPIRONOLACTONA 100mg TNR CJX100TNR	**ESPIRONOLACTONA**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR CUATRO MESES. ENTREGA 3/4. PENDIENTES UNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
MELOXICAM 15 MG CJX10TAB	**MELOXICAM 15MG Tableta**	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA 24 HORAS solo por dolor intenso en el codo

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 IM CADA 10 DÍAS POR UN MES

Nombre Funcionario:	JOSE GAB BERMUDEZ PEREIRA

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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
73
FECHA: 26-08-2025 12:12
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319902
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600193-EUTIROX INST. TABLETAS 150
MCG CAJA X 50 UNDS
22,000 2 0 0 44,000
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 44,300
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 44,300
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	44,000	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8768
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSSA GIRALDO LUIS CARLOS
CC 71313516
CL 52 # 64 - 32 BLOQUE 3 AP 401
CARLOS E RESTREPO
TELEFONO: 3113767760
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Teresa Giraldo Z identificado con cédula número 32.518.240, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Teresa Giraldo Z

FECHA 26 de Agosto 2020

CUFE: 95a01190f4b3e7e71c6b93e8d68ec1d7fb0a245e5b9b8527cd6f4ffea43daf1cf1f25b1d35a9f64cdf0d5f1c3384e1f

Teresa Giraldo

CC 32.518.240

Tel: 3113464460

No. de Orden
8768

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUIS CARLOS OSSA GIRALDO	Documento	71313516
No. Camé	8250177 - E	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CALLE 52 NRO 64-32 CARLOS E RESTREPO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
EUTIROX® 150 MCG CAJA POR 30 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SODIO 150MCG Tableta**	TABLETAS	CIEN

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

TOMAR CADA DÍA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, DE LUNES A SABADO Y DESCANSA DOM

Nombre Funcionario:	LUIS ABAD OSSA ECHEVERRI

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8768

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUIS CARLOS OSSA GIRALDO	Documento	71313516
No. Camé	8250177 - E	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CALLE 52 NRO 64-32 CARLOS E RESTREPO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
EUTIROX® 150 MCG CAJA POR 30 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SODIO 150MCG Tableta**	TABLETAS	CIEN

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

TOMAR CADA DÍA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, DE LUNES A SABADO Y DESCANSA DOM

Nombre Funcionario:	LUIS ABAD OSSA ECHEVERRI

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Teresa Giraldo
Documento: 32-518-240
Télefono: 3112767760

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249304
06
FECHA: 22-08-2025 14:45
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319733
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

101154-OPHTHABRACIN-D UNGUENTO 0.3
% / 0.1% TUBO 3.5 G
93,089 1 0 0 93,089
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 3 0 0 188,901
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75.000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 282,290
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 282,290
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 281,990 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8794
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
REDONDO SIERRA GUSTAVO
CC 15235687
CL 66C # 37 - 70 PISO 2 CASA VIL
LA HERMOSA
TELEFONO: 3003020082
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 Daniela Betancur
24027744
OBS:

CUFE: 27393c0668fbad3cdbc91344ea18
9bdc1704b1e1323765294678O3b655d8e0
08b2dfff51217df78919e862198c2a0652

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Mariela Betancur identificado con cédula número 28297274, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Mariela Betancur

FECHA 22 agosto 25

No. de Orden 8794

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GUSTAVO REDONDO SIERRA	Documento	15235687
No. Carné	40924679 - B	Fecha autorización	22/08/25
Dirección	CARRERA 2 C 27-76 PARAISO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
OPHTHABRACIN-D 0.3%/0.1% SGS FCOX5ML	**TOBRAMICINA SULFATO DEXAMETASONA**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	10

ENTREGAR UNGUENTO PARA APLICAR TES VECS AL DÍA POR 010 DÍAS

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	90

UNA GOTA EN CADA OJO DOS VECES AL DÍA SIN SUSPENDER

Nombre Funcionario:	LAMIA CECILIA REDONDO MENDOZA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8794

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario GUSTAVO REDONDO SIERRA | Documento 15235687
No. Carné 40924679 - B | Fecha autorización 22/08/25
Dirección CARRERA 2 C 27-76 PARAISO
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos: OPHTHABRACIN-D 0.3%/0.1% SGS FCOX5ML | Molécula: TOBRAMICINA SULFATO DEXAMETASONA | Tipo: TUBO | Total 1: UN
Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 10
ENTREGAR UNGUENTO PARA APLICAR TES VECS AL DÍA POR 010 DÍAS

Medicamentos: CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | Molécula: CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | Tipo: FRASCO | Total 3: TRES
Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
UNA GOTA EN CADA OJO DOS VECES AL DÍA SIN SUSPENDER

Nombre Funcionario: LAMIA CECILIA REDONDO MENDOZA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: Mariela Betancur
Documento: 1088277274
Télefono: 3773073330
Fecha de vencimiento: 06/09/25
GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
72
FECHA: 26-08-2025 12:07
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319901
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-ESCITALOPRAM MK INST. TABLE
TAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
50,200 3 0 0 150,600
087022-MELATONINA FUNAT TABLETAS P
OTE X 60 UNDS
46,665 1 0 0 46,665
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 197,565
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 197,565
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 197,265 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8826
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO RODA ROCIO DEL SOCORRO
CC 43836070
CL 1030 # 67 - 25 GIRARDOT 31284
29550
TELEFONO: 5035980
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 Nocio Henao identificado con cédula número 4383070, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Nocio Henao

FECHA 26 agosto 2025

Nocio Henao
OBS: cc. 4383070
CUFE: 6311f5c6eefab3ccfc359b7dc3afe
a902ecbd8345aa4354887b2db55d218c0c
429bd3d0f8e7a6e5325e764a36a0d98db3

No. de Orden
8826

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROCIO DEL SOCORRO HENAO RODA	Documento	43836070
No. Carné	6275053 - C	Fecha autorización	25/08/25
Dirección	CALLE 103D NRO 67-25 GIRARDOT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB	**ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	NOVENTA

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

MK 1 DESPUES DEL DESAYUNO, SUSPENDER LA DULOXETINA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB	**MELATONINA 3MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	NICOLAS EMILIO JIMENEZ GARCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Rocio
Documento: CC1138307
Télefono: 3786411 63

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8826

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ROCIO DEL SOCORRO HENAO RODA	Documento	43836070
No. Camé	6275053 - C	Fecha autorización	25/08/25
Dirección	CALLE 103D NRO 67-25 GIRARDOT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB	**ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	NOVENTA

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

MK 1 DESPUES DEL DESAYUNO, SUSPENDER LA DULOXETINA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB	**MELATONINA 3MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	NICOLAS EMILIO JIMENEZ GARCIA

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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
04
FECHA: 25-08-2025 13:01
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319832
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

303222-FUCICORT CREMA CAJA 15 G
114,414 1 0 0 114,414
286093-PASTA LASSAR CREMA POTE 100
G
23,701 1 0 0 23,701
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 138,415
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 138,415
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 138,115 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8830
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDOÑO DE FRANCO MARIA RUTH
CC 21393127
CR 90A # 48E - 61 CS FLORESTA LO
S ALCAZARES
TELEFONO: 3164229571
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: Lida Lopez 43618100

CUFE: 9db8f8166b9371a813e3b356f632
c5cadfa5da3b3a3afdb4fd2101c2260907
65d9e910d211eba3cf4cd43921dcbb9f3a

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lida Lopez identificado con cédula número 43618100, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Lida Lopez

