DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328126514
FECHA: 02-09-2025 17:29
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1169945
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

134046-BETAMETASONA+CLOTRIM+NEOMI GF CREMA CAJA 20 G
18,124 2 0 0 36,248
123100-SPASMOMEN INST. (BROM. OTILON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
41,580 1 0 0 41,580
255191-EZOLIUM CAPSULAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
220,711 2 0 0 441,422
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 10 ML CAJA X 12 UNDS
38,666 2 6 0 96,665

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 615,915
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 615,915
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 615,915 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9141
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MEJIA SERNA ELVA DE JESUS
CC 21460996
CR 47 # 52 SUR - 110 INT 1905 TR DE MAYORCA
TELEFONO: 3793533
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Eyonder J. Quiroga S identificado con cédula número 1146869476, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Eyonder J. Quiroga S.

FECHA 2-09-2025

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: be43f2c516ec2c3915c56b9d15b1
c84a453eaa69e08da8748f0827e9336a1
66692d0d5c0d6e4c1970570be9d2354e7b

No. de Orden 9141

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ELVA DE JESUS MEJIA SERNA	Documento	21460996
No. Carné	6786352 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CRA 28 NRO 29-85 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
LOTRIMAZOL/NEOM/DEXAME CR TBOX20GM	CLOTRIMAZOL 10MGGNEOMICINA SULFATO	TUBO	DOS

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

PLICAR EN ÁERA AFECTADA DEL GLUTEO, TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
PASMOMEN 40MG CJX30GRG	OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta	TABLETAS	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	15

OMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EZOLIUM 40mg CDR FCOX30CAP	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Cápsula de	CÁPSULA	SESENTA

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

OMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
GASTROFAST ADVANCE	ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr	SOBRE	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SOBRE	ORAL	CADA 8 HORAS	10

OMAR UN SOBRE CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

Nombre Funcionario:	JOSE ARTURO RAMIREZ RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21460996
Télefono:

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9141

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	ELVA DE JESUS MEJIA SERNA	Documento	21460996
No. Carné	6786352 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CRA 28 NRO 29-85 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
CLOTRIMAZOL/NEOM/DEXAME CR TBOX20GM	CLOTRIMAZOL 10MGGNEOMICINA SULFATO	TUBO	DOS

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

APLICAR EN ÁERA AFECTADA DEL GLUTEO, TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
SPASMOMEN 40MG CJX30GRG	OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta	TABLETAS	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	15

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EZOLIUM 40mg CDR FCOX30CAP	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Cápsula de	CÁPSULA	SESENTA

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
GASTROFAST ADVANCE	ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr	SOBRE	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SOBRE	ORAL	CADA 8 HORAS	10

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

Nombre Funcionario:	JOSE ARTURO RAMIREZ RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21460996
Télefono:

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328126
516
FECHA: 02-09-2025 17:34
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1169947
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249098-NEURONTIN (RG) CAPSULAS 300
MG CAJA X 30 UNDS
14,310 1 0 0 14,310

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 14,310
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 14,310
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 14,310 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9158
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
POSADA ACEVEDO MARIA CECILIA
CC 32432705
CL 18A SUR # 38 - 350 CONDADO DE
MARACAI APTO 409
TELEFONO: 3165467773
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Arlex Perez identificado con cédula número 1142740370, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Arlex Perez

FECHA 02/09/25

Arlex Perez
1142740370
322 3930021

OBS:

CUFE: c4404883204f099cfb4119c88628
a69903d395aa8e15f8ae243957d63f35df
52f6b7c45558 4fe0e14f9ee549ddb4f3e

No. de Orden
9158

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
No. Carné	8256359 - C	Fecha autorización	02/09/25
Dirección	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
NEURONTIN 300MG CJX30CAPS	GABAPENTINA 300MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	TREINTA

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

DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ	
Gloria JL	Recibido Por: Firma: Alex Perez Documento: 1142744370 Télefono: 322 3430077	
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96		

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9158

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
No. Carné	8256359 - C	Fecha autorización	02/09/25
Dirección	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
NEURONTIN 300MG CJX30CAPS	GABAPENTINA 300MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	TREINTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ	
Gloria JL	Recibido Por: Firma: Alex Perez Documento: 1142744370 Télefono: 322 3430077	
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96		

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328126
517
FECHA: 02-09-2025 17:36
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1169948
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404162-TRAVAD PIK POLVO PARA RECON
STITUIR CAJA X 2 SOBRES
105,674 1 0 0 105,674

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 105,674
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 105,674
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 105,674 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9159
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
POSADA ACEVEDO MARIA CECILIA
CC 32432705
CL 18A SUR # 38 - 350 CONDADO DE
MARACAI APTO 409
TELEFONO: 3165467773
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA Arlex Perez

FECHA 02-04-25

Arlex Perez
1192 744370

OBS:

CUFE: 076d7e771750729a0d50945f71e1
761bf55aa6394d8d0734a0ea4f3ce2f217
6e773e4b6326364404f2571d9ca906d2a8

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

Beneficiario
MARIA CECILIA ACEVEDO

CC . 32432705

Fecha 02 09 2025

		Cantidad
PICOSULFATO DE SODIO 10 MGR SOBRE (TRAVAD PIK)	**VIA ORAL , TOMAR SEGÚN INDICACION PARA REALIZAR COLONOSCOPIA**	**2 DOS**

Firma y Sello del Médico

CODIGO 9159

Alex Perez
1142740370

CUADRE DE CAJA

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328127
140
FECHA: 05-09-2025 15:15
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1170571
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132444-ETORICOXIB INST. GENFAR TAB
LETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS
32,823 1 0 0 32,823

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 32,823
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 32,823
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 32,823 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9321
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR SAENZ NICOLE ESTEFANIE
CC 1027955415
CL 84 # 58 - 320 URB,VILLANOVA A
P 710 ITAGUI
TELEFONO: 3052226714
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 874ba087d1eac8fc5b2d1bfa7fca
[redacted]00434a827c41b59da7185490db5e2
[redacted]46990987888afbc59a4bca

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Edinson Escobar identificado con cédula número 98631312, en calidad de beneficiario (a) ~~del~~ servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 18/09/25

No. de Orden 9321

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NICOLE ESTEFANIE ESCOBAR SAEZ	Documento	1027955415
No. Carné	39307921 - D	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 7
ETORICOXIB 120MG CJX7TAB	ETORICOXIB 120MG Tableta	TABLETAS	SIETE

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

1 DIARIAMENTE

98631312

Nombre Funcionario:	NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES	Recibido Por:
RM: 5-1607-96	Firma: _____
	Documento: _____
	Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9321

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	NICOLE ESTEFANIE ESCOBAR SAEZ	Documento	1027955415
No. Carné	39307921 - D	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 7
ETORICOXIB 120MG CJX7TAB	ETORICOXIB 120MG Tableta	TABLETAS	SIETE

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES	Recibido Por:
RM: 5-1607-96	Firma: _____
	Documento: _____
	Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328127
979
FECHA: 09-09-2025 13:53
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1171410
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,700 0 90 0 50,310

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 50,310
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 50,310
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 50,310 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9452
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ GOMEZ GLORIA PATRICIA
CC 42999897
CR 46B # 74 SUR - 24 INTERIOR401
SABANETA
TELEFONO: 3065637
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 42999897

CUFE: ad962e483ca98dfc776b34df2c03
31c3eae3ff0d6bcf75b220885e80acf402
43b9a2365051786432292 4d5969357810d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Patricia Sánchez Gómez identificado con cédula número 42.899894, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA 09-09-2025

FECHA Gloria Patricia Sánchez Gómez

[redacted]

No. de Orden
9452

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ	Documento	42999897
No. Carné	15317879 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42 999 897
Télefono: 3007773466 62

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9452

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ	Documento	42999897
No. Carné	15317879 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	Cra 46 B # 74 Sur 24 Int. 401 Sabaneta		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	LUIS ALBERTO CUARTAS PEREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42.999 897
Télefono: 300 777 3466 62

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328127
981
FECHA: 09-09-2025 14:00
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1171412
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115800-SINALGEN INST. TABLETA 5MG
/325 MG CAJA X 90 UNDS
66,900 0 30 0 22,300
249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 30 UNDS
50,010 2 0 0 100,020
129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJ
A X 5 UNDS
40,775 6 0 0 244,650

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 366,970
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 366,970
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 366,970 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9474
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GIL PE╤A LUZ STELLA
CC 32467499
CL 48B SUR # 39B - 70 AP 301. ED.
EL TRIANON. ENVIGADO
TELEFONO: 3175409101
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 IGNACIO ARIAS G. identificado con cédula número 8032772, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA IGNACIO ARIAS G.

FECHA 09-09-2025.

Ignacio Arias
CC 8032772
Cel: 3148005481

CUFE: 2527f7b096d80f88fb40369b04fc
76a6c26bb7a0454159923f06cab571e94
9610d6fce6586868493307a9ad57d92104 66

OBS:

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

No. de Orden 9474

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ STELLA GIL PEÑA	Documento	32467499
No. Carné	70041537 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CALLE 48B Sur 39B-70 APTO. 301 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB	HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN	TABLETAS	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	10

AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
LYRICA 75 MG CJX30CAP	PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	SESENTA

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

AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
VERSATIS PARCHES 5% PAR CJx15	LIDOCAINA	PAÑAL(ES	TREINTA

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

COLOCAR TODOS LOS DIAS A LAS 7PM EN PUNTOS DOLOROSOS Y RETIRAR A LAS 7 AM

Nombre Funcionario:	IGNACIO DE JESUS ARIAS OROZCO

Recibido Por:

Firma: IGNACIO ARIAS
Documento: 8032772
Télefono: 3118005489

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 24/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9474

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: LUZ STELLA GIL PEÑA | Documento: 32467499
No. Carné: 70041537 - C | Fecha autorización: 09/09/25
Dirección: CALLE 48B Sur 39B-70 APTO. 301 ENVIGADO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB	HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN	TABLETAS	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	10

3 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
LYRICA 75 MG CJX30CAP	PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	SESENTA

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

2 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
VERSATIS PARCHES 5% PAR CJx15	LIDOCAINA	PAÑAL(ES)	TREINTA

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

COLOCAR TODOS LOS DIAS A LAS 7PM EN PUNTOS DOLOROSOS Y RETIRAR A LAS 7 AM

Nombre Funcionario: IGNACIO DE JESUS ARIAS OROZCO

Recibido Por:

Firma: IGNACIO ARIAS
Documento: 8032772
Télefono: 3118005489

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 24/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328128
740
FECHA: 13-09-2025 14:22
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1172171
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115110-PANTOPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
16,740 3 0 0 50,220
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5MG
/325 MG CAJA X 90 UNDS
66,900 1 0 0 66,900
225987-ZOPICLONA GENFAR INST. TABL
ETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS
5,690 9 0 0 51,210
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 2 70 0 308,880
213206-DESVENLAFAXINA MK(RG) TABLE
TAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
44,880 3 0 0 134,640

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 679,080
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 679,080
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 679,080 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9579
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CADAVID DE RODRIGUEZ ROCIO
CC 32330409

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocio Cadavid identificado con cédula número 32330409, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rocio Cadavid

FECHA 13 Septiembre 2025

9890448706daac6872dd441a9fbbf7464
35680536fb5c3de3d52c8316be84db57f
CUFE: 0d1e6eaebd6da9021961bbfb969
OBS: Rocio Cadavid 32330409
MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD
LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
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: 3317503

No. de Orden 9579

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROCIO CADAVID DE RODRIGUEZ	Documento	32330409
No. Camé	42899648 - A	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	TRANSV 32C SUR 32-6 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ANTOPRAZOL 20MG CJX30 TAB	PANTOPRAZOL 20MG Tableta de liberacion sostenida	TABLETAS	NOVENTA

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

, PARA 1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
INALGEN 5/325MG CJX30TAB	HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN	TABLETAS	NOVENTA

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

EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
OPICLONA 7.5MG CJX10TAB	ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ARMA 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

DESPUE SDEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	MONICA SANDRA RODRIGUEZ CADAVID

Gloria Lopez

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Rocio Cadavid
Documento: 32330409
Télefono: 3317503

ha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9579

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ROCIO CADAVID DE RODRIGUEZ	Documento	32330409
No. Camé	42899648 - A	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	TRANSV 32C SUR 32-6 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
PANTOPRAZOL 20MG CJX30 TAB	PANTOPRAZOL 20MG Tableta de liberacion sostenida	TABLETAS	NOVENTA

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

MK , PARA 1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SINALGEN 5/325MG CJX30TAB	HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB	ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

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
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90

1 DESPUE SDEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	MONICA SANDRA RODRIGUEZ CADAVID

Gloria Lopez

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Rocio Cadavid
Documento: 32330409
Télefono: 3317503

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9579

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROCIO CADAVID DE RODRIGUEZ	Documento	32330409
No. Carné	42899648 - A	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	TRANSV 32C SUR 32-6 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ESVELAFAXINA 50MG CJX30TLP	DESVENLAFAXINA SUCCINATO MONOH 50MG	TABLETAS	NOVENTA

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

<, 1 DESPUES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
OLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	DOSCIENTOS

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

AL DIA

Nombre Funcionario:	MONICA SANDRA RODRIGUEZ CADAVID

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Docioradavid
Documento: 32330409
Télefono: 3317503

ha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9579

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ROCIO CADAVID DE RODRIGUEZ	Documento	32330409
No. Carné	42899648 - A	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	TRANSV 32C SUR 32-6 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DESVELAFAXINA 50MG CJX30TLP	DESVENLAFAXINA SUCCINATO MONOH 50MG	TABLETAS	NOVENTA

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

MK , 1 DESPUES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	DOSCIENTOS

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

3 AL DIA

Nombre Funcionario:	MONICA SANDRA RODRIGUEZ CADAVID

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Rocio Cadavid
Documento: 32330409
Télefono: 3317503

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

5

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089053798
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328128743
FECHA: 13-09-2025 14:32
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1172174
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

375131-DERMOVATE CREMA 0.05 % CAJA 30 G
57,942 1 0 0 57,942
200060-UREADERM CREMA 10 % CAJA 60 G
104,426 1 0 0 104,426

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 162,368
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 162,368
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	87,753	16,673
EXCLUIDAS:	57,942	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: DOMICILIO-9604
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TABARES DE GUILLEN MICELLY DE JESUS
CC 32396632
CL 32 SUR # 47 - 46 PORTAL DEL VA
LLE BLOQUE 6 APTO 318
TELEFONO: 3127285342
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: [redacted]

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Yuelly Tabares A. identificado con cédula número 32396632, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 13-9/25

32396632
Yuelly Tabares A.
79fdc5ef58c3a1c19854e0b8887e5bb237
df7922d2cfedd16adee1c77db35eac27f6

No. de Orden 9604

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN	Documento	32396632
No. Carné	508035 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ERMOVATE 0.05% CT TUBX30G	CLOBETASOL PROPIONATO 0.05% CT	TUBO	UN

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

N LA NOCHE EN UÑAS POR 1 SEMANA Y LUEGO CADA 8 DIA S HASTA TERMINARLA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
READERM® 15%	UREA 15GR	FRASCO	UN

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

N PLANTAS SOLO EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: GABRIEL GUILLEN CHICA

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32396632
Télefono: 3127285342

cha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9604

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN	Documento	32396632
No. Carné	508035 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DERMOVATE 0.05% CT TUBX30G	CLOBETASOL PROPIONATO 0.05% CT	TUBO	UN

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

EN LA NOCHE EN UÑAS POR 1 SEMANA Y LUEGO CADA 8 DIA S HASTA TERMINARLA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
UREADERM® 15%	UREA 15GR	FRASCO	UN

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

EN PLANTAS SOLO EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: GABRIEL GUILLEN CHICA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32396632
Télefono: 3127285342

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR APARTADO
CRA. 100 CALLE 103 LOCAL 118
TELEFONO: 6044441400 - 3160249492
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089055651
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354154
580
FECHA: 03-09-2025 15:15
VENDEDOR: ROSA ESTEFANIA TOBON HERR
SECUENCIA: 1293166
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT BRA DTO PARCIAL

055729-SIMPAUSE CAPSULAS 100 MG CA
JA X 30 UNDS
103,591 3 0 0 310,773
055182-ESTERMAX (RG) CREMA VAGINAL
CAJA 40 G X 4 APLICADORES
31,334 8 0 0 250,672

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 561,445
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 561,445
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 561,445 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: No 9222
NIT: 889999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DAVID ELIZABETH
CC 30079690
CR 108 # 105 - 66 BARRIO LAURELE
S
TELEFONO: 3146278550
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 2e0a460e35aa0cc5e00c2ce7e0ca
9e46eb8884dce7136a5538f96013e07baa
60bb628a6e6f13b135aed406f06f01acc7

Rec
84107 66
3146278550

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Francisco Correa Sol M identificado con cédula número 8110766, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 03-09/2025

No. de Orden
9222

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ELIZABETH DAVID	Documento	30079690
No. Carné	8110766 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CRA 108 110 64 URABA BARRIO LAURELES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SIMPAUSE X100MG CJX30CAPS	**ISOFLAVONAS SOYA 100MG** Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 8
ESTERMAX CRE/VAG/0.625MG TBX40G	**ESTROGENOS 0.625MGG** Crema	TUBO	OCHO

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

APLICAR DE ACUERDO CON (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA) ESTRICTA

Nombre Funcionario:	FRANCISCO CARRASCAL MALDONADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8110760
Télefono: 3146278880

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9222

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ELIZABETH DAVID	Documento	30079690
No. Carné	8110766 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CRA 108 110 64 URABA BARRIO LAURELES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SIMPAUSE X100MG CJX30CAPS	**ISOFLAVONAS SOYA 100MG** Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 8
ESTERMAX CRE/VAG/0.625MG TBX40G	**ESTROGENOS 0.625MGG** Crema	TUBO	OCHO

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

APLICAR DE ACUERDO CON (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA) ESTRICTA

Nombre Funcionario:	FRANCISCO CARRASCAL MALDONADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8110766
Télefono: 3146278880

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

02

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR APARTADO
CRA. 100 CALLE 103 LOCAL 118
TELEFONO: 6044441400 - 3160249492
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764089055651
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354156400
FECHA: 09-09-2025 14:35
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1294986
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
50,010 3 0 0 150,030

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 150,030
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 150,030
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	150,030	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: No 9469
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS IBARRA MARIA VIRGINIA
CC 39400910
CR 61 # 33 - 51 BAHIA GRANDE-ITAGUI APT-1307
TELEFONO: : 3116486307
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
---------- CC. 71.939.570
OBS: Cel. 314 6621019

CUFE: 5483b62afd3409ac4ae582b2e5f6c97393421b3d9f4d4d9c24f178cc8ddfb217a1f0077601267201474adc1767f0b0d3



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alexander Berrio M identificado con cédula número 71.939.570, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 9-09-2025

No. de Orden
9469

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA VIRGINIA VARGAS IBARRA	Documento	39400910
No. Camé	71981454 - A	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	VEREDA SAN JOSE DE LAS CUCHILLAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
LYRICA 75 MG CJX30CAP	PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	FERNANDO CLAVER LONDONO VARGAS

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71.939.570
Télefono: 314662 1019

Fecha de vencimiento: 24/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9469

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA VIRGINIA VARGAS IBARRA	Documento	39400910
No. Camé	71981454 - A	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	VEREDA SAN JOSE DE LAS CUCHILLAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
LYRICA 75 MG CJX30CAP	PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	FERNANDO CLAVER LONDONO VARGAS

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71.939.570
Télefono: 314662 1019

Fecha de vencimiento: 24/09/25

GTH-F-005 V.01

23

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333191
952
FECHA: 05-09-2025 20:16
VENDEDOR: DIEGO ALEXANDER CUBILLOS
SECUENCIA: 2166826
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253483-MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 8
0 MG CAJA X 28 UNDS
29,204 1 0 0 29,204
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 1 0 0 62,967
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,700 0 30 0 16,770
132064-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
11,700 0 30 0 1,170
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 1 10 0 93,060
600587-EUTIROX INST. 112 MCG. 50 T
BS.
44,100 1 0 0 44,100
404119-DEXAPRON TABLETAS 20 MG CAJ
A X 20 UNDS
346,984 2 0 0 693,968
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 1 0 0 12,060
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
38,150 1 0 0 38,150
682631-ATORVASTATINA GENFAR INST.
TABLETAS 10 MG CAJA X 100 UNDS
9,243 0 30 0 2,773

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 994,222
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 994,222
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 901,162 0
EXENTAS: 93,060 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8236-domicilios
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE BERRIO RUBIELA LEON
CC 39400162

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rubiela León identificado con cédula número 39400162, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rubiela León

FECHA 6-8-2025



CUFE: 053bd64623lbcae9edf8e997976262
6d62f6ofe97a7731a6b33d14237l4e40e
831fde7bealb06ad89aae46e73e5e4b99

OBS: 39400162

Rubiela León
MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD
BUENO ARIZA WENDY LAURA

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 3052201467
LO - 401
CL 25A # 58BB - 11 CARANITAS BEL

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333194
023
FECHA: 11-09-2025 19:30
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2168897
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

127801-GLUCOSAMINA/CHONDROITINA CA
PSULAS 750/600 MG FRASCO X 100 UNDS
91,125 1 0 0 91,125

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 91,125
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 91,125
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 91,125 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8236-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE BERRIO RUBIELA LEON
CC 39400162
CL 25A # 58BB - 11 CABAÑITAS BEL
LO - 401
TELEFONO: 3052201467
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

RUBIELA LEON
OBS: CC 39.400.162

CUFE: c7646c3ba3975a55f15c5cd52fcd
23c587821ad38f2981591e864a90caf18f
5be93ed89373a9fa8140bb7bacdd748185
CEL: 3052201467

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo RUBIELA LEON identificado con cédula número 39400162, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rubiela León

FECHA 12-09-2025

Pasteur
Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 05/09/25 CÉDULA: 39400162

USUARIO: Pobeda Leon # ORDEN: 8236

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Glucosamina + Condroitin	30 tbs	5 dias habiles

Pobeda leon 39400162

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Ang. Correa	Bello	3014381971

No. de Orden 8236

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	RUBIELA LEON DE BERRIO	Documento	39400162
No. Carné	71725389 - A	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
MICARDIS 80MG CJX28TAB	**TELMISARTAN 80MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
GLUCOSAMINA/CONDROITINA CD FCOX50CD	**GLUCOSAMINA Sulfato 500MG CONDROITINA Sulfato 400MG**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CARMELUB TEARS SO FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO**	FRASCO	UNO

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

DOS GOTAS EN CADA OJO TRES VECES AL DIA

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

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Fecha de vencimiento: 26/08/25

Recibido Por:

Firma: Rubiela Leon
Documento: 39400162
Télefono: 3052201467

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8236

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: RUBIELA LEON DE BERRIO | Documento: 39400162
No. Carné: 71725389 - A | Fecha autorización: 05/09/25
Dirección: Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
MICARDIS 80MG CJX28TAB | TELMISARTAN 80MG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
GLUCOSAMINA/CONDROITINA CD FCOX50CD | GLUCOSAMINA Sulfato 500MG CONDROITINA Sulfato 400MG | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
CARMELUB TEARS SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO | FRASCO | UNO
Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
DOS GOTAS EN CADA OJO TRES VECES AL DIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB | QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario: ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Fecha de vencimiento: 26/08/25

Recibido Por:
Firma: Rubiela Leon
Documento: 39400162
Télefono: 3052201467

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8236

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	RUBIELA LEON DE BERRIO	Documento	39400162
No. Carné	71725389 - A	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ATORVASTATINA 10MG CJX30TAB	**ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

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) SOLO POR DOLOR MUY FUERTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 50
EUTIROX® 112 MCG. CAJA POR 30 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SODIO 112MCG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Fecha de vencimiento: 26/08/25

Recibido Por:
Firma: Rubiela Leon
Documento: 39400162
Télefono: 3052201467

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8236

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: RUBIELA LEON DE BERRIO | Documento: 39400162
No. Carné: 71725389 - A | Fecha autorización: 05/09/25
Dirección: Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
AMLODIPINO 10MG CJX30TAB | AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
ATORVASTATINA 10MG CJX30TAB | ATORVASTATINA CALCIO 10MG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) SOLO POR DOLOR MUY FUERTE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 50
EUTIROX® 112 MCG. CAJA POR 30 TABLETAS | LEVOTIROXINA SODIO 112MCG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario: ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Fecha de vencimiento: 26/08/25
Recibido Por:
Firma: Rubiela Leon
Documento: 39400162
Télefono: 3052201467
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8236

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	RUBIELA LEON DE BERRIO	Documento	39400162
No. Carné	71725389 - A	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DEXAPRON 20MG CJ20TAB	**ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Tableta**	TABLETAS	30 TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP	**INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada**	TABLETAS	30 TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SODICA 25mcg**	TABLETAS	50 CICUENTA

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

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

Nombre Funcionario:	ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Rubiela Leon
Documento: 39400162
Télefono: 3052201467

Fecha de vencimiento: 26/08/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8236

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: RUBIELA LEON DE BERRIO | Documento: 39400162
No. Carné: 71725389 - A | Fecha autorización: 05/09/25
Dirección: Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: DEXAPRON 20MG CJ20TAB | Molécula: ESCITALOPRAM OXALATO 20MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 30: TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos: NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | Molécula: INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | Tipo: TABLETAS | Total 30: NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos: EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS | Molécula: LEVOTIROXINA SODICA 25mcg | Tipo: TABLETAS | Total 50: CINCUENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, JUNTO CON LA DE 112

Nombre Funcionario: ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: Rubiela Leon
Documento: 39400162
Télefono: 3052201467
Fecha de vencimiento: 26/08/25
GTH-F-005 V.01

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333193
690
FECHA: 10-09-2025 20:29
VENDEDOR: YULIANA PAOLA ZUÑIGA ACOS
SECUENCIA: 2168564
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 3 0 0 47,838
132982-CARBIDOPA LEVOD.INST.GENFAR
RG TABLETAS 25/250 MG CAJA X 30 UND
14,400 18 0 0 259,200
155047-MONURIL (RG) SOBRES 3 G CAJ
A X 1 UND
18,741 12 0 0 224,892
682630-AMANTADINA (ZINTERGIA) INST
. TABLETAS 100 MG CAJA X 300 UNDS
301,800 0 90 0 90,540
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,700 0180 0 100,620
203019-CEBION T. MASTICABLES 500 M
G NARANJA CAJA 100UNDS
69,624 0 90 0 62,662
115110-PEG POLIETILENGLICO INST. 3
350 SOBRES X 12 SOBRES
26,412 8 0 0 211,296
249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 30 UNDS(PF)
42,509 6 0 45,009 255,051
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 3 0 0 125,100
100218-DIOVAN INST. (RG) TABLETAS
80 MG CAJA X 28 UNDS
22,344 7 0 0 156,408
102029-MYRBETRIC (RG) TABLETAS 50
MG CAJA X 30 UNDS
143,460 3 0 0 430,380

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,963,987
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,963,987
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,963,987 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8854-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Tatiana _____ identificado con cédula número 1077996185, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Tatiana 1077996185

FECHA 12/09-25

3704392421

AYALA SUAREZ YOLANDA
CC 31222453
CL 24 # 58 - 75 CS CABAÑAS
TELEFONO: 3103522138
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO
LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
obs:

CUFE: ef58052933320cda8cf5580481622f6904f04d405b9ac253d6e6279e55c2985649c226da833a3670c35423618a8a712e

No. de Orden
8854

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

neficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
o. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
irección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
EGEN GEL 1% SO FCX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	90

A NOCHE EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 540
RBIDOPA+LEVODOPA 250MG 30TAB	LEVODOPA 250MGCARBIDOPA 25MG Tableta	TABLETAS	QUINIENTOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
TABLETA	ORAL	CADA 4 HORAS	90

ARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 12
NURIL 3G GDO SOBX8G	FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo	SOBRE	DOCE

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

MANAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
NTIX 100MG CJX20TAB	AMANTADINA SULFATO 100MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

ARIAMENTE SI ESTA AGOTADO ENTREGAR ZINTERGIA

ombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

IA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Tatiana
Documento: 1077996185
Télefono: 3104392427

No. de Orden
8854

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	90

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 540
CARBIDOPA+LEVODOPA 250MG CJX30TAB	LEVODOPA 250MGCARBIDOPA 25MG Tableta	TABLETAS	QUINIENTO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 4 HORAS	90

6 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 12
MONURIL 3G GDO SOBX8G	FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G Gránulo	SOBRE	DOCE

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

1 SEMANAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
AMANTIX 100MG CJX20TAB	AMANTADINA SULFATO 100MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE SI ESTA AGOTADO ENTREGAR ZINTERGIA

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Tatiana
Documento: 1077996185
Télefono: 3104392427

No. de Orden
8854

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB	QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO OCH

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

N LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
BION VIT C 500MG NARANJA X100TAB	ASCORBICO ACIDO 260MGSODIO ASCORBATO	TABLETAS	NOVENTA

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

ARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
G POLIETILEN.3350 17g POV 12SOB	POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo	SOBRE	NOVENTA

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

LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ICA 75 MG CJX30CAP	PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	CIENTO OCH

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

DIA

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

RIA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Tatiana
Documento: 1077496785
Télefono: 3104892427

No. de Orden
8854

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB	QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO OC

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

2 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CEBION VIT C 500MG NARANJA CJX100TAB	ASCORBICO ACIDO 260MGSODIO ASCORBATO	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB	POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo	SOBRE	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
LYRICA 75 MG CJX30CAP	PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	CIENTO OC

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

2 AL DIA

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Tatiana
Documento: 1077-9496785
Télefono: 3104892427

32

No. de Orden
8854

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DIOVAN 80mg TNR CJx28TAB	VALSARTAN	TABLETAS	196 CIENTO NO

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

2 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB	MIRABEGRON	TABLETAS	90 NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Tatiana
Documento: 1077996185
Télefono: 3104397427

No. de Orden
8854

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario YOLANDA AYALA SUAREZ Documento 31222453
No. Carné 13803090 - C Fecha autorización 10/09/25
Dirección CLL 24 58-75 B.Cabañitas
Regional ANTIOQUIA Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
CALTRATE 600 + D CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | TABLETAS | NOVENTA
Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento
1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90
1 DIARIAMENTE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 196
DIOVAN 80mg TNR CJx28TAB | VALSARTAN | TABLETAS | CIENTO NO
Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento
1 TABLETA | ORAL | CADA 12 HORAS | 90
2 AL DIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB | MIRABEGRON | TABLETAS | NOVENTA
Dosis | Vía Admon. | Frecuencia | Tiempo tratamiento
1 TABLETA | ORAL | CADA 24 HORAS | 90
1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma: Tatiana
Documento: 1077996185
Télefono: 3104397427

3A

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333194406
FECHA: 12-09-2025 20:05
VENDEDOR: YULIANA PAOLA ZUÑIGA ACOS
SECUENCIA: 2169280
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115503-ESTEINE INST. (RG) OVULOS 3.5 MG CAJA X 6 UNDS
133,872 1 0 0 133,872
100280-SONDA NELATON #14 BOLSA X 1 UND
532 360 0 0 191,520
277608-GUANTES VINILO TRANS ALFASAFE TALLA M CAJA 100UNDS
17,743 4 0 0 70,972
132961-ROXICAINA JALEA INST. CREMA TÓPICA CAJA 30 ML
14,431 30 0 0 432,930
404240-GASA ESTERIL CUREBAND 10X10 CM SOBRES CAJA X 24 UNDS
43,651 6 0 0 261,906

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,091,200
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,091,200
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	59,640	11,332
EXCLUIDAS:	1,020,228	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 8855-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
AYALA SUAREZ YOLANDA
CC 31222453
CL 24 # 58 - 75 CS CABAÑAS
TELEFONO: 3104392421
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

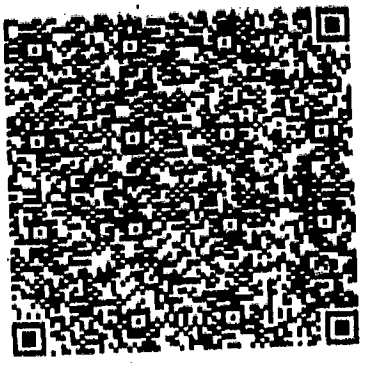
Certificación recibo a satisfacción

Yo Yojanda marcela torres identificado con cédula número 1042498586, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Yojanda Torres

FECHA 12/09/2025.