FECHA 25/08/2025

No. de Orden
8830

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA RUTH LONDOÑO DE FRANCO	Documento	21393127
No. Carné	71604145 - A	Fecha autorización	25/08/25
Dirección	CLL 96 N° 97-12 APARTADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PASTA LASSAR 25% PTA POTEX100g	**ZINC OXIDO**	TARRO	UN

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

EN AREA DE PAÑAL , 1 POTE POR MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
FUCICORT 20mg/1mg CR TBOX15G	**FUSIDICO Ácido Hemihidrato+BETAMETASONA**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	7

EN OREJAS 2 VECE SLA DIA 1 SEMANA ,LUEGO 1 VEZ AL DIA 1 SEMANA Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	JOSE DAVID FRANCO LONDONO

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
8830

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA RUTH LONDOÑO DE FRANCO	Documento	21393127
No. Carné	71604145 - A	Fecha autorización	25/08/25
Dirección	CLL 96 N° 97-12 APARTADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PASTA LASSAR 25% PTA POTEX100g	**ZINC OXIDO**	TARRO	UN

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

EN AREA DE PAÑAL , 1 POTE POR MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
FUCICORT 20mg/1mg CR TBOX15G	**FUSIDICO Ácido Hemihidrato+BETAMETASONA**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	7

EN OREJAS 2 VECE SLA DIA 1 SEMANA ,LUEGO 1 VEZ AL DIA 1 SEMANA Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	JOSE DAVID FRANCO LONDONO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Lda Lopez
Documento: 43618100
Télefono: 3204823314

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

120

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930505
FECHA: 25-08-2025 13:07
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319833
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116800-SYSTANE ULTRA INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 10 ML
36,114 3 0 0 108,342
132111-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D3) TABLETAS CUBIERTAS 7000UI CAJA X
109,344 1 16 0 182,240
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 UNDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 290,882
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 290,882
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	290,582	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8832
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERO JARAMILLO ESTEFANIA
CC 1000869934
CL 33C # 88A - 169 AP 616 AIRES DEL LAGO:LAUR.CAMPESTRE
TELEFONO: 353643
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: Luis Fernando Rivero
C.C 79408458

CUFE: 5423144af4797ecb4808fa6d562e813a6977bf9dd4191b49e060d1829bd4db

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Fdo Ribero Leon identificado con cédula número 71405458, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 25 de 2025

No. de Orden 8832

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ESTEFANIA RIBERO JARAMILLO	Documento	1000869934
No. Carné	21831918 - D	Fecha autorización	25/08/25
Dirección	CLL 33C 88A-169 APT.616		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SYSTANE ULTRA (0.4+0.3)%FCOX10ML	**POLIETILENGLICOL 400+PROPILENGLICOL**	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA EN AMBNOSM OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
NUEVI D 7000UI TR CJX12TR	**VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta**	CÁPSULA	CUARENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 CÁPSULA	ORAL	CADA SEMANA	90

1 CAPSULA VIERNES , SABADO Y DOMINGO

Nombre Funcionario:	MARIA PATRICIA JARAMILLO HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 79405458
Télefono: 3004886630

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8832

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	ESTEFANIA RIBERO JARAMILLO	Documento	1000869934
No. Carné	21831918 - D	Fecha autorización	25/08/25
Dirección	CLL 33C 88A-169 APT.616		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SYSTANE ULTRA (0.4+0.3)%FCOX10ML	**POLIETILENGLICOL 400+PROPILENGLICOL**	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA EN AMBNOSM OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
NUEVI D 7000UI TR CJX12TR	**VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta**	CÁPSULA	CUARENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
3 CÁPSULA	ORAL	CADA SEMANA	90

1 CAPSULA VIERNES , SABADO Y DOMINGO

Nombre Funcionario:	MARIA PATRICIA JARAMILLO HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 06/09/25

GTH-F-005 V.01

122

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HAS[illegible] 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
59
FECHA: 26-08-2025 09:49
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319888
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

169080-CARVEDILOL WINTHROP (RG) TA
BLETAS 6.25 MG CAJA X 30 UNDS
8,910 3 0 0 26,730
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 27,030
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 27,030
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 26,730 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8836
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VELASQUEZ M MARIA TERESA
CC 21859157
CL 74S # 35 - 145 CASA 132 CATAL
U¬A CAMPESTRE SABANETA
TELEFONO: 3007832862
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Elizabeth Henao identificado con cédula número 43093863, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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

43093863

CUFE: 8e77a291f4ea55562709928fea5f8
12e81d7ed1214e8a0c34033bc62071 8de
8f040b7b04116bbc5576149d02426e2a2

123

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

Beneficiario

MARIA TERESA VELASQUEZ DE M

CC 21859157

Fecha 26 08 2025

		Cantidad
CARVEDILOL 6.25 MGR TABELTA	VIA ORAL , TOMAR 1 TABELTA EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE	90 NOVENTA

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 8836

4309386

3007832908

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930555
FECHA: 26-08-2025 08:28
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319884
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

261207-FEMELLE 20 CD (RG) TABLETAS CAJA X 28 UNDS
26,908 3 0 0 80,724
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 UNDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 81,024
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 81,024
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	80,724	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8845
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
NOGUERA GUERRERO YOCELIN
CC 1000413095
CL 84 # 74 - 33
TELEFONO: 4410928
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: ~~4~~ cc1000413095

CUFE: 1e2c12f647aa42dc682a004aa29d2e728f8678172c2e6ab2bdce6660ba0f91c15721b5c6c15123665ff2eb5fa08a06ba

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Yocelin Noguera Guerrero identificado con cédula número 1000413095, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 de Agosto de 2025

No. de Orden
8845

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YOCELIN NOGUERA GUERRERO	Documento	1000413095
No. Carné	71699238 - E	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 84 NRO 74-33 LOPEZ DE MESA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
FEMELLE20 CD CJX28TAB	DROSPIRENONA 3MGETINILESTRADIOL	CAJA	TRES

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

1 DIARIA

Nombre Funcionario:	LUIS CORNELIO NOGUERA ESPANA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 09/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8845

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	YOCELIN NOGUERA GUERRERO	Documento	1000413095
No. Carné	71699238 - E	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 84 NRO 74-33 LOPEZ DE MESA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
FEMELLE20 CD CJX28TAB	DROSPIRENONA 3MGETINILESTRADIOL	CAJA	TRES

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

1 DIARIA

Nombre Funcionario:	LUIS CORNELIO NOGUERA ESPANA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: CC. 1000413095
Télefono: 3157480384

Fecha de vencimiento: 09/09/25

GTH-F-005 V.01

126

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
53
FECHA: 26-08-2025 08:20
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319882
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115110-PEG POLIETILENGLICO INST. 3
350 SOBRES X 12 SOBRES
26,412 3 0 0 79,236
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 79,536
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 79,536
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	79,236	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8856
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JIMENEZ MORENO FLOR ANGELA
CC 43078873
CR 50F # 2 S - 40 CASA GUAYABAL
TELEFONO: 2857179
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo florangela jimenez identificado con cédula número 43078873, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA florangela jimenez M

FECHA 26/08/2025

CUFE: DUT/53BT/4AD1A342BE87GFBA6D2
64A62B28EF193BB430EF3AB7D40A134CA5
FD81FABAC1065C588C35623588C1B90B98

No. de Orden 8856

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FLOR ANGELA JIMENEZ MORENO	Documento	43078873
No. Carné	70084685 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CRA 50F 2 SUR-40 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB	**POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo**	SOBRE	TRES

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

1 SOBRE DILIUIDO EN AGUA EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	FREDY ANTONIO GOMEZ LUNA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43078873
Télefono: 2857179

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8856

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	FLOR ANGELA JIMENEZ MORENO	Documento	43078873
No. Carné	70084685 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CRA 50F 2 SUR-40 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB	**POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo**	SOBRE	TRES

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

1 SOBRE DILIUIDO EN AGUA EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	FREDY ANTONIO GOMEZ LUNA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

128

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
88
FECHA: 26-08-2025 13:09
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319917
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277469-RISPERDAL (RG) INST. SOLUCI
ON ORAL CAJA 30 ML
15,695 4 0 0 62,780
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 63,080
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 63,080
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	62,780	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8859
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MACHADO DE CARO ANA PROTACIA
CC 21550601
CL 101D # 82F - 6 12DE OCTUBRE C
ASA 1 PISO
TELEFONO: 6045865672
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: Rendu cuo M: 32 324 906.