OBS:

CUFE: 1ac42a9207b5e1a3c7da8c7d1a3
0a8966c104c93c3dcb19150533ae1285bf6
56f1824d4b2602e43f6096047e93d9e914

Pasteur
Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 10/09/25 CÉDULA: 31222453

USUARIO: Yolanda Ayala # ORDEN: 8855

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Clorhexol 0.2% FCO	3 FCO	No se entrega por orden de la Medica

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Ang Correa	Bello	3014381971

No. de Orden
8855

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

-neficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
o. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
irección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
EINE 3.5mg OVU CJX6OVU/6APL	ESTRIOL	ÓVULOS	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA SEMANA	60

MANAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 360
NDA NELATON #14	SONDA NELATON #14	N/A	TRESCIENTO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
INIDADES	N/A	CADA 24 HORAS	90	Aprobado

NDAS DIARIAS PARA USO INTERMITENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SA ESTERIL NO TEJ 10X10CM 50SO	NO APLICA	CAJA	TRES

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

A PASO D E SONDA 4 VECES AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
NTES VINILO TALLA M CJX100UND	GUANTES VINILO TALLA M CJX100UND	CAJA	CUATRO

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

A PASO D E SONDA EVACUANTE DIARIAMENTE

ombre Funcionario:	RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

IA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

No. de Orden
8855

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
ESTEINE 3.5mg OVU CJX6OVU/6APL	ESTRIOL	ÓVULOS	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA SEMANA	60

1 SEMANAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 360
SONDA NELATON #14	SONDA NELATON #14	N/A	TRESCIEN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
4 UNIDADES	N/A	CADA 24 HORAS	90	Aprobado

4 SONDAS DIARIAS PARA USO INTERMITENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
GASA ESTERIL NO TEJ 10X10CM CJX50SO	NO APLICA	CAJA	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
8 UNIDADES	TÓPICA	CADA 24 HORAS	90	Aprobado

PARA PASO D E SONDA 4 VECES AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
GUANTES VINILO TALLA M CJX100UND	GUANTES VINILO TALLA M CJX100UND	CAJA	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
2 UNIDADES	TÓPICA	CADA 24 HORAS	90	Aprobado

PARA PASO D E SONDA EVACUANTE DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1024498096
Télefono: 3023980495

36

No. de Orden 8855

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
LIDOCAINA HCL 2% JAL TUBX30g PRC	**LIDOCAINA CLORHIDRATO**	TUBO	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 6 HORAS	90

4 APLICACIONES DIARIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLORHEXOL 0.2% SOL FCOX180ML	**CLORHEXIDINA DIGLUCONATO 2MGML**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 6 HORAS	90

PARA USO EN PASO DE SONDA

Nombre Funcionario:	RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Joyuda Jones
Documento: 1124498586
Télefono: 3023980467

No. de Orden 8855

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	10/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
LIDOCAINA HCL 2% JAL TUBX30g PRC	**LIDOCAINA CLORHIDRATO**	TUBO	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 6 HORAS	90

4 APLICACIONES DIARIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLORHEXOL 0.2% SOL FCOX180ML	**CLORHEXIDINA DIGLUCONATO 2MGML**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 6 HORAS	90

PARA USO EN PASO DE SONDA

Nombre Funcionario:	RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Joyuda Jones
Documento: 1124498586
Télefono: 3023980467

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333194
414
FECHA: 12-09-2025 20:44
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2169288
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
213097-CETIRIZINA MK TABLETAS 10 M
G CAJA X 10 UNDS
10,974 6 0 0 65,844
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 60 0 68,640
041052-BISOLVON TOS SECA JARABE VA
INILLA FRASCO 120 ML
37,222 1 0 0 37,222

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 174,262
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 174,262
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 174,262 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8855-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
YEPES ELIANA
CC 21970657
DG 52 # 42 - 157 AP.2204ED GALEZ
NIQUIA
TELEFONO: 3206842761
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Liz Eliana Yepes A
CC. 21.970657
3206842761

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Eliana Yepes A identificado con cédula número 21.970.657, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Luz Eliana Yepes A.

FECHA 13-09-2025

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario **CC 21970657**

ELIANA YEPES ARENAS

LUGAR: MEDELLIN **12 09 2025**

DEXAMETASONA AMPOLLA D E 8 MGR APLCIAR EN CADERA INTRAMUSCULAR DIARIAMENTE	**2 DOS**
CETIRIZINA 10 MGR TABLETA MK VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y LA NOCHE	**60 SESENTA**
ACETAMINOFEN 500 MGR TABLETA (DOLEX) VIA ORAL TOMAR 2 TABELTAS EN LA MAÑANA , MEDIO DIA Y NOCHE	**60 SESENTA**
DEXTROMETORFANO BROMOHIDRATO (BISOLVON TOS SECA) VIA ORAL TOMAR 5 CENTIMETROS EN LA MAÑANA Y LA NOCHE HASTA TERMINARLO	**1 UNO**

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Dra Eliana Yepes A.
CC. 21.970 657
tel: 3206842761

CODIGO 9585

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333190
445
FECHA: 01-09-2025 18:14
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2165319
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 9 0 0 79,290
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
240622-PULBRONC NF ADULTOS JARABE
FRASCO 100 ML
52,466 1 0 0 52,466

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 201,542
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 201,542
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 201,542 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9123-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MALLAMA SUAREZ GERALDINE
CC 1020307057
CL 107 # 70 - 65 AP 201 3205668
305
TELEFONO: 3128856615
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

1299185 8
3205668305

CUFE: b5a8310ad6c8c02aa83fbd41224d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA CC 1799 1856

FECHA 03-09-2025



No. de Orden 9123

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GERALDINE MALLAMA SUAREZ	Documento	1020307057
No. Carné	12991856 - E	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CLL 107 No 70 65 Apto 201 B.Tejelo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
PULBRONC NF ADULT JBE FCOX100ML	**AMONIO CLORURO 7MGMLNOSCAPINA**	FRASCO	UN	

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

5 CENTIMETROS EN LA MAÑANA Y 5 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	2
DEXAMETASONA 8MG/ML CJX10AMP	**DEXAMETASONA FOSFATO 0.4% Solución**	AMPOLLA	DOS	

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA 24 HORAS	2

EN CADERA INYTRAMUSCULAR DIARIAMENTE

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

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

MK PAR A 1 DIARIA POR 3 MESE S Y SUSPENDER

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:	JAVIER ORLANDO MALLAMA BENAVIDES

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9123

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GERALDINE MALLAMA SUAREZ	Documento	1020307057
No. Carné	12991856 - E	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CLL 107 No 70 65 Apto 201 B.Tejelo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
PULBRONC NF ADULT JBE FCOX100ML	**AMONIO CLORURO 7MGMLNOSCAPINA**	FRASCO	UN	

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

5 CENTIMETROS EN LA MAÑANA Y 5 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	2
DEXAMETASONA 8MG/ML CJX10AMP	**DEXAMETASONA FOSFATO 0.4% Solución**	AMPOLLA	DOS	

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA 24 HORAS	2

EN CADERA INYTRAMUSCULAR DIARIAMENTE

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

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

MK PAR A 1 DIARIA POR 3 MESE S Y SUSPENDER

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:	JAVIER ORLANDO MALLAMA BENAVIDES

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: 12991856
Documento: 12991856
Télefono: 3205668305

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333190804
FECHA: 02-09-2025 17:39
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2165678
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
23,320 6 0 0 139,920
119100-LIDOPROCTO INST. SUPOSITORIOS CAJA X 10 UNDS
94,670 1 0 0 94,670
403467-OPTIVE FUSION UD VIALES CAJA X 30 UNDS
71,457 1 0 0 71,457
121198-CLOTRIMAZOL 6 APLICACIONES GF CREMA VAGINAL 1 % CAJA 40 G
16,105 1 0 0 16,105
100218-DUSPATALIN RETARD INST. CAPSULAS 200 MG CAJA X 30 UNDS
139,800 2 0 0 279,600

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 601,752
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 601,752
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 601,752 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9144-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARIAS CASTAÑEDA FLOR ANGELA
CC 39556389
AV 31 # 66 - 29 CERRO AZUL TORRE 2 APTO 319
TELEFONO: 3113065769
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Henry A. García identificado con cédula número 15422483, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 3-09-2025



OBS:

CUFE: a647b50801 9a0360a9924 8aa58ad

1363f9d0d1356369d f5f934a11b 587744 5

d907592b815d45eb0d68c3fbf3bd4 1ae5

No. de Orden
9144

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA	Documento	39556389
No. Carné	15423483 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	CÁPSULA	CIENTO VEIN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 6 HORAS	30

ENTREGAR DOLEX ACTIV GEL PARA TOMAR UNA CADA 6 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
LIDOPROCTO 5-0.25-100G SUP CJX10SUPOS	**L I D O C A I N A 60MGHIDROCORTISONA**	SUPOSITO	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SUPOSITORIO	RECTAL	CADA 24 HORAS	10

APLICAR CADA NCHE POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
OPTIVE FUSION UDX4ML CJX30ML	**CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA 2MGGLICERINA 4MG**	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS POR SEIS MESES. ENTREGA 1/6. PENDIENTES CINCO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CLOTRIMAZOL CR VAG 1% TBOX40G	**CLOTRIMAZOL 0.02MGG Crema**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	15

APLICAR EN ESCASA CANTIDAD SOBRE LAS LESIONES VAGINALES POR DOS SEMANAS. NO D

Nombre Funcionario:	HENRY ALBER GARCIA GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9144

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA	Documento	39556389
No. Carné	15423483 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	CÁPSULA	CIENTO VEIN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 6 HORAS	30

ENTREGAR DOLEX ACTIV GEL PARA TOMAR UNA CADA 6 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
LIDOPROCTO 5-0.25-100G SUP CJX10SUPOS	**L I D O C A I N A 60MGHIDROCORTISONA**	SUPOSITO	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SUPOSITORIO	RECTAL	CADA 24 HORAS	10

APLICAR CADA NCHE POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
OPTIVE FUSION UDX4ML CJX30ML	**CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA 2MGGLICERINA 4MG**	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS POR SEIS MESES. ENTREGA 1/6. PENDIENTES CINCO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CLOTRIMAZOL CR VAG 1% TBOX40G	**CLOTRIMAZOL 0.02MGG Crema**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	15

APLICAR EN ESCASA CANTIDAD SOBRE LAS LESIONES VAGINALES POR DOS SEMANAS. NO D

Nombre Funcionario:	HENRY ALBER GARCIA GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1154234493
Télefono: 3113065769

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9144

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA	Documento	39556389
No. Camé	15423483 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DUSPATALIN RETARD 200MG CJX30CAP	**MEBEVERINA CLORHIDRATO 200MG Cápsula de liberación**	CÁPSULA	SESENTA

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

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

Nombre Funcionario:	HENRY ALBER GARCIA GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9144

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FLOR ANGELA ARIAS CASTAÑEDA	Documento	39556389
No. Camé	15423483 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CALLE 23 NRO 58-35 LA CABAÑA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DUSPATALIN RETARD 200MG CJX30CAP	**MEBEVERINA CLORHIDRATO 200MG Cápsula de liberación**	CÁPSULA	SESENTA

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

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

Nombre Funcionario:	HENRY ALBER GARCIA GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1542348
Télefono: 3113065769

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333191
361
FECHA: 04-09-2025 11:44
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2166235
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

200078-AMOXIDAL DUO TABLETAS 875 M
G CAJA X 21 UNDS
48,531 1 0 0 48,531
213168-EEITROMICINA MK TABLETAS 50
0 MG CAJA X 50 UNDS
102,805 0 20 0 41,122
121121-METRONIDAZOL GENFAR TABLETA
S 500 MG CAJA X 100 UNDS
10,400 0 20 0 2,080

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 91,733
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 91,733
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 91,733 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9187-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ISAZA CADAVID DORA CECILIA
CC 39351406
CL 29 # 53 - 24 BELLO CABAÑAS
TELEFONO: 3154642514
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: Recibí: Dora Isaza C.
CC 39351406
Cel. 3154642514

CUFE: f2cb854976de98524b363e06435d
d2dbff93ef8678eedbaa33ad23dc8255cb
ffe305d4f538e7e52bc5c2344c5275fed9

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dora Isaza Cadavid identificado con cédula número 39351406, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 4/9/2025

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

Nombre **DORA ISAZA CADAVID** ***Cedula : 39351406***

LUGAR: MEDELLIN ***Fecha*** **03 09 2025**

R/		**Cantidad**
AMOXICILINA TABLETA 875 (AMOXIDAL DUO)	VIA ORAL , TOMAR 1 CON EL DESAYUNO Y LA COMIDA POR 10 DIAS	20 VEINTE
ERITROMICINA 500 MGR TABLETA	VIA ORAL ,TOMAR 2 AL DIA POR 10 DIAS (CON ESTOMAGO LLENO)	20 VEINTE
METRONIDAZOL 500 MGR TABLSTA	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA CON EL DESAYUNO Y LA COMIDA POR 7 DIAS	14 CATORCE
NO SUSPENDER EL PANTOPRAZOL 2 AL DIA		
TRANSCRIPCION DE REUMATOLOGIA		

CODIGO 9187

Firma y Sello del Médico

Recibí: Dora Isaza C.
cc 39351406
Cel. 3154642514

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333191819
FECHA: 05-09-2025 15:00
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2166693
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

134131-KETOPROFENO GENFAR 2ML AMPOLLAS 100 MG CAJA X 6 UNDS
29,217 0 2 0 9,739
031180-TIZAFEN (ACETAM+TIZANID) INST. TABLETAS 350 MG/2 MG CAJA X 100
78,800 0 10 0 7,880
132154-DEXAMETASONA GENFAR INST. AMPOLLAS 8 MG CAJA X 10 UNDS
12,780 0 2 0 2,556

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 20,175
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 20,175
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 20,175 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9230-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE LEON PENAGOS MARIA TERESA
CC 32500032
CR 53 # 25 - 75 BL 6 APTO 419 CA BAÑAS
TELEFONO: 2737824
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: a53abbc2149b2537846e7f260f28fb4faf65205d854ae49a28014cf5ab35fe80dff1f26956f1d48e39ac11f5bad8019f

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Teresa De León P identificado con cédula número 32500032, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA María Teresa De León P

FECHA 05-09-2025

No. de Orden 9230

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA TERESA DE LEON PENAGOS	Documento	32500032
No. Carné	8297678 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 53 # 25-75 Bloque 6 Apto 419 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
KETOPROFENO 100mg/2ml SHI CJX6AMP	KETOPROFENO	AMPOLLA	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA 24 HORAS	2

APLICAR EN CADER AINTRAMUSCULAR DIARIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
TIZAFEN 2/350MG CJX20TAB	TIZANIDINA Clorhidrato 2MG ACETAMINOFEN 350MG	TABLETAS	DIEZ

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

TOMAR 1 EN LA OCHE POR 1 SEMANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
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 POR 2 DIAS

Nombre Funcionario:	MANUEL ANTONIO REY QUIJANO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9230

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario: MARIA TERESA DE LEON PENAGOS | Documento: 32500032
No. Carné: 8297678 - C | Fecha autorización: 04/09/25
Dirección: CRA 53 # 25-75 Bloque 6 Apto 419 B.Cabañitas
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2
KETOPROFENO 100mg/2ml SHI CJX6AMP | KETOPROFENO | AMPOLLA | DOS
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 2
APLICAR EN CADER AINTRAMUSCULAR DIARIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10
TIZAFEN 2/350MG CJX20TAB | TIZANIDINA Clorhidrato 2MG ACETAMINOFEN 350MG | TABLETAS | DIEZ
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 7
TOMAR 1 EN LA OCHE POR 1 SEMANA

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 POR 2 DIAS

Nombre Funcionario: MANUEL ANTONIO REY QUIJANO
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma: Manuel Rey
Documento: 32500032
Télefono: 3013213393
Fecha de vencimiento: 18/09/25
GTH-F-005 V.01

47

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333191
505
FECHA: 04-09-2025 17:54
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2166379
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

030060-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 40 MG CAJA X 30 UNDS
82,920 1 0 0 82,920
404037-ACETAMINOFEN FORTE TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 16 UNDS
10,096 6 0 0 60,576
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
12,060 1 0 0 12,060
115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS
50 MG CAJA X 150 UNDS
33,600 0 60 0 13,440

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 168,996
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 168,996
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 168,996 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9267-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PENA HERRERA TERESITA
CC 43015615
CL 25A # 58BB - 72 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 2069647
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
---------- 4200

OBS:

CUFE: 178208e621af13dec143a370c1e5
a770f84776ed58193b4076760708d675

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Janeth Isaza Peña identificado con cédula número 44007889, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 4/Sept/2025.