CUFE: 230e24db657e8f9f2446aee8be7c
627ed92c03b20460765fa844a91ffae962
6ac442b524160d37606d64433af639b11d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rubén Dario M. identificado con cédula número 32 324 906., en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rubén Dario M

FECHA 26 - 8 - 25.

No. de Orden 8859

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANA PROTACIA MACHADO DE CARO	Documento	21550601
No. Carné	21402138 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CRA 82F NRO 101D -09 --12 DE OCTUBRE		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
RISPERDAL 1mg/ml SGS CJXFCO30ml	**RISPERIDONA**	FRASCO	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 c.c.	OFTÁLMICA	CADA 24 HORAS	90

TOMAR 1 CENTIMETRO EN LA NOCHE , SI ESTA ANGUSTIADA EN EL DIA , DAR 0.5 CENTIM

Nombre Funcionario:	LUZ MYRIAM CARO MACHADO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32 324 906.
Télefono: 310 530 72 75.

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8859

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	ANA PROTACIA MACHADO DE CARO	Documento	21550601
No. Carné	21402138 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CRA 82F NRO 101D -09 --12 DE OCTUBRE		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
RISPERDAL 1mg/ml SGS CJXFCO30ml	**RISPERIDONA**	FRASCO	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 c.c.	OFTÁLMICA	CADA 24 HORAS	90

TOMAR 1 CENTIMETRO EN LA NOCHE , SI ESTA ANGUSTIADA EN EL DIA , DAR 0.5 CENTIM

Nombre Funcionario:	LUZ MYRIAM CARO MACHADO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32 324 906.
Télefono: 310 530 72 75.

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

130

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
66
FECHA: 26-08-2025 10:44
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319895
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129735-SINALGEN TABLETAS 5MG/325MG
CAJA X 30 UNDS
19,410 3 0 0 58,230
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 58,530
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 58,530
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	58,230	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8864
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTAÑO GUTIERREZ NUBIA DEL SOCORRO
CC 32479863
CR 39A # 39C - 14 POR LA IGLESIA
LAS PALMAS 2° PISO
TELEFONO: 6045943207
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: Nubia Castaño
32479863

CUFE: 1eb6dbcad75efd4b2cc55c612ff3
ad86e9ad376c3bc1345ba3cb77f74176a6
312f400f1e558845b80edd3fbc8b616bf1

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nubia Bautista G. identificado con cédula número 32479863, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Nubia Bautista G.

FECHA 26-08-25

No. de Orden
8864

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NUBIA DEL SOCORRO CASTAÑO GUTIERREZ	Documento	32479863
No. Carné	71790781 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CRA 39A NRO 40A -81 SALVADOR		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB	HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN	TABLETAS	NOVENTA

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

3 AL DIA POR 1 MES

Nombre Funcionario:	JUAN FERNANDO SERNA CASTAÑO

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
8864

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	NUBIA DEL SOCORRO CASTAÑO GUTIERREZ	Documento	32479863
No. Carné	71790781 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CRA 39A NRO 40A -81 SALVADOR		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB	HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN	TABLETAS	NOVENTA

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

3 AL DIA POR 1 MES

Nombre Funcionario:	JUAN FERNANDO SERNA CASTAÑO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Nubia bustamante
Documento: 32479863
Télefono: 604 4983048

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

132

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
81
FECHA: 26-08-2025 12:47
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 319910
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

662785-TRITTICO INST 50 MG. 50 CAP
S.
26,050 1 0 0 26,050
100278-ESCITALOPRAM MK INST. TABLE
TAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
50,200 2 0 0 100,400
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 126,750
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 126,750
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	126,450	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8876
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
NARANJO CHICA MARIO
CC 3323632
CL 39 # 35A - 9 BARRIO EL SALVAD
OR
TELEFONO: 21375011
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
---------- Mario Naranjo Chica

OBS:
3323632
CUFE: cbeac1a0c36ab5a60b4e566ebcee
1f229db2a98a41a60ee8719d794251e9d9

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Mario Naranjo Checa identificado con cédula número 3323632, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Mario Naranjo Checa

FECHA 26-08-2025



5735361956f1daaa503b2e10a9b9c6b0e85

No. de Orden
8876

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIO NARANJO CHICA	Documento	3323632
No. Carné	70114661 - B	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 2 SUR NRO 53-67		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 50
TRITTICO 50MG CJX50TAB	TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG Tableta	TABLETAS	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	50

TOMAR 1 TABLETA 8:30 PM

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

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

MK ,TOMAR 1 TABLETA A LAS 9 PM

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO NARANJO VELEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Mauricio Naranjo Chica
Documento: 3323632
Télefono: 3113931289

Fecha de vencimiento: 08/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8876

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIO NARANJO CHICA	Documento	3323632
No. Carné	70114661 - B	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 2 SUR NRO 53-67		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 50
TRITTICO 50MG CJX50TAB	TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG Tableta	TABLETAS	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	50

TOMAR 1 TABLETA 8:30 PM

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

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

MK ,TOMAR 1 TABLETA A LAS 9 PM

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO NARANJO VELEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 08/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
76
FECHA: 26-08-2025 12:26
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319905
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLU
CION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 2 0 0 233,812
039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405
121219-MELOXICAM GENFAR AMPOLLA 15
MG/1.5 ML CAJA X 5 UNDS
9,710 0 3 0 5,826
125G01-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 297,343
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 297,343
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	297,043	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8884
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROJAS LOPEZ ANGELA MARIA
CC 21384553
CL 7 SUR # 82B - 39 COLINAS DEL R
ODEO
TELEFONO: 4176198
POLITICA DE PROTECCIDN DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Angela María Rojas López identificado con cédula número 21384553, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Angela Mª Rojas L

FECHA Agosto 26/2025

Angela María Rojas López
C.I. 21384553
Antioquia

CUFE: bb92f4ede43c0fa4bf7b1c9b947e
d4cbc99a51c9b367cc4652e095811a4f9f
84f26b570cec3a4fb700a8eccabf9308a9

OBS:

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

No. de Orden
8884

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANGELA MARIA ROJAS LOPEZ	Documento	21384553
No. Carné	8276654 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 7 SUR No 82B 39 Rodeo Alto		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO	AMPOLLA	SEIS

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

APLICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DICLOFEN 1% AEY FCOX200ML	DICLOFENACO DIETILAMONIO 100000G Aerosol, Spray	FRASCO	UN

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

APLICAR EL SPRAY EN ZONA LUMBOSACRA TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
MELOXICAM 15MG/1.5ML CJX3AMP	MELOXICAM 10MGML Solución inyectable	AMPOLLA	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA 24 HORAS	10