No. de Orden 9267

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	TERESITA PENA HERRERA	Documento	43015615
No. Camé	70098180 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 25A NRO 58BB-72 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ESOMEPRAZOL 40MG CJX10TAB	**ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta**	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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM) POR DOLOR ARTICULAR O DOLOR DE CABEZA FUE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP	**INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

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

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

Nombre Funcionario:	GERMAN ISAZA GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1A007889
Télefono: 2069647

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9267

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario: TERESITA PENA HERRERA | Documento: 43015615
No. Camé: 70098180 - C | Fecha autorización: 04/09/25
Dirección: CALLE 25A NRO 58BB-72 CABAÑITAS BELLO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
ESOMEPRAZOL 40MG CJX10TAB | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
ENTREGAR DE MK. TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB | ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM) POR DOLOR ARTICULAR O DOLOR DE CABEZA FUE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
NATRILIX SR 1.5MG CJX30TLP | INDAPAMIDA 1.5MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS POR LA MAÑANA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60
LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

Nombre Funcionario: GERMAN ISAZA GARCIA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:
Fecha de vencimiento: 19/09/25
GTH-F-005 V.01

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333192
323
FECHA: 06-09-2025 19:20
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2167197
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 3 0 0 47,838
024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA L
OCION OFERTA 400 + 120ML
52,133 2 0 0 104,266
261088-EGOGYN CAPSULAS 1.000 UI CA
JA X 30 UNDS
31,890 3 0 0 95,670
140210-FYBOGEL SOBRES CAJA X 10 UN
DS
39,970 9 0 0 359,730
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 22 6 0 817,560
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 3 30 0 279,180
115103-OLOFTAL MK INST. GOTAS OFTA
LMICAS 0.2 % CAJA 5 ML
11,107 3 0 0 33,321
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 3 0 0 125,100
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 2 0 0 107,280
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
38,150 2 0 0 76,300
100218-FLEXTRIL C (GLUCOSAM+COND)
INS SOBRES NARANJA CAJA X 15 UNDS
94,725 6 0 0 568,350
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
151,200 3 0 0 453,600

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 3,068,195
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,068,195
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,789,015 0
EXENTAS: 279,180 0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

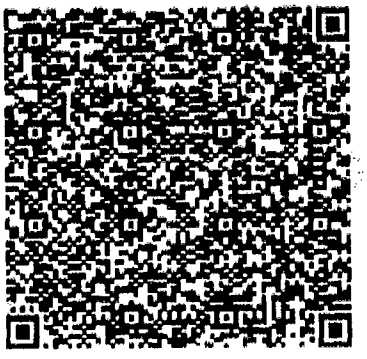
Certificación recibo a satisfacción

Yo _____ identificado con cédula número 43205995, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 12-09-25



59a5a2f3e0b50e85f7ad56950013f349c8
c619477acc0a58e8bb2d29b4d900702afd8
CUFE: 91d72adb59aa387e53e06a0aaa79

OBS: 43205995

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: 5994518
RTE BAJA
DG 52 # 43 - 97 AP 301 NIQUIA PA
CC 43069254
TRUJILLO MARTINEZ LUZ ASTRID
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1
FORMULA: 9331-DOMICILIO
IMPOCONSUMO 0 0

50

No. de Orden 9331

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ ASTRID TRUJILLO MARTINEZ	Documento	43069254
No. Carné	70568646 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	DIAG 52 NRO 43-97 APTO 301 PANAMERICANA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	90

2 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ACID MANTLE N LOC FCOX400ML	**ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción**	FRASCO	DOS

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

EN LA NOCHE EN TODO EL CUERPO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
EGOGYM 1000 UI CJX30CAPS	**DL-ALFATOCOFERIL ACETATO 1000UI Cápsula de gelatina**	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 DIARIA POR 3 MESE SY SUSPENDER

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FYBOGEL NARANJA CJX10SOB	**ISPAGHULA HUSK 79,61G**	SOBRE	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE DIULUIDO EN AGUA

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO PEREZ ARANGO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9331

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ ASTRID TRUJILLO MARTINEZ	Documento	43069254
No. Carné	70568646 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	DIAG 52 NRO 43-97 APTO 301 PANAMERICANA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	90

2 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ACID MANTLE N LOC FCOX400ML	**ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción**	FRASCO	DOS

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

EN LA NOCHE EN TODO EL CUERPO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
EGOGYM 1000 UI CJX30CAPS	**DL-ALFATOCOFERIL ACETATO 1000UI Cápsula de gelatina**	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 DIARIA POR 3 MESE SY SUSPENDER

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FYBOGEL NARANJA CJX10SOB	**ISPAGHULA HUSK 79,61G**	SOBRE	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE DIULUIDO EN AGUA

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO PEREZ ARANGO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43205915
Télefono: 3016607730

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

50

51

No. de Orden 9331

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ ASTRID TRUJILLO MARTINEZ	Documento	43069254
No. Carné	70568646 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	DIAG 52 NRO 43-97 APTO 301 PANAMERICANA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

ANTES D E CADA COMIDA , GASTROFAST SI ESTA

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

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

2 AL DIA

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 FRASCO	OFTÁLMICA	CADA 24 HORAS	90

EN LA NOCHE EN AMOS OJOS

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

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO PEREZ ARANGO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9331

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ ASTRID TRUJILLO MARTINEZ	Documento	43069254
No. Carné	70568646 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	DIAG 52 NRO 43-97 APTO 301 PANAMERICANA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

ANTES D E CADA COMIDA , GASTROFAST SI ESTA

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

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

2 AL DIA

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 FRASCO	OFTÁLMICA	CADA 24 HORAS	90

EN LA NOCHE EN AMOS OJOS

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

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO PEREZ ARANGO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 43205795
Télefono: 3016607730

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

51

52

No. de Orden 9331

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ ASTRID TRUJILLO MARTINEZ	Documento	43069254
No. Carné	70568646 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	DIAG 52 NRO 43-97 APTO 301 PANAMERICANA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG	Tableta	SESENTA

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

MK 1 EN AYUNAS SI HAY SINTOMAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS	LEVOTIROXINA SODICA 25mcg	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GLUCOSAMINA/COND 1500/1200MG CJX30SOB	GLUCOSAMINA CLORHIDRATO 1500MG CONDROITINA	SOBRE	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR	ROSUVASTATINA CALCICA	TABLETAS	NOVENTA

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

MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO PEREZ ARANGO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9331

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ ASTRID TRUJILLO MARTINEZ	Documento	43069254
No. Carné	70568646 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	DIAG 52 NRO 43-97 APTO 301 PANAMERICANA BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ESOMEPRAZOL 20MG CJX30TAB	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG	Tableta	SESENTA

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

MK 1 EN AYUNAS SI HAY SINTOMAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS	LEVOTIROXINA SODICA 25mcg	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GLUCOSAMINA/COND 1500/1200MG CJX30SOB	GLUCOSAMINA CLORHIDRATO 1500MG CONDROITINA	SOBRE	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR	ROSUVASTATINA CALCICA	TABLETAS	NOVENTA

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

MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO PEREZ ARANGO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1320595
Télefono: 3016607730

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

52

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333193195
FECHA: 09-09-2025 15:37
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA MARTINEZ
SECUENCIA: 2168069
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116800-SYSTANE BALANCE INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 10 ML
49,559 3 0 0 148,677
213375-ALBENDAZOL MK TABLETAS 200 MG CAJA X 2 UNDS
3,218 1 0 0 3,218
115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA) CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS
153,500 5 0 0 767,500
121144-TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1 G CAJA X 4 UNDS
4,359 1 0 0 4,359
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
167,700 0 90 0 50,310
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRASCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.5 MCG CAJA 120 DOSIS
29,469 2 0 0 58,938
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
23,320 14 0 0 326,480
967022-SLINDA TABLETAS 4 MG CAJA X 28 UNDS
50,336 3 0 0 151,008

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,552,696
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,552,696
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,552,696 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9402-Domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ RESTREPO ANATILDE
CC 43593007
CL 39 # 52 - 40 MEDITERRANEA APT 106 T4
TELEFONO: 3103955220

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Anatilde _____ identificado con cédula número 43593007 _____, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 09/08/2025

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Factura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO
LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: CC43597007

CUFE: 45bfd56a99bf8961a1524069la01
da08baf6973021057f36b3dbade099018
2b7ee25bee70d50d68902a9744bd93de

No. de Orden 9402

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANATILDE SANCHEZ RESTREPO	Documento	43593007
No. Camé	70048841 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SYSTANE BALANCE 0.6% SGS FCOX10ML	PROPILENGLICOL	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ALBENDAZOL 200MG CJX2TAB	ALBENDAZOL 200MG Tableta	TABLETAS	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	DOSIS ÚNICA	1

TOMAR JUNTAS D ESPUES DEL ALIUERZO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
MOLTOBEN 20MG CJX20CAP	FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta	CÁPSULA	CIEN

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

1 DESPUE SDEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
TINIDAZOL 1G CJX4TAB	TINIDAZOL 1G Tableta	TABLETAS	CUATRO

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO Y DEL ALMERZO POR 2 DIAS

Nombre Funcionario:	OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9402

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario ANATILDE SANCHEZ RESTREPO | Documento 43593007
No. Camé 70048841 - C | Fecha autorización 08/09/25
Dirección CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
SYSTANE BALANCE 0.6% SGS FCOX10ML | PROPILENGLICOL | FRASCO | TRES
Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
3 VECES AL EN AMBOS OJOS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2
ALBENDAZOL 200MG CJX2TAB | ALBENDAZOL 200MG Tableta | TABLETAS | DOS
Dosis: 2 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: DOSIS ÚNICA | Tiempo tratamiento: 1
TOMAR JUNTAS D ESPUES DEL ALIUERZO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 100
MOLTOBEN 20MG CJX20CAP | FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta | CÁPSULA | CIEN
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 DESPUE SDEL DESAYUNO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 4
TINIDAZOL 1G CJX4TAB | TINIDAZOL 1G Tableta | TABLETAS | CUATRO
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 2
1 DESPUES DEL DESAYUNO Y DEL ALMERZO POR 2 DIAS

Nombre Funcionario: OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 43593007
Télefono: 3103955220
Fecha de vencimiento: 23/09/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9402

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANATILDE SANCHEZ RESTREPO	Documento	43593007
No. Carné	70048841 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB	MELATONINA 3MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA 90

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

1 DIARIA

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

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

1 PUFF EN LA NOCHE EN CADA FOSA

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

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

3 AL DIA

Nombre Funcionario:	OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9402

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ANATILDE SANCHEZ RESTREPO	Documento	43593007
No. Carné	70048841 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MELATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB	MELATONINA 3MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA 90

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

1 DIARIA

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

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

1 PUFF EN LA NOCHE EN CADA FOSA

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

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

3 AL DIA

Nombre Funcionario:	OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: 43593007
Documento:
Télefono: 3103955260

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9402

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANATILDE SANCHEZ RESTREPO	Documento	43593007
No. Carné	70048841 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SLINDA®	**DROSPIRENONA 4mg**	CAJA	TRES

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9402

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	ANATILDE SANCHEZ RESTREPO	Documento	43593007
No. Carné	70048841 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	CRA 64 96A 314 Bloque 90 Apto 225		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SLINDA®	**DROSPIRENONA 4mg**	CAJA	TRES

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	OMAR DE JESU GUTIERREZ BARBOSA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43593007
Télefono: 3103955260

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

56

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333194
033
FECHA: 11-09-2025 20:13
VENDEDOR: YULIANA PAOLA ZUÑIGA ACOS
SECUENCIA: 2168907
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

200011-BONAC GEL 4% CAJA 30 G
24,812 1 0 0 24,812
069731-SILICARE MANOS EMULSION CAJ
A 60 G
67,911 2 0 0 135,822

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 160,634
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 160,634
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	114,136	21,686
EXCLUIDAS:	24,812	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9536-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARO GONZALEZ VALERIA
CC 1007241919
CL 24 N # 58DD - 43
TELEFONO: 5990192
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Sandra C 32183497

CUFE: 6e5c97631289a5e4d3cbc2f04a0c
ba735f2c46f7a0cac5ba9eec7ba125a46f
e83461adcc101d8608d113dde910ed06c2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Gonzalez identificado con cédula número 32183497, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Sandra G

FECHA 12/09/2025

No. de Orden
9536

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	VALERIA CARO GONZALEZ	Documento	1007241919
No. Carné	32183497 - D	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
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

EN AXILAS 2 VECE SLA DIUA POR 15 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	2
SILICARE LOC FCOX60GM	Loción	FRASCO	DOS	

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

3 VECES AL DIA EN MANOS

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Samudra
Documento: 32183497
Télefono: 3007445427

No. de Orden
9536

COPIA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	VALERIA CARO GONZALEZ	Documento	1007241919
No. Carné	32183497 - D	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
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

EN AXILAS 2 VECE SLA DIUA POR 15 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	2
SILICARE LOC FCOX60GM	Loción	FRASCO	DOS	

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

3 VECES AL DIA EN MANOS

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Samudra
Documento: 32183497
Télefono: 3007445427

5

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

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333194
420
FECHA: 12-09-2025 20:58
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2169294
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600008-ACRYLARM INST. GEL CAJA 10
G
20,633 3 0 0 61,899
116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALU
RON. RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
72,880 3 0 0 218,640

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 280,539
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 280,539
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	280,539	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9574-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ISAZA CADAVID DORA CECILIA
CC 39351406
CL 29 # 53 - 24 BELLO CABAÑAS
TELEFONO: 3154642514
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 Dora Isaza C.
---------- CC 39351406
OBS: Cel. 3154642514
CUFE: 70f70b007e250d5511b291e4c234
84def060a7a81e89953b1042f8d803f186
41ab824e62f992c143b7a853071e23921e



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dora Isaza Cadavid identificado con cédula número 39351406, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 13-9-2025

No. de Orden
9574

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DORA CECILIA ISAZA CADAVID	Documento	39351406
No. Carné	8289282 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 29 NRO 53-24 CABAÑAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	3
ACRYLARM GEL OFT TBOX10G	POLIACRILICO ACIDO 2MG Gel	TUBO	TRES	

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

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS POR 6 MESES , PRIMERA ENTREGA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	3
LAGRICEL® OFTENO	HIALURONATO DE SODIO 4mg	FRASCO	TRES	

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

3 VECE SAL DIA POR 6 MESE S , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	JORGE GONZALO AGUDELO PUERTA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Dora Isaza C.
Documento: 39351406
Télefono: 3154642514

No. de Orden
9574

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DORA CECILIA ISAZA CADAVID	Documento	39351406
No. Carné	8289282 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 29 NRO 53-24 CABAÑAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	3
ACRYLARM GEL OFT TBOX10G	POLIACRILICO ACIDO 2MG Gel	TUBO	TRES	