APLICAR UNA IM CADA TRES DÍAS POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario:	JUAN ARMANDO SANDOVAL LONDONO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Angela M. Rojas J.
Documento: 21384553
Télefono: 3117137151

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8884

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ANGELA MARIA ROJAS LOPEZ	Documento	21384553
No. Carné	8276654 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 7 SUR No 82B 39 Rodeo Alto		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO	AMPOLLA	SEIS

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

APLICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DICLOFEN 1% AEY FCOX200ML	DICLOFENACO DIETILAMONIO 100000G Aerosol, Spray	FRASCO	UN

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

APLICAR EL SPRAY EN ZONA LUMBOSACRA TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
MELOXICAM 15MG/1.5ML CJX3AMP	MELOXICAM 10MGML Solución inyectable	AMPOLLA	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA 24 HORAS	10

APLICAR UNA IM CADA TRES DÍAS POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario:	JUAN ARMANDO SANDOVAL LONDONO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249305
99
FECHA: 26-08-2025 13:34
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 319928
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116600-BISACODILO RECIPE INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 100 UNDS
21,200 0 30 0 6,360
213092-CLINDAMICINA MK CREMA VAGIN
AL 2 % CAJA 40 G
59,013 1 0 0 59,013
132013-ACIDO FUSIDICO GENFAR INST.
CREMA 2 % CAJA 15 G
8,054 1 0 0 8,054
132998-DOXICICLINA INST. GENFAR CA
PSULAS 100 MG CAJA X 100 UNDS
23,000 0 20 0 4,600
019055-LIDOCAINA HIDROCORTISONA UN
GUENTO CAJA 10 G
36,101 2 0 0 72,202
639531-NISTATINA+OXIDO ZINC PCAPS.
CREMA CAJA 60 G
25,009 1 0 0 25,009
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 175,538
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 175,538
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	175,238	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8915
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOMBANA ORTEGA LILY ANDREA
CC 44006277
CL 65 # 80A - 96 2DO PISO ROBLED

TELEFONO: 3004784556
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: 16f55927520b0401781d7dbb0b3e
45961076c47235fe64951428a0bbaa1295
6bcd1b9f3cb0b91bff28a9596d9f201104

Angie Valeria Gaviria
1071548078

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Angie Lorena Gaviria Lombard identificado con cédula número 1071548078, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Angie Lorena Gaviria

FECHA 26/08/2025

138

No. de Orden 8915

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LILY ANDREA LOMBANA ORTEGA	Documento	44006277
No. Carné	98551435 - J	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	Calle 65 nro 80A -96 segundo piso		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
BISACODILO 5MG CJX10TAB	BISACODILO 5MG Tableta de liberación retardada	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE, SI MUCHA DIARREA, TOMAR SOLO MEDIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CLINDAMICINA 2% CR VAG TBOX40G	CLINDAMICINA FOSFATO 20MGG Crema	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	INTRAVAGINAL	CADA 24 HORAS	7

APLICAR CADA NOCHE HASTA TERMINAR EL TUBO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACIDO FUSIDICO 2% CR TBOX15G	FUSIDICO ACIDO 20MGG Crema	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 8 HORAS	10

APLICAR EN LOS FOLÍCULOS INFECTADOS TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DOXICICLINA 100MG CJX10TAB	DOXICICLINA HICLATO 100MG Tableta	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario:	BERNARDO DE JESUS MONTOYA VILLADA

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 8915

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LILY ANDREA LOMBANA ORTEGA	Documento	44006277
No. Carné	98551435 - J	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	Calle 65 nro 80A -96 segundo piso		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
BISACODILO 5MG CJX10TAB	BISACODILO 5MG Tableta de liberación retardada	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE, SI MUCHA DIARREA, TOMAR SOLO MEDIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CLINDAMICINA 2% CR VAG TBOX40G	CLINDAMICINA FOSFATO 20MGG Crema	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	INTRAVAGINAL	CADA 24 HORAS	7

APLICAR CADA NOCHE HASTA TERMINAR EL TUBO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACIDO FUSIDICO 2% CR TBOX15G	FUSIDICO ACIDO 20MGG Crema	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 8 HORAS	10

APLICAR EN LOS FOLÍCULOS INFECTADOS TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DOXICICLINA 100MG CJX10TAB	DOXICICLINA HICLATO 100MG Tableta	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario:	BERNARDO DE JESUS MONTOYA VILLADA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Angie Lorena Gaviria
Documento: 1071548078
Télefono: 3016206666

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

138

No. de Orden
8915

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LILY ANDREA LOMBANA ORTEGA	Documento	44006277
No. Carné	98551435 - J	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	Calle 65 nro 80A -96 segundo piso		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
LIDOPROCTO 5%/0.28% UNG TUBX20G	**LIDOCAINA HIDROCORTISONA ACETATO**	TUBO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	15

MEZCLAR UN TUBO CON EL OXIDO DE ZINC Y NISTATINA PARA APLICAR EN ZONA PERINEAL Y

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
NISTATINA/OXIDO ZINC 2%/20% UNGTUBX60g	**NISTATINA OXIDO ZINC**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	15

APLICAR DOS VECES AL DÍA EN ZONA PERINEAL

Nombre Funcionario:	BERNARDO DE JESUS MONTOYA VILLADA

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
8915

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	LILY ANDREA LOMBANA ORTEGA	Documento	44006277
No. Carné	98551435 - J	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	Calle 65 nro 80A -96 segundo piso		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
LIDOPROCTO 5%/0.28% UNG TUBX20G	**LIDOCAINA HIDROCORTISONA ACETATO**	TUBO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	15

MEZCLAR UN TUBO CON EL OXIDO DE ZINC Y NISTATINA PARA APLICAR EN ZONA PERINEAL Y

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
NISTATINA/OXIDO ZINC 2%/20% UNGTUBX60g	**NISTATINA OXIDO ZINC**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	15

APLICAR DOS VECES AL DÍA EN ZONA PERINEAL

Nombre Funcionario:	BERNARDO DE JESUS MONTOYA VILLADA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Angie Lorena Gaviria
Documento: 1071548078
Télefono: 3016206666

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249306
00
FECHA: 26-08-2025 13:39
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 319929
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

087022-MELATONINA FUNAT TABLETAS P
OTE X 60 UNDS
46,665 1 0 0 46,665
253016-JARDIANCE (RG) TABLETAS 10
MG CAJA X 30 UNDS
110,880 2 0 0 221,760

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 268,425
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 268,425
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 268,425 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8924
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ VANEGAS MARIA LADY MARGUEVITI
CC 21363624
CL 3 S # 53 - 20
TELEFONO: 2550310
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: Leidy Jaramillo 2550390.

CUFE: c62e53d9f81a0b75ef215936b9b3
a2bdd1e37a62f29a0bd6c65a35f375c9a5
67815fabdc4b8a220b86a2f1c3e6f4a5ff

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Leidy Jaramillo identificado con cédula número CC 43 267 552, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Leidy Jllo

FECHA 26/08/2025

No. de Orden
8924

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA LADY MARGUEVITE LOPEZ VANEGAS	Documento	21363624
No. Carné	8299367 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 3 SUR 53-20 MEDELLIN RODEO SUR GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	**MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
JARDIANCE 10 mg CJX30TAB	**EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	WILLIAM DE JESUS MUNOZ PINO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 28/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8924

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	MARIA LADY MARGUEVITE LOPEZ VANEGAS	Documento	21363624
No. Carné	8299367 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CLL 3 SUR 53-20 MEDELLIN RODEO SUR GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	**MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
JARDIANCE 10 mg CJX30TAB	**EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	WILLIAM DE JESUS MUNOZ PINO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Leidy Jaramillo
Documento: 43267552
Télefono: 2550310

Fecha de vencimiento: 28/08/25

GTH-F-005 V.01

142

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249307
17
FECHA: 28-08-2025 11:00
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320046
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,504 3 0 0 25,512
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300
118600-FLU-SURE INST. (FLUOROMETOL
ON) GOTAS OFTALMICAS 0.1% CAJA 5 ML
7,550 1 0 0 7,550

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 33,362
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 33,362
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	33,062	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8977
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VELEZ DE NARANJO MELVA
CC 21375011
CL 39 # 35A - 9 CASA BARRIO EL
SALVADOR
TELEFONO: 2179163
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 Juan Manuel V identificado con cédula número 70.114.661, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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

70.114.661
3113923289

OBS:

CUFE: 1d5405ba9f4974bf8c3f...975c61
45cd87c3b54ece12f87901953366b1c696:
c3249bb7321925c5197eeac3d35b23b348d

No. de Orden
8977

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MELBA VELEZ DE NARANJO	Documento	21375011
No. Carné	70114661 - A	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 2 SUR NRO 53-67		
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 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	90

3 VECE SLA DIA POR 6 MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
FLU-SURE 0.1% SSO FCOX5ML	**FLUOROMETOLONA 0.1% SSO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	15

3 VECES AL DIA POR 15 DIAS Y SUSPENDER

70.114.661
3113931289

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO NARANJO VELEZ

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
8977

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MELBA VELEZ DE NARANJO	Documento	21375011
No. Carné	70114661 - A	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 2 SUR NRO 53-67		
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 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	90

3 VECE SLA DIA POR 6 MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
FLU-SURE 0.1% SSO FCOX5ML	**FLUOROMETOLONA 0.1% SSO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	15

3 VECES AL DIA POR 15 DIAS Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO NARANJO VELEZ

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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249307
16
FECHA: 28-08-2025 10:55
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320045
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,504 3 0 0 25,512
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 25,812
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 25,812
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	25,512	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8982
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
NARANJO CHICA MARIO
CC 3323632
CL 39 # 35A - 9 BARRIO EL SALVAD
OR
TELEFONO: 21375011
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jhon Naranjo V identificado con cédula número 70.114.661, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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

CUFE: 0bedfbc7edea72ce8989993a7537
d486779le24b7d89c12a66b0b5a615f631
2ed010637596a03edb01bacee0f108ebd

70.114.661
31/8/25 12:89

No. de Orden
8982

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIO NARANJO CHICA	Documento	3323632
No. Carné	70114661 - B	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 2 SUR NRO 53-67		
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 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	90

3 VECES AL DIA

70.11 H.661
31139312 89

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO NARANJO VELEZ

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
8982

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIO NARANJO CHICA	Documento	3323632
No. Carné	70114661 - B	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 2 SUR NRO 53-67		
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 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	90

3 VECES AL DIA

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO NARANJO VELEZ

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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249307
19
FECHA: 28-08-2025 11:05
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320048
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
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 67,530
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 67,530
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	67,230	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8983
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
NU╤EZ OCAMPO FELIPE
CC 1022004729
CL 24 # 58DD - 37 BARRIO NUEVO
TELEFONO: 3005742975
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: 0550e038a229c517be88088bfba9

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alvaro Osorio identificado con cédula número 70122569, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 agosto 2025

857 5bf8c03fefc5313be170f0bede13e35
7130176b4a903cb03ffa185bd56bad11ec

147

No. de Orden
8983

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FELIPE NUÑEZ OCAMPO	Documento	1022004729
No. Carné	42841900 - F	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -37 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 HASTA FEBRERO/2026

Nombre Funcionario:	ANGELA MARIA OCAMPO OSORIO

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
8983

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FELIPE NUÑEZ OCAMPO	Documento	1022004729
No. Carné	42841900 - F	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -37 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 HASTA FEBRERO/2026

Nombre Funcionario:	ANGELA MARIA OCAMPO OSORIO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 40122569
Télefono: 3042771241

Fecha de vencimiento: 11/09/25

GTH-F-005 V.01

147

148

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249307
30
FECHA: 28-08-2025 12:46
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320059
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 30 0 34,320
039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 92,025
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 92,025
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	91,725	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8992
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARIN BAENA MARIA ELENA
CC 32309135
CR 41A # 30C - 56 AP.115
TELEFONO: 3813612
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

Gonzalo Echeverri V.
OBS: cc # 8301536
Cel 3004774789
CUFE: 3a7585d972d4a618fa8307554943
ce8e8b230d27cce47202d4f836acd17305
b7672f5eda8db9074a22bceeeeeb682b9e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gonzalo Echeverri Vásquez identificado con cédula número 8301536, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Gonzalo

FECHA Agosto 28/2025

No. de Orden
8992

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA ELENA MARIN BAENA	Documento	32309135
No. Carné	8301536 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CRA 41A 30C-56 APT.115 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	TREINTA

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DICLOFEN 1% AEY FCOX200ML	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 100000G Aerosol, Spray**	FRASCO	UN

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

APLICAR DOS A TRES SPRAYS EN CADA ARTICULACIÓN COMPROMETIDA DOS A 3 VECES AL D

Nombre Funcionario:	GONZALO DE JESUS ECHEVERRI VASQUEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por
Firma:
Documento: 8301536
Télefono: 3004774789

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
8992

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA ELENA MARIN BAENA	Documento	32309135
No. Carné	8301536 - C	Fecha autorización	28/08/25
Dirección	CRA 41A 30C-56 APT.115 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	TREINTA

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DICLOFEN 1% AEY FCOX200ML	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 100000G Aerosol, Spray**	FRASCO	UN

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

APLICAR DOS A TRES SPRAYS EN CADA ARTICULACIÓN COMPROMETIDA DOS A 3 VECES AL D

Nombre Funcionario:	GONZALO DE JESUS ECHEVERRI VASQUEZ

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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249307
82
FECHA: 29-08-2025 08:20
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320111
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 1 0 0 8,810
115115-AZITROMICINA MK INST. TABLE
TAS 500 MG CAJA X 3 UNDS
7,563 2 0 0 15,126

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 23,936
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 23,936
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 23,936 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9047
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEÑA QUINTERO NORA ELENA
CC 32285102
CR 99B # 49B - 161 RESERVA FAUNA
APT 624 TORR 1
TELEFONO: 3148370601
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

Nora Elena Pena
OBS: 32285102 (3143837061)

CUFE: 14d1094a404b98106d000ee0b8b3
b69745490961822d6b2b94b9269dab84d6
f6017a8d254808a2a3836c9aee38135850



DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249308
33
FECHA: 29-08-2025 14:36
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320162
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132154-DEXAMETASONA GENFAR INST. A
MPOLLAS 8 MG CAJA X 10 UNDS
12,780 0 2 0 2,556
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 2 0 0 17,620
125601-BOLSA PEQUEÑA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 20,476
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 20,476
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 20,176 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9047
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEÑA QUINTERO NORA ELENA
CC 32285102
CR 99B # 49B - 161 RESERVA FAUNA
APT 624 TORR 1
TELEFONO: 3148370601
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 Nora Elena Pena

32285102
OBS: (3148370601

CUFE: 360ef46b51e9b0768f8a1810d122
45e1f2a37977ec40ee43601460b639a513



5f146a9fd8ba31bd7a56b5b402235bb325



151

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nora Elena Peña identificado con cédula número 32485102, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Nora Elena Peña