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

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS POR 6 MESES , PRIMERA ENTREGA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	3
LAGRICEL® OFTENO	HIALURONATO DE SODIO 4mg	FRASCO	TRES	

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

3 VECE SAL DIA POR 6 MESE S , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario: JORGE GONZALO AGUDELO PUERTA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Dora Isaza C.
Documento: 39351406
Télefono: 3154642514

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: E317149338
FECHA: 01-09-2025 17:26
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1477434
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

123000-SOOLANTRA INST. CREMA 1 % CAJA 30 G
141,527 1 0 0 141,527
117202-ROZELAIC INST. GEL 15 % CAJA 30 G
50,433 3 0 0 151,299

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 292,826
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 292,826
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	292,826	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9136-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HERNANDEZ DE ARANGO MARIA VICTORIA
CC 32494226
CR 77B # 47 - 123 VELODROMO AP 402
TELEFONO: 3137336518
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 Victoria Hernandez
32494.226
CUFE: 2277479d06698d709b47887a448c
f7f9a1b5aa3781296fa1b3f3f24dd15ad5
98a847d262d2c2f20c55bc0a78df6da352
TEL 313 733 65 18

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo MARIA VICTORIA Jiménez identificado con cédula número 32494.276, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA 1 SEP. 2025

FECHA María Victoria Jiménez

No. de Orden 9136

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA VICTORIA HERNANDEZ DE ARANGO	Documento	32494226
No. Carné	70031046 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	Cra 77B No. 47 - 123 Apto.405 B.Velodromo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
SOOLANTRA 1% CRE TUBX30GR	**IVERMECTINA 100000G Crema**	TUBO	UN

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

APLICAR SEUN LAS (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ROZELAIC 15% GEL TUBOX30G	**AZELAICO ACIDO**	TUBO	TRES

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

aplicar SEGUN (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Nombre Funcionario:	ALVARO ALFONSO ARANGO DIAZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Maria Victoria H.
Documento: 32494226
Télefono: 313 7331658

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9136

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	MARIA VICTORIA HERNANDEZ DE ARANGO	Documento	32494226
No. Carné	70031046 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	Cra 77B No. 47 - 123 Apto.405 B.Velodromo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
SOOLANTRA 1% CRE TUBX30GR	**IVERMECTINA 100000G Crema**	TUBO	UN

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

APLICAR SEUN LAS (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ROZELAIC 15% GEL TUBOX30G	**AZELAICO ACIDO**	TUBO	TRES

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

aplicar SEGUN (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Nombre Funcionario:	ALVARO ALFONSO ARANGO DIAZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

63

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: E317149
479
FECHA: 02-09-2025 11:27
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1477575
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115143-SERTRALINA MK INST. TABLET
AS 50 MG CAJA X 30 UNDS
32,357 2 0 0 64,714

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 64,714
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 64,714
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 64,714 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9161-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HINCAPIE PEREZ SILVIA ESTER
CC 21637658
CL 31C # 89E - 77 BELEN TEL 2382
668
TELEFONO: 3122492267
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 Silvia Hincapie

OBS: 21637658

CUFE: 49fa415094a084b7674ca58ce3bf
07e82e509986e7ef4de6ca2a5797358493
a45218752b61114735090e8dcf47b54158

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Silvia Yunciee identificado con cédula número 27637678 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Silvia Yunciee

FECHA 2 Sebre 09

No. de Orden 9161

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ	Documento	21637658
No. Camé	8221178 - C	Fecha autorización	02/09/25
Dirección	CLL 31 C 89E-77 B.Belen		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
SERTRALINA 50MG CJX10TAB	**SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

ENTREGAR MK , PARA 1 TABELEA DIARIA DESPUES DEL DESAYUNO , INICAR CON MEDIA

Nombre Funcionario:	PABLO EMILIO PAREJA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Silvia Yesenia
Documento: 1163[illegible]65
Télefono: 312[illegible]06

Fecha de vencimiento: 16/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9161

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ	Documento	21637658
No. Camé	8221178 - C	Fecha autorización	02/09/25
Dirección	CLL 31 C 89E-77 B.Belen		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
SERTRALINA 50MG CJX10TAB	**SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

ENTREGAR MK , PARA 1 TABELEA DIARIA DESPUES DEL DESAYUNO , INICAR CON MEDIA

Nombre Funcionario:	PABLO EMILIO PAREJA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 16/09/25

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: E317149
525
FECHA: 02-09-2025 14:34
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1477621
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

385456-LAMISIL SPRAY CAJA 30 ML				
46,339	1	0	0	46,339
115701-PRIMAX INST. LACA 8% CAJA 3 ML				
102,977	1	0	0	102,977
286041-ACIDO RETINOICO CREMA 0.05 % POTE 30 G				
21,441	1	0	0	21,441

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 170,757
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 170,757
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	170,757	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9178-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MORALES DE DIAZ ELICENIA
CC 32460749
CR 93A # 35B - 108 CS P2 AMERIC
A
TELEFONO: 3182514150
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: Elicenia Morales
32460749 [illegible]
CUFE: 4d5a69f4de6cca8bdeb73588be87
a5251e813e8ae3d72d1a7b7c076091959a
8fcc3bc0b3acacd8f3f062db624aeba136

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Elicenia Morales identificado con cédula número 32460749 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Elicenia Morales

FECHA 02/09/2025

No. de Orden 9178

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ELICENIA MORALES DE DIAZ	Documento	32460749
No. Carné	8265417 - C	Fecha autorización	02/09/25
Dirección	CRA 93A NRO 35B-108 SANTA MONICA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
TERBINAFINA 1% SPY FCOX30ml	**TERBINAFINA CLORHIDRATO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	120

APLICAR SIGUIENDO (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PRIMAX LACA 8% SHN FCOX3ml	**CICLOPIROXOLAMINA**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	120

APLICAR SIGUIENDO (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACIDO RETINOICO 0.05% CRE POTX30G	**RETINOICO ACIDO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	120

APLICAR SIGUIENDO (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Gerardo Diaz P.

Nombre Funcionario:	GERARDO DIAZ PALACIO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Gerardo Diaz
Documento: 32460749
Télefono: 6045923731

Fecha de vencimiento: 17/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9178

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	ELICENIA MORALES DE DIAZ	Documento	32460749
No. Carné	8265417 - C	Fecha autorización	02/09/25
Dirección	CRA 93A NRO 35B-108 SANTA MONICA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
TERBINAFINA 1% SPY FCOX30ml	**TERBINAFINA CLORHIDRATO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	120

APLICAR SIGUIENDO (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PRIMAX LACA 8% SHN FCOX3ml	**CICLOPIROXOLAMINA**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	120

APLICAR SIGUIENDO (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACIDO RETINOICO 0.05% CRE POTX30G	**RETINOICO ACIDO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	120

APLICAR SIGUIENDO (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Gerardo Diaz P.

Nombre Funcionario:	GERARDO DIAZ PALACIO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Gerardo Diaz
Documento: 32460749
Télefono: 6045923731

Fecha de vencimiento: 17/09/25

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: E317149
821
FECHA: 03-09-2025 17:41
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1477917
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206
115110-PEG POLIETILENGLICO INST. 3
350 SOBRES X 12 SOBRES
26,412 5 0 0 132,060
117178-DEXILANT CAPSULAS 60 MG CAJ
A X 28 UNDS
288,420 2 0 0 576,840
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 2 20 0 186,120
140241-GAVISCON SACHET CAJA X 12 U
NDS
24,408 12 0 0 292,896

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,230,122
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,230,122
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,044,002 0
EXENTAS: 186,120 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9203-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BARRIENTOS DAMARIS
CC 43905762
CL 34B # 65D - 51 LC 3-D BR. C
ONQUISTADORES
TELEFONO: 3004976120
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 Dora Pueta identificado con cédula número 43905982, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Sep 3

CUFE: d35a5207 4b6bd2e1 4a19bd1e b3b9
5b26543 91a00f595 a0bbf5f 4692 0b92 3d8e
1b0b7bb6667d615 0d839 5ee4e3 ba958a0e

OBS:

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: E317149
989
FECHA: 04-09-2025 13:34
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1478085
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115515-BONDIGEST (MOSAPRIDA) INST.
TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
121,435 6 0 0 728,610

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 728,610
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 728,610
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 728,610 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9203-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BARRIENTOS DAMARIS
CC 43905762
CL 34B # 65D - 51 LC 3-D BR. C
ONQUISTADORES
TELEFONO: 3004976120
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: 6671257015294179a62ec664a7b6
81436cf24ca67cd75267dab6da67c7caf4
5a991bb8578a14893573df8f4361845057



No. de Orden 9203

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DAMARIS BARRIENTOS GALLEGO	Documento	43905762
No. Carné	71193064 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	CIENTO OCH

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

TOMAR 3 JUNTAS CADA NOCHE (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA).

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

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

TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
BONDIGEST 10MG CJX30TAB	MOSAPRIDA CITRATO 10MG Tableta	TABLETAS	CIENTO OCH

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

TOMAR ANTES DEL DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 56
DEXILANT 60MG CJX28CAP	DEXLANSOPRAZOL 60MG Cápsula de liberación	CÁPSULA	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	56

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43576
Télefono: 3004934

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9203

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario DAMARIS BARRIENTOS GALLEGO | Documento 43905762
No. Carné 71193064 - C | Fecha autorización 03/09/25
Dirección CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL | MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | CIENTO OCH
Dosis: 3 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR 3 JUNTAS CADA NOCHE (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA).

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60
PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB | POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo | SOBRE | SESENTA
Dosis: 1 SOBRE | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR UN SOBRE CADA 24 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180
BONDIGEST 10MG CJX30TAB | MOSAPRIDA CITRATO 10MG Tableta | TABLETAS | CIENTO OCH
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR ANTES DEL DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 56
DEXILANT 60MG CJX28CAP | DEXLANSOPRAZOL 60MG Cápsula de liberación | CÁPSULA | CINCUENTA
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 56
TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario: JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:
Fecha de vencimiento: 18/09/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9203

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DAMARIS BARRIENTOS GALLEGO	Documento	43905762
No. Carné	71193064 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML	ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio +	SOBRE	CIENTO OCH

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

TOMAR CADA 8 HORAS

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9203

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	DAMARIS BARRIENTOS GALLEGO	Documento	43905762
No. Carné	71193064 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CRA 53 NRO 25-32 APTO 1916 TORRE 2 CABAÑAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML	ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio +	SOBRE	CIENTO OCH

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

TOMAR CADA 8 HORAS

Nombre Funcionario:	JUAN CARLOS RIVERA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

70

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: E317149
783
FECHA: 03-09-2025 15:16
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1477879
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

031180-TIZAFEN (ACETAM+TIZANID) IN
ST. TABLETAS 350 MG/2 MG CAJA X 100 t
78,800 0 20 0 15,760
102004-ACERUMEN SPRAY CAJA 40 ML
67,226 1 0 0 67,226
115110-PEG POLIETILENGLICO INST. 3
350 SOBRES X 12 SOBRES
26,412 2 6 0 66,030
140241-GAVISCON SACHET CAJA X 12 U
NDS
24,408 7 6 0 183,060
019055-LIDOCAINA HIDROCORTISONA UN
GUENTO CAJA 10 G
36,101 1 0 0 36,101

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 368,177
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 368,177
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 368,177 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9215-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SERNA MARTINEZ CECILIA
CC 43025021
CL 49E # 83A - 196 AP 1818 BL 5
SOL NACIENTE
TELEFONO: 3004576131
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jor Bettran identificado con cédula número 12.636717, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA JBettran

FECHA 12636717

CUFE: 22cd6297e8648baa2581d0e9568a
28568 7c5a6992a07dce8b3f967ff87ed5c
13:1e06fb3bbf5852902 6aa7a0d9a1c5d3e

71

No. de Orden 9215

SENA **FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

Beneficiario	CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ	Documento	43025021
No. Carné	70094201 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
TIZAFEN 2/350MG CJX20TAB	**TIZANIDINA Clorhidrato 2MG ACETAMINOFEN 350MG**	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACERUMEN HYGIENE AURICULAIR FCOX40ML	**NO APLICA**	FRASCO	UN

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

APLICAR 3 SPRAYS EN CADA OIDO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS O HASTA QUE EL ALGODO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB	**POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo**	SOBRE	TREINTA

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

TMAR UN SOBRE DIARIO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML	**ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio +**	SOBRE	NOVENTA

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

TOMAR CADA 8 HORAS (CINCO MINUTOS LUEGO DE CADA COMIDA)

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: JBetan
Documento: 1263677
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9215

SENA FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ | Documento: 43025021
No. Carné: 70094201 - C | Fecha autorización: 03/09/25
Dirección: Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
TIZAFEN 2/350MG CJX20TAB	TIZANIDINA Clorhidrato 2MG ACETAMINOFEN 350MG	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACERUMEN HYGIENE AURICULAIR FCOX40ML	NO APLICA	FRASCO	UN

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

APLICAR 3 SPRAYS EN CADA OIDO TRES VECES AL DÍA POR 10 DÍAS O HASTA QUE EL ALGODO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB	POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo	SOBRE	TREINTA

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

TMAR UN SOBRE DIARIO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML	ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio +	SOBRE	NOVENTA

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

TOMAR CADA 8 HORAS (CINCO MINUTOS LUEGO DE CADA COMIDA)

Nombre Funcionario: JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9215

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ	Documento	43025021
No. Carné	70094201 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
LIDOPROCTO 5%/0.28% UNG TUBX20G	L I D O C A I N A HIDROCORTISONA ACETATO	TUBO	UN

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

APLICAR CADA NOCHE EN LA ZNA AFECTADA

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1263077
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9215

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ	Documento	43025021
No. Carné	70094201 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
LIDOPROCTO 5%/0.28% UNG TUBX20G	L I D O C A I N A HIDROCORTISONA ACETATO	TUBO	UN

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

APLICAR CADA NOCHE EN LA ZNA AFECTADA

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

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: E317150
276
FECHA: 05-09-2025 12:13
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1478372
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

832001-XULTOPHY (CF) PLUMA 100U/3.
6MG CAJA X 1 UND
157,629 1 0 0 157,629

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 157,629
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 157,629
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 157,629 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9308-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ROGERS PATERMIRA JENNY
CC 32402838
CL 49E # 83A - 196 AP 516 TRR 4
SOL NACIENTE
TELEFONO: 3003856824
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: 82801739
Tel 4442370

CUFE: 8ce2ec8d05fdef824d7ddcbbe22d
0103140d17b82dac7cf6fbe39cf96eaa89
8a00eb1677a3330e8d52d79f6482c8ef91

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo JAVIER 82825754 identificado con cédula número _____, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 05/05/25

No. de Orden 9308

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JENNY DEL SOCORRO ROGERS PATERNINA	Documento	32402838
No. Carné	8280159 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CLL 49E 83A-196 CALAZANS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
XULTOPHY 100UN/ML+3,6MG/ML X1 PLUMA PRE	INSULINA DEGLUDEC 100ULIRAGLUTIDA 3,6MG	ESFERO	UN

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

APLICAR 22 UNIDADES CADA 24 HORAS. SE COMPLEMENTA FÓRMULA DE JULIO DE 2025 DE A

Nombre Funcionario:	FRANCISCO ALVAREZ GUERRA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9308

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JENNY DEL SOCORRO ROGERS PATERNINA	Documento	32402838
No. Carné	8280159 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CLL 49E 83A-196 CALAZANS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
XULTOPHY 100UN/ML+3,6MG/ML X1 PLUMA PRE	INSULINA DEGLUDEC 100ULIRAGLUTIDA 3,6MG	ESFERO	UN

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

APLICAR 22 UNIDADES CADA 24 HORAS. SE COMPLEMENTA FÓRMULA DE JULIO DE 2025 DE A

Nombre Funcionario:	FRANCISCO ALVAREZ GUERRA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8280159
Télefono: 4444435999

Fecha de vencimiento: 19/09/25

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: E317150
285
FECHA: 05-09-2025 12:32
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1478381
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132732-SERTRALINA GENFAR INST. TAB
LETAS 100 MG CAJA X 10 UNDS
3,110 9 0 0 27,990
100218-CIRCADIN INST. TABLETAS 2 M
G CAJA X 30 UNDS
218,970 3 0 0 656,910

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 684,900
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 684,900
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 684,900 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9314-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA ZULUAGA ROCIO
CC 32441087
CL 48 # 88 - 51 CS FLORESTA STA
LUCIA
TELEFONO: 3158462326
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Rocio Montoya
CC # 32441082

CUFE: c742f7ffd34458c8988e103b0582
69918e6ca9e73f24ed0520e9326596a408
985fd3172c7a28565e3e8c97f715289ad0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocio Montoya M identificado con cédula número 32.441.022 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rocio Montoya M.