FECHA 29 08 2025

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 29/08/2025 CÉDULA: 32485102

USUARIO: Nora E. Peña # ORDEN: 9047

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Dexametasona 8mg	2	
Fexofenadina 180mg	20	

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Michel Ochoa F.	Suramericana	2309198

No. de Orden 9047

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NORA ELENA PENA QUINTERO	Documento	32285102
No. Carné	70044832 - C	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CALLE 9 SUR NRO 79C 56 CASA1208 RODEO ALTO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
AZITROMICINA 500MG CJX3TAB	AZITROMICINA DIHIDRATO 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	OFTÁLMICA	CADA 24 HORAS	6

MK , PAR A 1 DIARIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
DEXAMETASONA 8MG/2mL SHN CJX1AMP	DEXAMETASONA FOSFATO SODICO 8MG Solución	AMPOLLA	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA 24 HORAS	2

EN CADERA INTRAMUSCULAR DIARIA

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

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

NK 1 DIARIA

Nombre Funcionario:	WILMAR ANTONI COLORADO ALVAREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9047

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: NORA ELENA PENA QUINTERO | Documento: 32285102
No. Camé: 70044832 - C | Fecha autorización: 29/08/25
Dirección: CALLE 9 SUR NRO 79C 56 CASA1208 RODEO ALTO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6
AZITROMICINA 500MG CJX3TAB | AZITROMICINA DIHIDRATO 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SEIS
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 6
MK , PAR A 1 DIARIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2
DEXAMETASONA 8MG/2mL SHN CJX1AMP | DEXAMETASONA FOSFATO SODICO 8MG Solución | AMPOLLA | DOS
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 2
EN CADERA INTRAMUSCULAR DIARIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
NK 1 DIARIA

Nombre Funcionario: WILMAR ANTONI COLORADO ALVAREZ
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma: NORA ELENA PENA QUINTERO
Documento: 32285102
Télefono: 3148370601
Fecha de vencimiento: 13/09/25
GTH-F-005 V.01

153

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249308
30
FECHA: 29-08-2025 14:24
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320159
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 20 0 22,880
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

[TOTAL DE FACTURA]
TOTAL: 80,585
[FORMAS DE PAGO]
MEDIO DE PAGO: CREDITO 80,585
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
[RESUMEN DE IMPUESTOS]
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 80,285 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9052
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARTINEZ FABIOLA
CC 25271718
CR 42A # 30 - 8 AP 317 BL 5 GOLO
NDRINAS DE SAN DIEGO
TELEFONO: 3113077061
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 Delsa Ortiz M. identificado con cédula número 42502198, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 08/29/2021

OBS:

CUFE: 76320801aee0b1c3aba7642e23a4
e55fdd6a7bc924cd080e2f317e4b618bd4
a0a1c273e9e993ebb9aa03916ff27da2fd2

No. de Orden
9052

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA FABIOLA MARTINEZ	Documento	25271718
No. Carné	8302198 - C	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 42A 30-08 APT.317 URB GOLONDRINAS SAN DIEGO MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DICLOFEN 1% AEY FCOX200ML	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 100000G Aerosol, Spray**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 8 HORAS	20

APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN LAS ÁREAS AFECTADAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	VEINTE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	3

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

8302198.

Nombre Funcionario:	DELFIN ORTIZ MONTOYA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9052

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA FABIOLA MARTINEZ	Documento	25271718
No. Carné	8302198 - C	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 42A 30-08 APT.317 URB GOLONDRINAS SAN DIEGO MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DICLOFEN 1% AEY FCOX200ML	**DICLOFENACO DIETILAMONIO 100000G Aerosol, Spray**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 8 HORAS	20

APLICAR DOS A TRES VECES AL DÍA EN LAS ÁREAS AFECTADAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	VEINTE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	3

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

Nombre Funcionario:	DELFIN ORTIZ MONTOYA

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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249308
32
FECHA: 29-08-2025 14:33
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320161
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404038-ACETAMINOFEN FORTE+++ TABLE
TAS 500MG/65MG CAJA X 48 UNDS
26,832 0 32 0 17,888
132157-DICLOFENACO GF INST. 1% GE
L CAJA 50 G
5,470 1 0 0 5,470
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 23,658
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 23,658
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	23,358	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9057
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CALLEJAS GOMEZ ELENA
CC 21741442
CL 75C # 32 - 168 MANRIQUE ORIEN
TAL 3005321432
TELEFONO: 3235930517
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
éFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

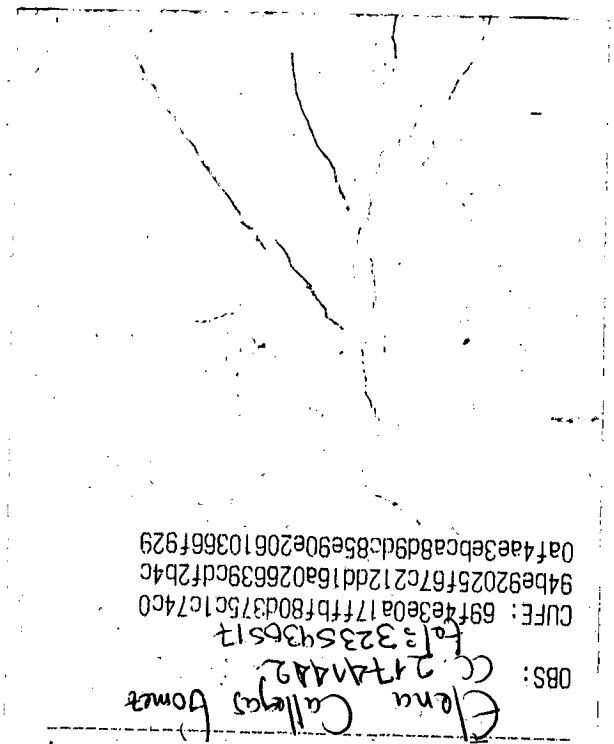
Certificación recibo a satisfacción

Yo Elena Callejas Gomez identificado con cédula número 21741442, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Elena Callejas Gomez

FECHA 29/08/2025



No. de Orden
9057

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ELENA CALLEJAS GOMEZ	Documento	21741442
No. Carné	651405 - C	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 34 NRO 32-168 MANRIQUE		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 32
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB	**A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA Y D

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	10

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
Diclofenaco Dietilamina 1% Tubo x 50g	**Diclofenaco Dietilamina 1% Gel Tópico**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	5

APLICAR DOS VECES AL DÍA POR CINCO DÍAS

Nombre Funcionario:	LUIS EDUARDO ZAPATA LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Elena Callejas Gomez
Documento: 21741442
Télefono: 3235930517

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9057

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ELENA CALLEJAS GOMEZ	Documento	21741442
No. Carné	651405 - C	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 34 NRO 32-168 MANRIQUE		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 32
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB	**A C E T A M I N O F E N 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA Y D

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	10

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
Diclofenaco Dietilamina 1% Tubo x 50g	**Diclofenaco Dietilamina 1% Gel Tópico**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	5

APLICAR DOS VECES AL DÍA POR CINCO DÍAS

Nombre Funcionario:	LUIS EDUARDO ZAPATA LOPEZ

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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930785
FECHA: 29-08-2025 09:25
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320114
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA LOCION OFERTA 400 + 120ML
52,133 2 0 0 104,266
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UNDS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 104,566
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 104,566
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	104,266	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9061
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEREAÑEZ JIMENEZ LUZ MARINA
CC 32533576
CL 104C # 82G - 49 12 DE OCTUBRE

TELEFONO: 4957129
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: 43506892