FECHA Septiembre 5. 2.025.

No. de Orden
9314

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA	Documento	32441087
No. Camé	43516968 - A	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SERTRALINA 100MG CJX10TAB	**SERTRALINA CLORHIDRATO 100MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 8 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CIRCADIN 2MG TCP CJX30TAB	**MELATONINA 2MG Tableta de liberación prolongada**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 9 PM POR TRES MESES. (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32441087
Télefono: 604 344 61

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

98

No. de Orden
9314

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA Documento 32441087
No. Camé 43516968 - A Fecha autorización 05/09/25
Dirección calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes
Regional ANTIOQUIA Vigencia 2025

Medicamentos: SERTRALINA 100MG CJX10TAB | Molécula: SERTRALINA CLORHIDRATO 100MG Tableta Recubierta | Tipo: TABLETAS | Total 90: NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 8 AM

Medicamentos: CIRCADIN 2MG TCP CJX30TAB | Molécula: MELATONINA 2MG Tableta de liberación prolongada | Tipo: TABLETAS | Total 90: NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA NOCHE A LAS 9 PM POR TRES MESES. (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALISTA)

Nombre Funcionario: TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:
Fecha de vencimiento: 19/09/25
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: E317150
271
FECHA: 05-09-2025 11:56
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1478367
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

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 16,120
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 16,120
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 16,120 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9322-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IBARGUEN GARCES GLADYS YACIRA
CC 54250716
CL 43 # 80B - 45 CS P-3 LA AMER
ICA
TELEFONO: 3226119870
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 54250716

CUFE: 2f49d985e6add67e2d35c0919765
d9641bae285cdb4d40bde933ac436f1ae3
b78591aabd1e553bb593c5ed7b0d710b24

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gladys Y. Hoyos identificado con cédula número 39250716, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 5-09-2025

77

No. de Orden 9322

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLADYS YACIRA IBARGUEN GARCES	Documento	54250716
No. Camé	3478682 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	Cll 43 No.80B 45 B.La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

MK PARA 1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	FRANCISCO JAVIER SERNA ARENAS

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 54250716
Télefono: 3246119845

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9322

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLADYS YACIRA IBARGUEN GARCES	Documento	54250716
No. Camé	3478682 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	Cll 43 No.80B 45 B.La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

MK PARA 1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	FRANCISCO JAVIER SERNA ARENAS

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

77

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: E317150
273
FECHA: 05-09-2025 12:00
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1478369
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 2 0 0 112,200

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 112,200
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 112,200
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 112,200 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9323-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
IBARGUEN GARCES GLADYS YACIRA
CC 54250716
CL 43 # 80B - 45 CS P-3 LA AMER
ICA
TELEFONO: 3226119870
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 54250716

CUFE: a2aad0903916294d3f9f6b1743c6
7b80caaa6a67a1e57cd93ecfe6f19f70cb
f4e939b84b09ba62ac6ac4ba406787f9e1

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gladys X. Ibarra Vieu identificado con cédula número 54253716 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 5-09-2025

No. de Orden 9323

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLADYS YACIRA IBARGUEN GARCES	Documento	54250716
No. Camé	3478682 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	Cll 43 No.80B 45 B.La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
CALCIBOND 800UI TR FCOX60TAB	**CALCIO CITRATO 1500 MG VITAMINA D3 800UI**	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	FRANCISCO JAVIER SERNA ARENAS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 54250716
Télefono: 3216119875

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9323

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLADYS YACIRA IBARGUEN GARCES	Documento	54250716
No. Camé	3478682 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	Cll 43 No.80B 45 B.La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
CALCIBOND 800UI TR FCOX60TAB	**CALCIO CITRATO 1500 MG VITAMINA D3 800UI**	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	FRANCISCO JAVIER SERNA ARENAS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 19/09/25

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: E317151676
FECHA: 10-09-2025 13:27
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1479772
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129151-NORSPAN 7 DCONT 10 UG/H (RG) PARCHE 10 MG CAJA X 4 UNDS
62,092 1 0 0 62,092

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 62,092
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 62,092
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 62,092 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9415-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA ZULUAGA ROCIO
CC 32441087
CL 48 # 88 - 51 CS FLORESTA STA LUCIA
TELEFONO: 3158462326
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Rocio Montoya de
OBS: CC 32441087
CUFE: 1b5368fb2883ff5a9a9616e59bff222ee2bc5e2b05dbccecaada1a20052674073cc10af034bbf34d8e5b35ec16a3270a

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocío Montoya del R. identificado con cédula número 32441087 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Montoya del R.

FECHA Septiembre 10/2025

81

No. de Orden 9415

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA	Documento	32441087
No. Camé	43516968 - A	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
NORSPAN 7/ 10MG(10MCG/H) DPP CJX4 PCH	BUPRENORFINA	PARCHE	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA SEMANA	30

APLICAR SEGUN INDICACIONES DE ESPECIALISTA

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Rocio Montoya
Documento: 32.441.087
Télefono: 604 774

Fecha de vencimiento: 20/09/25

0185

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9415

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ROCIO DE LOS A. MONTOYA ZULUAGA	Documento	32441087
No. Camé	43516968 - A	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamíes		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
NORSPAN 7/ 10MG(10MCG/H) DPP CJX4 PCH	BUPRENORFINA	PARCHE	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA SEMANA	30

APLICAR SEGUN INDICACIONES DE ESPECIALISTA

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

80

82

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: E317152
244
FECHA: 12-09-2025 16:04
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1480340
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669929-VYNDAMAX (TAFAMIDIS) CAPSUL
AS 61 MG CAJA X 30 UNDS

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 41,922,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 41,922,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO

IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9416-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA
CC 32460218
CL 38A # 80 - 53 BLOQUE 5 AP 61
8 JARDIN DE LOS LAURELES
TELEFONO: 4110865
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Wilmer Sanchez Cano 1064355424

CUFE: 0b3cc0386187e9c87d862d33ed57
8a58c3a6f804a4decfc9f06c11231d7734
726b6a0283cc4f21e2db7c6ead2cobfb67

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Wilmer San Pedro Castro identificado con cédula número 1064355424, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Wilmer San Pedro Castro

FECHA 12-09-25 18:12

83

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 32460218

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

Fecha **08 SEPTIEMBRE 2025**

TAFAMIDIS 61 MG CAP BLANDA	**VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS**	**30 CAP TREINTA**

FORMULA PARA UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente **o medicamento marcado USO INSTITUCIONAL si la presentación física así lo exige por proveedor en aras de garantizar el derecho a la salud))**

TRANSCRIPCIÓN CARDIOLOGÍA

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

9416

Wilmer Sanchez C-
18.435544

84

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: E317151404
FECHA: 09-09-2025 11:29
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1479500
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

138066-SYMBICORT RAPIHALER (RG) INHALADOR 160/4.5 MCG CAJA 120 DOSIS
110,016 2 0 0 220,032

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 220,032
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 220,032
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	220,032	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9430-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOAIZA CARDONA GLORIA LUCIA
CC 43093442
CR 76 # 19 - 26 AL FRENTE DE LA BIBLIOTECA BELEN TERCER PISO
TELEFONO: 3136015564
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Gloria Lucia Loaiza

OBS: 43093442

CUFE: c9068c6b728ba9a93b8319ae35cf182b1fa1ed6cf8c620a4f63beb916182ba1be1f85e398853908736ec822d6418a01f

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Lucia Loaiza C. identificado con cédula número 43093447, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Lucia Loaiza C.

FECHA Septiembre 9 2015

No. de Orden 9430

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA LUCIA LOAIZA CARDONA	Documento	43093442
No. Camé	70066126 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	Cra 76 No.19- 26 Apto.301 B.Belen S.Bernardo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
SYMBICORT RAPIHALER® 160/4.5 MCG/INHALACION	BUDESONIDA MICRONIZADA 160mcg	INHALADO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PUFF	INHALATORIA	N/A	90

1 PUFF SI HAY SINTOMAS RESPIRATORIOS

Nombre Funcionario:	LUIS FERNANDO GARCIA HOLGUIN

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Gloria Lucia L
Documento: 43093442
Télefono: 3136015564

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9430

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	GLORIA LUCIA LOAIZA CARDONA	Documento	43093442
No. Camé	70066126 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	Cra 76 No.19- 26 Apto.301 B.Belen S.Bernardo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
SYMBICORT RAPIHALER® 160/4.5 MCG/INHALACION	BUDESONIDA MICRONIZADA 160mcg	INHALADO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PUFF	INHALATORIA	N/A	90

1 PUFF SI HAY SINTOMAS RESPIRATORIOS

Nombre Funcionario:	LUIS FERNANDO GARCIA HOLGUIN

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 21/09/25

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: E317151
605
FECHA: 10-09-2025 06:56
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1479701
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

169139-DIOSMINA/HESPERIDINA.GENFAR
RG TABLETAS 450/50 MG CAJA X 30 UND
26,310 6 0 0 157,860

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 157,860
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 157,860
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 157,860 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9462-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARROYAVE BARRIENTOS MARIA AMPARO
CC 32469954
CL 8 SUR # 51 - 34 CS CEIBAS DEL
SUR CS 5134
TELEFONO: 3206602704
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: M° Amparo Arroyave
32469954

CUFE: e169091f022c1717d49aae3c4e6e
967401434f4702389c6f258dd3fed6d472
b0988eb8a6dc7d4e54519047c05a47237c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo M. Amparo Arroyave identificado con cédula número 32469984, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 10 - 9 - 2025

87

No. de Orden
9462

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS	Documento	32469954
No. Camé	8277001 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
VENADOL 450/50MG CJX30TAB	D I O S M I N A 450MGHESPERIDINA 50MG	TABLETAS	CIENTO OCH

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

2 TABELTAS DIARIAMENTE POR 3 MESE S Y SUSPENDER

M.ª Amparo Arroyave

Nombre Funcionario:	ROBERTO OSORNO QUINTERO

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: M.ª Amparo Arroyave
Documento: 32469954
Télefono: 3206802704

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9462

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS	Documento	32469954
No. Camé	8277001 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
VENADOL 450/50MG CJX30TAB	D I O S M I N A 450MGHESPERIDINA 50MG	TABLETAS	CIENTO OCH

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

2 TABELTAS DIARIAMENTE POR 3 MESE S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	ROBERTO OSORNO QUINTERO

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 21/09/25

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: E317151
891
FECHA: 11-09-2025 12:52
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1479987
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

102917-XALATAN (CF) (RG) GOTAS OFT
ALMICAS 0.05 MG/ML FRASCO 2.5 ML
20,671 1 0 0 20,671

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 20,671
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 20,671
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 20,671 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9538-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SERNA MARTINEZ CECILIA
CC 43025021
CL 49E # 83A - 196 AP 1818 BL 5
SOL NACIENTE
TELEFONO: 3004576131
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: FC 70' 096-701

CUFE: ac91d5630b951f47b859eabd1f7f
8da0372cbdcc26053afdfa84049b70b062
006bb9f585aa32b5753da6c8ae5f854323

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Esmo Hdez B. identificado con cédula número 70'094.201, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA Sept 11/2025

No. de Orden 9538

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ	Documento	43025021
No. Camé	70094201 - C	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
XALATAN 50MC/1ML GOT FCOX2.5ML	LATANOPROST 0.05MGML SoluciónGotas	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO ANTES DE ACOSTARSE POR SEIS MESES. ENTREGA 1/6.

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1020094.25
Télefono: 3217700760

Fecha de vencimiento: 26/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9538

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ	Documento	43025021
No. Camé	70094201 - C	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	Calazans calle 49E #83 A- 196. Urbanizacion Sol Naciente. Bloque 5 apto 1818		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
XALATAN 50MC/1ML GOT FCOX2.5ML	LATANOPROST 0.05MGML SoluciónGotas	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO ANTES DE ACOSTARSE POR SEIS MESES. ENTREGA 1/6.

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLE HERNANDEZ BETANCUR

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 26/09/25

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: E317152
224
FECHA: 12-09-2025 15:29
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1480320
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121109-NAPROXENO GENFAR TABLETAS 5
00 MG CAJA X 10 UNDS
3,700 1 0 0 3,700
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 5 0 0 181,680
093604-PASEDOL TABLETAS 50 MG CAJA
X 100 UNDS
26,738 0 20 0 5,348

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 190,728
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 190,728
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 190,728 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9567-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TANGARIFE FORERO ZULMA CLEMENCIA
CC 43555210
CL 45A # 79 - 61 AP 402 ED LOS M
ONJES
TELEFONO: 3044964434
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

ZULMA TANGARIFE FORERO
OBS: CC 43555210
3044964434
CUFE: 65702f8399b5d06fa426d0383896
79b6107a8ee91498e3eb824ba1e175225b

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

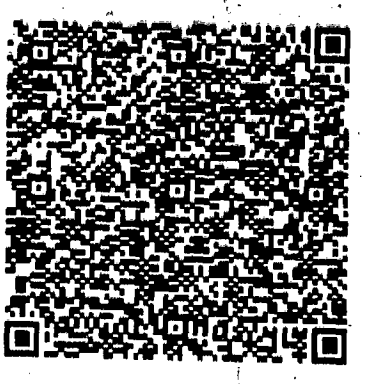
Certificación recibo a satisfacción

Yo ZULMA TANGARIFE A. identificado con cédula número 43555210, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA ZULMA TANGARIFE T

FECHA 12/09/2025



No. de Orden 9567

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ZULMA CLEMENCIA TANGARIFE FORERO	Documento	43555210
No. Carné	98582716 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CLL 45A 79-61 Apto402 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
NAPROXENO 500MG CJX10CAPS	NAPROXENO 500MG Tableta	CÁPSULA	DIEZ

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR CINCO DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML	ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +	SOBRE	SESENTA

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
PASEDOL 50MG CJX100TAB	DIMENHIDRINATO 50MG Tableta	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

ZULMA TANGARIFE F
43555210
3044964434

Nombre Funcionario:	EDWIN MARLON VERA PABON

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 26/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9567

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: ZULMA CLEMENCIA TANGARIFE FORERO | Documento: 43555210
No. Carné: 98582716 - C | Fecha autorización: 12/09/25
Dirección: CLL 45A 79-61 Apto402 B. La America
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
NAPROXENO 500MG CJX10CAPS	NAPROXENO 500MG Tableta	CÁPSULA	DIEZ

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR CINCO DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML	ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +	SOBRE	SESENTA

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
PASEDOL 50MG CJX100TAB	DIMENHIDRINATO 50MG Tableta	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Nombre Funcionario: EDWIN MARLON VERA PABON
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____
Fecha de vencimiento: 26/09/25
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: E317152
235
FECHA: 12-09-2025 15:49
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1480331
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 100
0 MCG AMPOLLA 1 CC
1,275 6 0 0 7,650
341943-YASMIN (RG) COMPRIMIDOS 3 M
G/0.03 MG CAJA X 21 UNDS
26,901 3 0 0 80,703
134053-FLUCONAZOL GENFAR CAPSULAS
200 MG CAJA X 4 UNDS
2,064 3 0 0 6,192
100280-ACIDO FOLICO ECAR INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 250 UNDS
43,000 0 30 0 5,160

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 99,705
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 99,705
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 99,705 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9571-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SIERRA VIANA MARIA CAMILA
CC 1017928972
CL 9 S # 79C - 151 URB MIRADOR D
E LA ARBOLEDA APT 1815
TELEFONO: 3012664461
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 42895546