CUFE: 6ea98194a069c9cc6917185aeadc8b642b4d304d7af7e4a389f9c53635e4ad7b9fee0b61be81eb7d04697a0b4c6bf1cc

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Maria Eugenia Peñaranda identificado con cédula número 43506892, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 29/08/25

158

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 32533576

Beneficiario
LUZ MARINA PEREAÑEZ JIMENEZ
No. Carné 43625320 - A

Fecha **29 AGOSTO 2025**

ACID MANTLE N LOC FCOX400ML (ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción)	**TÓPICA: APLICAR CADA DÍA MEZCLADO CON CREMA HUMECTANTE**	**02 FCO**	**DOS**
FORMULA PARA DOS MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	SOLICITAR RENOVACIÓN A PARTIR DEL 10OCT2025		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 9061

MS. 43506892 3137751654

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249308
34
FECHA: 29-08-2025 14:42
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320163
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213602-PANCREATINA SIMETICONA MK T
ABLETAS CAJA X 30 UNDS
83,139 3 0 0 249,417
123100-SPASMOMEN INST. (BROM. OTIL
ON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
41,580 2 0 0 83,160
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 332,877
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 332,877
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	332,577	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9062
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARIN DE BUSTAMANTE ALIX DE JESUS
CC 32439591
CR 22 # 47 - 97 AP 408 SEÑORIAL
MIRAFLORES BUENOS AIRES
TELEFONO: 3148043918
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: Alix Maria J 5858829
32439591

CUFE: 0e3a35c96066c750eb079192479f

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alix Irene G. identificado con cédula número 32439591, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Alix Irene G.

FECHA 29/08/25



5fc0303d78c08b0ef3754104c460dd36dfd
844d7d205aa8a1a96f96c980c922ebb0ae15

No. de Orden
9062

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ALIX DE JESUS MARIN DE BUSTAMANTE	Documento	32439591
No. Carné	71719260 - A	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 25 No 47-15 INT 204 Buenos Aires		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
PANCREATINA/SIMETICONA FCOX30TAB	**PANCREATINA 170MGSIMETICONA 80MG**	TABLETAS	NOVENTA

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
SPASMOMEN 40MG CJX30GRG	**OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR UN MES

Nombre Funcionario:	EDWIM BUSTAMANTE MARIN

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32439591
Télefono: 5858839

Fecha de vencimiento: 12/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9062

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: ALIX DE JESUS MARIN DE BUSTAMANTE | Documento: 32439591
No. Carné: 71719260 - A | Fecha autorización: 29/08/25
Dirección: CRA 25 No 47-15 INT 204 Buenos Aires
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
PANCREATINA/SIMETICONA FCOX30TAB | PANCREATINA 170MGSIMETICONA 80MG | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM) POR UN MES

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60
SPASMOMEN 40MG CJX30GRG | OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR UN MES

Nombre Funcionario: EDWIM BUSTAMANTE MARIN
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 SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930825
FECHA: 29-08-2025 13:41
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320154
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

155215-FLUIMUCIL SOBRES 600 MG NARANJA CAJA X 30 UNDS
90,030 0 20 0 60,020
258859-VITAMINA C MK T. MASTICABLES MANDARINA CAJA X 100 UNDS
62,640 0 30 0 18,792
669368-CLORFENIRAMINA ECAR INST. JARABE FRASCO 120 ML
5,526 1 0 0 5,526
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 UNDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 84,638
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 84,638
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	84,338	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9075
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PELAEZ LOPEZ ANDREA MARIA
CC 1007676180
CL 45E # 80A - 58 LA FLORESTA 2DO PISO
TELEFONO: 3128269946
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Paula E Ipaz B identificado con cédula número 43047354, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Paula E Ipaz B

FECHA 29-08-2025



CUFE: 002f61a689 1c0b3ff6e6cabf4a19
1c72e5398dd55d1776c8506e0c5426a9f8
18e4c2990773166775d7e35f52d0f8ee09

No. de Orden 9075

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANDREA MARIA PELAEZ LOPEZ	Documento	1007676180
No. Carné	43071578 - D	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CLL 26 29-105 APT. 403 STA ROSA DE OSOS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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	15

TOMAR UNA CUCHARADA GRANDE CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	SILVIA ELENA LOPEZ BEDOYA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43041357
Télefono: 3113078840

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9075

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	ANDREA MARIA PELAEZ LOPEZ	Documento	1007676180
No. Carné	43071578 - D	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CLL 26 29-105 APT. 403 STA ROSA DE OSOS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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	15

TOMAR UNA CUCHARADA GRANDE CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	SILVIA ELENA LOPEZ BEDOYA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E24930868
FECHA: 30-08-2025 09:07
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320197
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

013847-VIGADEXA GOTAS OFTALMICAS FRASCO 5 ML
135,962 1 0 0 135,962
249770-TERRAMICINA UNGÜENTO OFTÁLMICO CAJA 10 G
32,639 1 0 0 32,639
115119-CARMELUB TEARSGEL INST. SOLUCION OFTALMICA 1 % CAJA 15 ML
11,154 1 0 0 11,154
403010-ALPHAGAN (RG) GOTAS OFTALMICAS 0.2 % FRASCO 5 ML
24,700 1 0 0 24,700
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 10 0 11,440
125601-BOLSA MEDIANA MAHI2 X 250 UNDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 216,195
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 216,195
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	215,895	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9087
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARRASCAL CUADRADO FRANCISCO
CC 6855802
LAURELES CR108#105-66
TELEFONO: 3146278550
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gladys Maldonado Bolivar identificado con cédula número 22156631, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Gladys Maldonado Bolivar.

FECHA 30/08/25

MEDI.GENERAL

OBS: Gladys Maldonado Bolivar
CC 22156631

CUFE: 0aac20a4cbfbe710a9d97fa166b8c
48a9a49d5c4fd1577202ca4fa926fd75a
d4d18ba3690bfe3c076b4656d78d91cd14

fol: 6694a1636e3

164

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 **Cédula 6855802**

FRANCISCO CARRASCAL CUADRADO

No. Carné 8110766 *Fecha* **29 AGOSTO 2025**

MOXIFLOXACINO Clorhidrato DEXAMETASONA Fosfato 5+1mgml SO (VIGADEXA 5+1mgml SO FCOX5ML)	**VIA OFTÁLMICA: UNA GOTA CADA 3 HORAS HASTA ACABAR EL FRASCO (SEGUIR LAS HORAS DESCRITAS EN LA FÓRMULA ORIGINAL)**	**01 FCO**	**UNO**
OXITETRACICLINA Clorhidrato 5MG POLIMIXINA B Sulfato 10000UI Ungüento (TERRAMICINA 5MG UNG OFT TBOX10G)	**VIA OFTÁLMICA: APLICAR EN LA NOCHE HASTA NUEVA ORDEN**	**01 TBO**	**UNO**
CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML SoluciónGotas (CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML)	**VIA OFTÁLMICA: UNA GOTA 6 AM – 9 AM – 12 M – 3 PM – 6 PM – 9 PM POR UN MES**	**01 FCO**	**UNO**
BRIMONIDINA Tartrato 2MGML SO (ALPHAGAN 0.2% SO FCOX5ML)	**VIA OFTÁLMICA: UNA GOTA CADA 12 HORAS HASTA ACABAR EL FRASCO (SEGUIR LAS HORAS DESCRITAS EN LA FÓRMULA ORIGINAL)**	**01 FCO**	**UNO**
ACETAMINOFEN 500MG TR (DOLEX 500MG FCOX24 TR)	**VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS SI HAY DOLOR**	**12 TAB**	**DOCE**
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	**TRANSCRIPCIÓN OFTALMOLOGÍA**		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 9087

Gladys Maldonado Beltran
cc. 22156631
tel: 6044716303

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089c26782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249308
67
FECHA: 30-08-2025 09:06
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320196
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

364614-CLORFENIRAMINA ECAR INST. T
ABLETAS 4 MG CAJA X 500 UNDS
20,000 0 30 0 1,200
404038-ACETAMINOFEN FORTE+++ TABLE
TAS 500MG/65MG CAJA X 48 UNDS
26,832 0 16 0 8,944
102004-ACERUMEN SPRAY CAJA 40 ML
67,226 1 0 0 67,226
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 77,670
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 77,670
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 77,370 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9088
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MOVILA GAMEZ SARA GABRIELA
CC 1119699256
TV 39A # 70 - 08 LAURELES
TELEFONO: 3707670897
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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

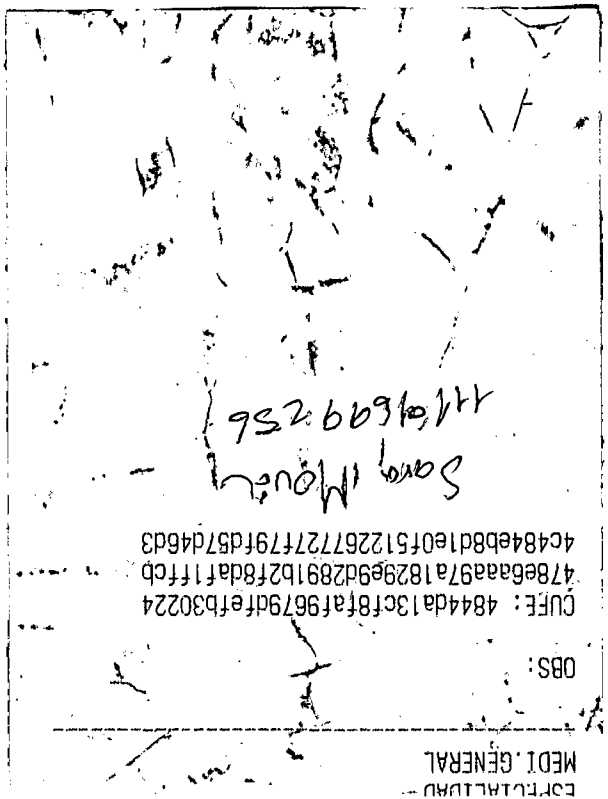
Certificación recibo a satisfacción

Yo Sara Mouil identificado con cédula número 1119699256, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Sara Mouil

FECHA 30/08/25.



No. de Orden 9088

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SARA GABRIELA MOVILA GAMEZ	Documento	1119699256
No. Carné	17953272 - E	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	calle 11A # 17-71		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CLORFENIRAMINA 4MG CJX20TAB	**CLORFENIRAMINA 4MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE A LS 7 PM POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 16
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	DIECISEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	8

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR OCHO DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACERUMEN HYGIENE AURICULAIR FCOX40ML	**NO APLICA**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
3 GOTA(S)	ÓTICA	CADA 8 HORAS	10	Aprobado

APLICAR 3 SPRAYS EN OIDO DERECHO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario:	RICHARD MANUEL MOVIL CUJIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Sara Movil
Documento: 1119699256
Télefono: 3107610897

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9088

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	SARA GABRIELA MOVILA GAMEZ	Documento	1119699256
No. Carné	17953272 - E	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	calle 11A # 17-71		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CLORFENIRAMINA 4MG CJX20TAB	**CLORFENIRAMINA 4MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE A LS 7 PM POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 16
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	DIECISEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	8

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR OCHO DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACERUMEN HYGIENE AURICULAIR FCOX40ML	**NO APLICA**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
3 GOTA(S)	ÓTICA	CADA 8 HORAS	10	Aprobado

APLICAR 3 SPRAYS EN OIDO DERECHO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario:	RICHARD MANUEL MOVIL CUJIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 13/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR SURAMERICANA
CARRERA 64 B # 49 B 9
TELEFONO: 2309198 -
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089020782
FECHA INICIO 17-02-2025
HASTA 17-08-2026
DE: E249 1 A: E249 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249308
64
FECHA: 30-08-2025 08:27
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320193
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255191-EZOLIUM CAPSULAS 40 MG CAJA
X 30 UNDS
220,711 1 0 0 220,711
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 1 10 0 93,060
155047-MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJ
A X 1 UND
18,741 1 0 0 18,741
140241-GAVISCON SACHET CAJA X 12 U
NDS
24,408 7 6 0 183,060
600746-PEG POLIETIL INST. POLVO 33
50 FRASCO 160 G
23,489 2 0 0 46,978
019055-LIDOCAINA HIDROCORTISONA UN
GUENTO CAJA 10 G
36,101 2 0 0 72,202
121198-CLOTRIMAZOL 6 APLICACIONES
GF CREMA VAGINAL 1 % CAJA 40 G
16,105 1 0 0 16,105
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 651,157
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 651,157
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	557,797	0
EXENTAS:	93,060	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9090

NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CATAÑO ALVAREZ CLAUDIA PATRICIA
CC 43151231
CL 8A # 54 - 72 CAMPO AMOR 2DO P
ISO
TELEFONO: 3012077246
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: 251df4c58023c24a2544e97f9ea1
c66f570ade30882d82c3b73f4f11c01ac1
08c6844978641610ac6661618cfd2c0db5

71741349

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Mauro Arango identificado con cédula número 71741364, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 30-08-25

169

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 43151231

Beneficiario
CLAUDIA PATRICIA CATAÑO ALVAREZ
No. Carné 71741349-C

Fecha **29 AGOSTO 2025**

ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Cápsula de cubierta dura (EZOLIUM 40mg CDR FCOX30CAP)	**VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO**	**30 CAP**	**TREINTA**
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN (ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta)	**VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)**	**60 TAB**	**SESENTA**
FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo (MONURIL 3G GDO SOBX8G)	**VIA ORAL: TOMAR EL SOBRE EN DOSIS ÚNICA A LAS 3 PM CON ESTÓMAGO LLENO**	**01 SOB**	**UNO**
ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio + CARBONATO calcio (5+2.67+1.6)G/100ML Suspensión (GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML)	**VIA ORAL: TOMAR CADA 8 HORAS (5 MINUTOS LUEGO DE CADA COMIDA)**	**90 SOB**	**NOVENTA**
POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB	**VIA ORAL: TOMAR UN SOBRE DÍA POR MEDIO**	**24 SOB**	**VEINTICUATRO**
LIDOCAINA HIDROCORTISONA ACETATO (LIDOPROCTO 5%/0.28% UNG TUBX20G)	**VIA TÓPICA: MEZCLAR CON CLOTRIMAZOL Y APLICAR EN REGION PERINEAL (ENTRE EL ANO Y LA VAGINA) Y PERIANAL (ALREDEDOR DEL ANO)**	**02 TBO**	**DOS**
CLOTRIMAZOL 0.02MGG Crema (CLOTRIMAZOL CR VAG 1% TBOX40G)	**VIA TÓPICA: MEZCLAR CON LIDOPROCTO Y APLICAR EN REGION PERINEAL (ENTRE EL ANO Y LA VAGINA) Y PERIANAL (ALREDEDOR DEL ANO)**	**01 TBO**	**UNO**
FORMULA 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

9090

71741349
3007826935