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Eugenia Serna Viana identificado con cédula número 42895546, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 12 Sept. 2025



CUFE: 1620dd7d5219db6bf0d458bb911d
49f466d2e7d345fa03521163782939469
9634fdd0b3fa5ad241aaa064d2d78fb07

No. de Orden 9571

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CAMILA SIERRA VIANA	Documento	1017928972
No. Carné	42895546 - D	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 9 SUR NRO 79C -151 APTO 1815 BELEN RODEO ALTO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25	CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable	AMPOLLA	SEIS

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

EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA 15 DIA SPOR 3 MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
YASMIN 3MG/0.03MG CJX21COMP	DROSPIRENONA 3MGETINILESTRADIOL	CAJA	TRES

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

SEGUN INDICACIONES DE ESPECIALISTA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
FLUCONAZOL 200MG CJX5CAPS	FLUCONAZOL 200MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	N/A	10

1 CAPSULA ORAL CADA 72 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ACIDO FOLICO 5mg TAB CJX100TAB	FOLICO ACIDO	TABLETAS	TREINTA

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

1 DIARIA POR 1 MES

Nombre Funcionario:	LUZ EUGENIA SIERRA VIANA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42895546
Télefono: 3012664461

Fecha de vencimiento: 26/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9571

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA CAMILA SIERRA VIANA	Documento	1017928972
No. Carné	42895546 - D	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 9 SUR NRO 79C -151 APTO 1815 BELEN RODEO ALTO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25	CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable	AMPOLLA	SEIS

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

EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA 15 DIA SPOR 3 MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
YASMIN 3MG/0.03MG CJX21COMP	DROSPIRENONA 3MGETINILESTRADIOL	CAJA	TRES

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

SEGUN INDICACIONES DE ESPECIALISTA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
FLUCONAZOL 200MG CJX5CAPS	FLUCONAZOL 200MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	N/A	10

1 CAPSULA ORAL CADA 72 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ACIDO FOLICO 5mg TAB CJX100TAB	FOLICO ACIDO	TABLETAS	TREINTA

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

1 DIARIA POR 1 MES

Nombre Funcionario:	LUZ EUGENIA SIERRA VIANA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 26/09/25

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: E317152
226
FECHA: 12-09-2025 15:33
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1480322
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA L
OCION OFERTA 400 + 120ML
52,133 1 0 0 52,133
134145-DEXAMETASONA GF 2 ML AMPOLL
AS 8 MG CAJA X 10 UNDS
12,780 0 2 0 2,556

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 54,689
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 54,689
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 54,689 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9576-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VASQUEZ CANABAL JAIRO ENRIQUE DE JES
CC 1007739229
CR 74 # 53 - 118
TELEFONO: 3005045421
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: Jairo Vasquez
1007739229
CUFE: d16607371c2e11b098a7bc535e1c
411758df81ab59e42f98351ddd40bd4050
218d2e3f8400139d74e05503efb521df22

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jairo Luis [illegible] identificado con cédula número 1007709229, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 12-09-25



No. de Orden 9576

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JAIRO ENRIQUE DE JESUS VASQUEZ CANABAL	Documento	1007739229
No. Camé	33253065 - D	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	URB. VILLA ALEJANDRA CASA 138		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
1	ACID MANTLE N LOC FCOX400ML	ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción	FRASCO	UN

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

EN LA OCHE EN AREAS RESECAS

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 CADER AINYTRAMUSCULAR DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	YUDIS CANABAL MORENO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1007739229
Télefono: 3005045421

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9576

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: JAIRO ENRIQUE DE JESUS VASQUEZ CANABAL | Documento: 1007739229
No. Camé: 33253065 - D | Fecha autorización: 12/09/25
Dirección: URB. VILLA ALEJANDRA CASA 138
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
1	ACID MANTLE N LOC FCOX400ML	ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción	FRASCO	UN

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

EN LA OCHE EN AREAS RESECAS

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 CADER AINYTRAMUSCULAR DIARIAMENTE

Nombre Funcionario: YUDIS CANABAL MORENO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/09/25

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: E317152
230
FECHA: 12-09-2025 15:41
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1480326
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213375-ALBENDAZOL MK TABLETAS 200
MG CAJA X 2 UNDS
3,218 1 0 0 3,218
121144-TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1
G CAJA X 4 UNDS
4,359 1 0 0 4,359

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 7,577
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 7,577
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 7,577 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9594-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO CASTRILLON SARA
CC 1000411698
CL 33C # 88A - 169 TORERE 3 AP 7
11 LAURELES CAMPESTRE
TELEFONO: 3007829002
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

70073587

OBS: Jaime Restrepo

CUFE: 2deed5dade9a76827a553a7e4237
513792e852821ac5ad36516363fdf83aea
7a51b2a0a13fed5aea12f6820d59a43fe0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sara Restrepo Castellón identificado con cédula número 1000411698, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 12/09/2025

No. de Orden 9594

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SARA RESTREPO CASTRILLON	Documento	1000411698
No. Carné	43049729 - D	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 33C NRO 88A -169 TRR 3 APTO 711 ALMERIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ALBENDAZOL 200MG CJX2TAB	**ALBENDAZOL 200MG Tableta**	TABLETAS	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	DOSIS ÚNICA	1

juntas despues del almuerzo , dosis unica

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
TINIDAZOL 1G CJX4TAB	**TINIDAZOL 1G Tableta**	TABLETAS	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	N/A	2

GEN FAR

Nombre Funcionario:	ALMA BEATRIZ CASTRILLON MACIAS

Gloria Lopez

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Laura Restrepo
Documento: 70073587
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9594

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	SARA RESTREPO CASTRILLON	Documento	1000411698
No. Carné	43049729 - D	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 33C NRO 88A -169 TRR 3 APTO 711 ALMERIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ALBENDAZOL 200MG CJX2TAB	**ALBENDAZOL 200MG Tableta**	TABLETAS	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	DOSIS ÚNICA	1

juntas despues del almuerzo , dosis unica

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
TINIDAZOL 1G CJX4TAB	**TINIDAZOL 1G Tableta**	TABLETAS	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	N/A	2

GEN FAR

Nombre Funcionario:	ALMA BEATRIZ CASTRILLON MACIAS

Gloria Lopez

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/09/25

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: E317152
219
FECHA: 12-09-2025 15:13
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1480315
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

403010-ALPHAGAN (RG) GOTAS OFTALMI
CAS 0.2 % FRASCO 5 ML
23,280 1 0 0 23,280
292783-ZEBESTEN GOTAS OFTALMICAS 0
.09% FRASCO 5 ML
56,666 1 0 0 56,666

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 79,946
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 79,946
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 79,946 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9617-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ORTEGA TORRES DORA
CC 39267251
CL 42B # 84 - 22 CS -- 31132630
96
TELEFONO: 3103784304
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Doce Ortega t.
39267250

CUFE: 9704381272be7fd7ab438988d4d3
a32dd6ba9bb9212608952c670da5a2cf36
f397d63844d880c6833b709203d4a9defc

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dora Luz Ortega. identificado con cédula número 39267251., en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Dora Luz Ortega T.

FECHA 12/sep/2025

No. de Orden 9617

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DORA LUZ ORTEGA TORRES	Documento	39267251
No. Camé	15304097 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ALPHAGAN 0.2% SO FCOX5ML	**BRIMONIDINA Tartrato 2MGML SO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	30

UNA GOTA EN OD CADA 12 HORAS HASTA NUEVA ORDEN (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALIS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ZEBESTEN FCO X 5ML	**BROMFENAC 0,09%**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	30

UNA GOTA CADA 12 HORAS HASTA TERMINAR EL FRASCO

Nombre Funcionario:	HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: [signature]
Documento: 39267251
Télefono: 3103784316

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9617

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	DORA LUZ ORTEGA TORRES	Documento	39267251
No. Camé	15304097 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 42B NRO 84-22 SIMON BOLIVAR LA AMERICA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ALPHAGAN 0.2% SO FCOX5ML	**BRIMONIDINA Tartrato 2MGML SO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	30

UNA GOTA EN OD CADA 12 HORAS HASTA NUEVA ORDEN (RECOMENDACIÓN DEL ESPECIALIS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ZEBESTEN FCO X 5ML	**BROMFENAC 0,09%**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	30

UNA GOTA CADA 12 HORAS HASTA TERMINAR EL FRASCO

Nombre Funcionario:	HERNANDO ANTONIO PAREJA MESA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

99

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: E317153006
FECHA: 15-09-2025 13:08
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1481102
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129151-NORSPAN 7 DCONT 10 UG/H (RG) PARCHE 10 MG CAJA X 4 UNDS
62,092 1 0 0 62,092

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 62,092
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 62,092
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	62,092	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9618-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDENAS DE LONDOÑO DORA
CC 21379622
CR 84 # 32C - 99 AP 1107 ED LAURELES DEL CASTILLO
TELEFONO: 3206753884
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 Luz Mary Velez

OBS: 42792425
3042019230

CUFE: 0a525e842c9af62dcdeb9ddaa50afb263a4d50feb6a14c56e1a2a01dad7e6a8be2876c1bfe199d974aa384edce9bb216

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Mary Velez R. identificado con cédula número 42792425, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Mary Velez R.

FECHA 15-09-2025

100

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
DORA CARDENAS DE LONDOÑO
No. Carné 32529546-A

D.I. 21379622

Fecha **12 SEPTIEMBRE 2025**

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

CODIGO 9618

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

Luz Mary Velez R.
4279247 $. → 42792275 .
3042019230

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: E317153
028
FECHA: 15-09-2025 15:30
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1481124
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

155060-PANOTIL GOTAS CAJA 8 ML
22,305 1 0 0 22,305
213036-CELECOXIB MK(RG) CAPSULAS 2
00 MG CAJA X 10 UNDS
16,120 1 0 0 16,120
115800-VERUM INST. TABLETAS 16 MG
CAJA X 20 UNDS
9,040 3 0 0 27,120
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1!
8,504 1 0 0 8,504

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 74,049
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 74,049
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 74,049 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9634-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
YEPES DE MARTINEZ BLANCA ESNEDA
CC 42970216
CR 84B # 7 - 95 PARQUES DE LOS B
ERNAL. AP:206 TRR 3
TELEFONO: 3116044035
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 3116044035

Blanca E Yepes
OBS: 42970216 med

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Blanca E. Yepes identificado con cédula número 42970216 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Blanca E Yepes

FECHA Sep. 15. 2025



CUFE: 6b744d65b1a2f6a092ba61ad4a9a2
f3aef4bb2855479777866ad848f2547aba
6e5b1aef90ed82325895960f8258a2685ef

No. de Orden 9634

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BLANCA ESNEDA YEPES DE MARTINEZ	Documento	42970216
No. Carné	70036558 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CRA 84B NRO 795- INT 206 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 GOTA(S)	ÓTICA	CADA 8 HORAS	15

DOS GOTAS EN CADA OIDO 3 VECES AL DÍAS POR 15 DÍAS

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	10

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM CON ESTÓMAGO LLENO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
60			
VERUM 16MG CJX20TAB	**BETAHISTINA DICLORHIDRATO 16MG**	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			
FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO**	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

Nombre Funcionario:	ALFONSO MARTINEZ SOLANO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Blanca E Y
Documento: 42970216
Télefono: 3116044035

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9634

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	BLANCA ESNEDA YEPES DE MARTINEZ	Documento	42970216
No. Carné	70036558 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CRA 84B NRO 795- INT 206 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 GOTA(S)	ÓTICA	CADA 8 HORAS	15

DOS GOTAS EN CADA OIDO 3 VECES AL DÍAS POR 15 DÍAS

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	10

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM CON ESTÓMAGO LLENO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
60			
VERUM 16MG CJX20TAB	**BETAHISTINA DICLORHIDRATO 16MG**	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			
FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO**	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

Nombre Funcionario:	ALFONSO MARTINEZ SOLANO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Blanca E.
Documento: 42970216
Télefono: 3116044035

Fecha de vencimiento: 30/09/25

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: E317153072
FECHA: 15-09-2025 18:11
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1481168
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

169080-CARVEDILOL WINTHROP (RG) TABLETAS 6.25 MG CAJA X 30 UNDS
8,910 3 0 0 26,730

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 26,730
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 26,730
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 26,730 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9676-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDONO OLAYA NELCY
CC 43075746
CL 20 # 72 - 69 SAN BERNARDO-3005037820
TELEFONO: 3002260952
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Cesar Obando 71633898 3005037870

CUFE: cbca156bc220ada321d25b59289bf621a85b2f76180c4bdfe3d8043cdc748f45a9572be5647cd402c233021677168202

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA _____

FECHA 15/09/2025

No. de Orden 9676

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NELCY DEL SOCORRO LONDONO OLAYA	Documento	43075746
No. Carné	71633498 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CRA 72A NRO 22-15 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CARVEDILOL 6.25MG	**CARVEDILOL**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR MEDIA TABELTA EN LA MAÑANA Y MEDIA EN LA NOCHE POR 6 MESES , PRIMERA ENT

Nombre Funcionario:	CESAR AUGUSTO OCAMPO FLOREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71633498
Télefono: 3005037820

Fecha de vencimiento: 29/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9676

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	NELCY DEL SOCORRO LONDONO OLAYA	Documento	43075746
No. Carné	71633498 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CRA 72A NRO 22-15 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CARVEDILOL 6.25MG	**CARVEDILOL**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR MEDIA TABELTA EN LA MAÑANA Y MEDIA EN LA NOCHE POR 6 MESES , PRIMERA ENT

Nombre Funcionario:	CESAR AUGUSTO OCAMPO FLOREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Cesar O Campo
Documento: 71633498
Télefono: 3005037820

Fecha de vencimiento: 29/09/25

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: E317153
077
FECHA: 15-09-2025 18:22
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1481173
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255045-BETADUO J.PRELLENADA CAJA
1 X 2 ML
22,373 1 0 0 22,373

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 22,373
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 22,373
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 22,373 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9677-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ SANTA BEATRIZ ELENA
CC 43026935
CL 48C # 95 - 102 BARRIO LA PRAD
ERA-PISO DOS
TELEFONO: 3226269275
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 Beatriz Alvarez

OBS: cc 43026935
cl 3226269275

CUFE: 41a3007546fae615092e17ea5899
6859308abb0b6e65aef193592ad7e82659
097a48769f20b244a0a70d7a85d82a039a

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Beatriz E Alvarez Sierra identificado con cédula número 43026935, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 15-09-2025

No. de Orden 9677

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BEATRIZ ELENA ALVAREZ SANTA	Documento	43026935
No. Carné	15502651 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CLL 48C 25-102 Apto 201		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
BETADUO JERINGA PRELLE x 2 ML	**BETAMETASONA + BETAMETASONA (5+2)MG/ML**	AMPOLLA	UN	

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	DOSIS ÚNICA	1	

ENTREGAR BETATREINTA SI ESTA AGOTADO EL BETADUO.

Nombre Funcionario:	JOSE ELIAS ROJAS CASTILLO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Beatriz Alvarez
Documento: 43026935
Télefono: 3226269275

Fecha de vencimiento: 29/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9677

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	BEATRIZ ELENA ALVAREZ SANTA	Documento	43026935
No. Carné	15502651 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CLL 48C 25-102 Apto 201		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
BETADUO JERINGA PRELLE x 2 ML	**BETAMETASONA + BETAMETASONA (5+2)MG/ML**	AMPOLLA	UN	

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	DOSIS ÚNICA	1	

ENTREGAR BETATREINTA SI ESTA AGOTADO EL BETADUO.

Nombre Funcionario:	JOSE ELIAS ROJAS CASTILLO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Beatriz Alvarez
Documento: 43026935
Télefono: 3226269275

Fecha de vencimiento: 29/09/25

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: E317152
251
FECHA: 12-09-2025 16:23
VENDEDOR: KAREN DAYANA GONZALEZ PER
SECUENCIA: 1480347
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132007-ACETAMINOFEN GENFAR INST. T
ABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
8,600 0 20 0 1,720
121226-DIOSMECTITA POLVO PARA RECO
NSTITUIR 3 G SACHET X 10 UNDS
45,662 0 6 0 27,397
041076-BUSCAPINA INST. HIOSCIN+BU
TIL GRAGEAS 10 MG CAJA X 20 UNDS
28,380 0 10 0 14,190
018752-SOLHIDREX SOBRES UVA CAJA X
30 UNDS
35,130 0 3 0 3,513

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 46,820
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 46,820
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 46,820 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: urgencias
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LARA DE MORALES LENNY
CC 21336428
CL 34C # 88B - 55 AP 226 BL13 PL
AZA CAMPESTRE
TELEFONO: 5367519
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Guillermo Leon. Morales Vega
OBS: C.C. 2920342

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

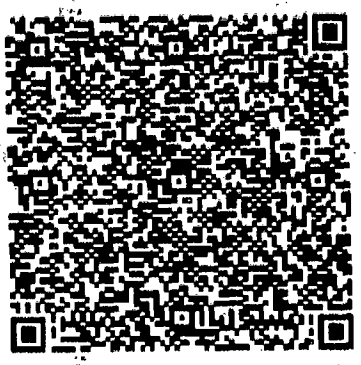
Certificación recibo a satisfacción

Yo Guillermo L. Morales Vega identificado con cédula número 7.920.347 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Septiembre 12/2023



EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Tipo y número de identificación:	CEDULA DE CIUDADANIA (CC) 21336428		
Paciente:	MARIA LENY LARA DE MORALES		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	28/04/1941	**Edad:**	84 Años

Identificador Único: 442337-9 **Fecha:** 2025/09/12

MEDICAMENTOS **DX:** K319 - ORIGINAL - **Prioridad**

1. Acetaminofen 500 mg Tableta **Cantidad total :** 18 / dieciocho, tableta(s) Normal

2 tableta(s), Oral, Cada 8 horas, por 3 Días, Puede requerir ajuste en falla renal según criterio médico, A PARTIR DE : 2025/09/12

2. Diosmectita 3 g Polvo para reconstituir Sobre x 3 g **Cantidad total :** 6 / seis, sobre Normal

1 sobre, Oral, Cada 12 horas, por 3 Días, A PARTIR DE : 2025/09/12

3. Hioscina butilbromuro 10 mg Gragea/Tableta **Cantidad total :** 9 / nueve, tableta(s) Normal

1 gragea, Oral, Cada 8 horas, por 3 Días, A PARTIR DE : 2025/09/12

COD: 9621

Firmado Por: **DANIEL PEREZ MARTINEZ**
MEDICO GENERAL - Registro: 1037669274, (CC)
CEDULA DE CIUDADANIA, 1037669274

C.C. 29203 42
Tel. 301 35 44 600

Firmado Electrónicamente

EL HOSPITAL CON ALMA
Pablo Tobón Uribe

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Tipo y número de identificación:	CEDULA DE CIUDADANIA (CC) 21336428		
Paciente:	MARIA LENY LARA DE MORALES		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	28/04/1941	**Edad:**	84 Años

Identificador Único: 442337-9 **Fecha:** 2025/09/12

MEDICAMENTOS **DX:** K319 - ORIGINAL - **Prioridad**

4. Sales rehidratación Oral Polvo para reconstituir Sobre **Cantidad total :** 3 / tres, sobre Normal

1 sobre, Oral, Cada 24 horas, por 3 Días, Para preparar la solución se disuelve el contenido de un sobre en 1 Litro de agua hervida y fría. Conservar la solución tapada y desecharla después de 24 horas de haber sido preparada.

Administrar de acuerdo a recomendación médica, A PARTIR DE : 2025/09/12

Firmado Por: **DANIEL PEREZ MARTINEZ**
MEDICO GENERAL - Registro: 1037669274, (CC)
CEDULA DE CIUDADANIA, 1037669274

C.C. 29203 42
Tel. 301 35 44 600

Firmado Electrónicamente

Calle 78 B No. 69 - 240 Call Center: (57)604 3604788 Conmutador: (57)604 4459000 NIT: 890901826 www.hptu.org.co AA: 3466 MEDELLIN-COL

109

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
Cl 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: E331272808
FECHA: 01-09-2025 13:41
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2713620
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

101225-FLU-SURE T GOTAS OFTALMICAS FRASCO 5 ML
18,900 1 0 0 18,900

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 18,900
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 18,900
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 18,900 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO- 8858
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CÁRDONA DE NARVAEZ MARIA CRISTINA
CC 32439844
CL 77 SUR # 46 - 180 ED.ALTOS DE VALPARAISO SABANETA APT.908 TORRE 2
TELEFONO: 3137043380
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: Cristina Cardona C.
32'439.844

CUFE: 99a199dcb890ef3aa1ab9b54a21e7ef5bf9c8cd7de3eb080dbb83e2a9cc7511662957aa5964adad22fa1971a53b23df0

Tel 3137043380

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

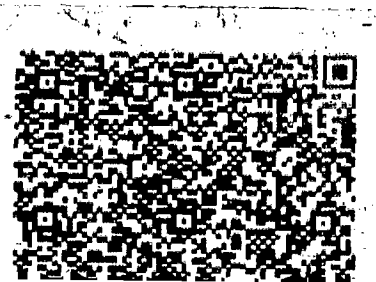
Certificación recibo a satisfacción

Yo Maria Cristina Cardona M identificado con cédula número 32'439.844, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Cristina Cardona M

FECHA Sept. 1/2025



No. de Orden 8858

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CRISTINA CARDONA DE NARVAEZ	Documento	32439844
No. Carné	17047959 - C	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CALLE 22 SUR NRO 40-63 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
FLU-SURE T (0.1+0.025)% SSO FCOX5ML	FLUOROMETOLONA + TETRAHIDROZOLINA	ESFERO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 FRASCO	NASAL	CADA 8 HORAS	15

3 VECES AL DIA EN OJO IZQUIERDO POR 15 DIA S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	GUILLERMO RAUL NARVAEZ BURBANO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32439844
Télefono: 3137643380

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8858

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: MARIA CRISTINA CARDONA DE NARVAEZ | Documento: 32439844
No. Carné: 17047959 - C | Fecha autorización: 26/08/25
Dirección: CALLE 22 SUR NRO 40-63 ENVIGADO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: FLU-SURE T (0.1+0.025)% SSO FCOX5ML | Molécula: FLUOROMETOLONA + TETRAHIDROZOLINA | Tipo: ESFERO | Total 1: UN

Dosis: 1 FRASCO | Vía Admon.: NASAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 15

3 VECES AL DIA EN OJO IZQUIERDO POR 15 DIA S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario: GUILLERMO RAUL NARVAEZ BURBANO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32439844
Télefono: 3137643380

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

111

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: E331276
133
FECHA: 09-09-2025 18:13
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2716945
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100279-ERITROPOYETINA H.DELTA INST
RG SOLUCION INYECTABLE 2000 UI CAJA
8,278 13 0 0 107,614

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 107,614
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 107,614
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 107,614 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8871-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GALVIS DE VASCO NOELIA DEL SOCORRO
CC 22129512
CR 48 # 47 - 7 BARRIO ASTURIAS
ITAGUI APT.402
TELEFONO: 5975071
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 Noelia Galvis
MEDI.GENERAL 22 129 512

OBS: 5975071

CUFE: 319adda6238c5f0162b0758a78eb
33e5fcaffabd9cdcb9680c769995c42f55
0ef1afc1dd4b095d5185c287483863f44



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Noelia Galvis identificado con cédula número 22129512, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA 909 25

FECHA Noelia Galvis

No. de Orden 8871

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	Documento	22129512
No. Carné	1045048309 - A	Fecha autorización	26/08/25
Dirección	CARRERA 48 No. 50-70		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 13
ERITROPOYETINA 2000UI CJX100JEP	ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE	AMPOLLA	TRECE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	SUBCUTANEA	CADA SEMANA	90

1 AMPOLLA SUBCUTANEA SEMANAL

Nombre Funcionario:	JOHN DAIRO VASCO GALVIS

Gloria L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Noelia Galvis
Documento: 22 129512
Télefono: 597 5071

Fecha de vencimiento: 07/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8871

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario: NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO | Documento: 22129512
No. Carné: 1045048309 - A | Fecha autorización: 26/08/25
Dirección: CARRERA 48 No. 50-70
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: ERITROPOYETINA 2000UI CJX100JEP | Molécula: ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE | Tipo: AMPOLLA | Total 13: TRECE

Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: SUBCUTANEA | Frecuencia: CADA SEMANA | Tiempo tratamiento: 90

1 AMPOLLA SUBCUTANEA SEMANAL

Nombre Funcionario: JOHN DAIRO VASCO GALVIS

Gloria L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Noelia Galvis
Documento: 22 129512
Télefono: 597 5071

Fecha de vencimiento: 07/09/25

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: E331273
296
FECHA: 02-09-2025 16:10
VENDEDOR: GIOVANNY ESTEBAN GUTIERRE
SECUENCIA: 2714108
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

177069-ROSUVINA E TABLETAS 10/40 M
G CAJA X 30 UNDS
183,362 2 0 0 366,724

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 366,724
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 366,724
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 366,724 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9095-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CIFUENTES LAVERDE LUZ MIRIAM
CC 42762086
CR 46 # 74 SUR - 80 ED. VALENTIN
A APT.301 SABANETA
TELEFONO: 3215489654
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

C.C 1013339122

OBS: Tel: 3049304412

CUFE: 2ac505195304fce2b3f8ba326591
2f1719a88874fdcc8f817074629473d3d4
370bd881acfbdd266a1e7d161dd95668c8

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Steven Alexander Restrepo Duenas identificado con cédula número 1013334122, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 09/09/2025

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
LUZ MIRIAM CIFUENTES LAVERDE
No. Carné 71583470-C

D.I. 42762086

Fecha **01 SEPTIEMBRE 2025**

EZETIMIBA+ROSUVASTATINA CALCICA (10+40) mg Tableta (ROSUVINA E 10/40MG CJX28TAB)	**VÍA ORAL: TOMAR CADA NOCHE OPR TRES MESES. ENTREGA 2/3. PENDIENTES UNA. SUSPENDER ATORVASTATINA**	**60 TAB**	**SESENTA**
FORMULA PARA DOS MESES (Si no hay disponibilidad de medicamentos comerciales, por favor entregar genéricos)	CORRECCIÓN DE FÓRMULA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

C.C 1013339122
Tel: 3044304112

9095

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: E331274414
FECHA: 05-09-2025 12:08
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2715226
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

225987-ZOPICLONA GENFAR INST. TABLETAS 7.5 MG CAJA X 10 UNDS
5,690 3 0 0 17,070
255191-EZOLIUM CAPSULAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
220,711 1 0 0 220,711
119600-GASPRID M INST. (MOSAPRIDA) TABLETAS 5 MG CAJA X 30 UNDS
19,500 3 0 0 58,500
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 10 ML CAJA X 12 UNDS
38,666 2 6 0 96,665
365098-DITOPAX E.X TABLETAS LIMON/NARANJA CAJA X 50 UNDS
38,771 0 30 0 23,263

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 416,209
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 416,209
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 416,209 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9242-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO MARIA NELLY
CC 32344944
CL 18 # 43G - 90 URB. BOSQUES DEL RIO APT.2205 TORRE 1
TELEFONO: 3054373045
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO
Nelly Restrepo
BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD 32344944
MEDI.GENERAL

Tel 3054373045

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Kelly Restrepo identificado con cédula número 32344944, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 05.09/2025

CUFE: fcca338e9d1e99c2e3ce92186334
8a411e1309cdde467f112decbd246430e0
023d5885fc6652a8762274569b188304 36

No. de Orden
9242

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA NELLY RESTREPO	Documento	32344944
No. Carné	14970611 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 72 SUR NRO 46-33 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
EZOLIUM 40mg CDR FCOX30CAP	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Cápsula de	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DITOPAX TAB MASTICABLES CJX10TAB	ALUMINIO HIDROXMAGN CARBON 282MGMAGNESIO	TABLETAS	TREINTA

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

MASTICAR UNA TABLETA CADA DÍA 10 MINUTOS LUEGO DEL ALMUERZO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
MOSAPRIDA CITRATO 5MG TR CJX30TAB	MOSAPRIDA CITRATO TR 5MG	TABLETAS	NOVENTA

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

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

Nombre Funcionario:	OSCAR MARINO RAMIREZ TAMAYO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32344944
Télefono: 3054373045

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9242

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario MARIA NELLY RESTREPO Documento 32344944
No. Camé 14970611 - C Fecha autorización 04/09/25
Dirección CALLE 72 SUR NRO 46-33 SABANETA
Regional ANTIOQUIA Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
ZOPICLONA 7.5MG CJX10TAB | ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
EZOLIUM 40mg CDR FCOX30CAP | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Cápsula de | CÁPSULA | TREINTA
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
DITOPAX TAB MASTICABLES CJX10TAB | ALUMINIO HIDROXMAGN CARBON 282MGMAGNESIO | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
MASTICAR UNA TABLETA CADA DÍA 10 MINUTOS LUEGO DEL ALMUERZO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
MOSAPRIDA CITRATO 5MG TR CJX30TAB | MOSAPRIDA CITRATO TR 5MG | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

Nombre Funcionario: OSCAR MARINO RAMIREZ TAMAYO
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento: 32344944
Télefono: 3054373045
Fecha de vencimiento: 18/09/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9242

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA NELLY RESTREPO	Documento	32344944
No. Carné	14970611 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 72 SUR NRO 46-33 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
GASTROFAST ADVANCE	**ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr**	SOBRE	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	OSCAR MARINO RAMIREZ TAMAYO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32344944
Télefono: 3059373045

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9242

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA NELLY RESTREPO	Documento	32344944
No. Carné	14970611 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 72 SUR NRO 46-33 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
GASTROFAST ADVANCE	**ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr**	SOBRE	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	OSCAR MARINO RAMIREZ TAMAYO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32344944
Télefono: 3059373045

Fecha de vencimiento: 18/09/25

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: E331274
409
FECHA: 05-09-2025 11:45
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2715221
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132003-LATANOX INST.(RG) CF SOLUCI
ON OFTALMICA 0.05 MG/ML FRASCO 5 ML
41,342 3 0 0 124,026

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 124,026
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO RAPPI
124,026
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 124,026 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9271-DOMICILIO
DATOS DEL CLIENTE:
PARRA BETANCUR ANA DE JESUS
CC 21721562
CR 49 # 70 - 77 BARRIO EL CARMEL
O ITAGUI
TELEFONO: 3102036737
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
CC 21394896
OBS: 313 255 7669
CUFE: 4e5eda28080e706eec5ce8a433ef
504dd7bb54172890fe16e39bb6e507627a
e4a97bafa33f43755b6918886ece45bf5c



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carmen Florez identificado con cédula número 71394896, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 9 04 2025

119

No. de Orden
9271

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ANA DE JESUS PARRA BETANCUR	Documento	21721562
No. Carné	71665514 - A	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 66 NRO 58-57 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 GOTA DIARIA EN AMBOS OJOS

13283

Nombre Funcionario:	FLOREZ PARRA EFREN

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71394896
Télefono: 3137552669

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9271

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ANA DE JESUS PARRA BETANCUR	Documento	21721562
No. Carné	71665514 - A	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 66 NRO 58-57 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 GOTA DIARIA EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	FLOREZ PARRA EFREN

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71394896
Télefono: 3137552669

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

119

120

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: E331274
088
FECHA: 04-09-2025 15:46
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2714900
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

093325-VITAMINA B-12 1CC AMPOLLAS
1000 MCG CAJA X 1 UND
1,275 12 0 0 15,300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 15,300
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 15,300
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	15,300	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9272-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GAVIRIA DE ZULETA ALBA LUCIA
CC 32508103
CL 78 S # 40 - 211 PARQUES DE SAN
REMO APT.1504 TORRE 1
TELEFONO: 3116236723
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: 2be24ad3a502aab1818e5b13b727
cc496778bc3de75a9183a5c542d5b537a4
423edf57b2e2701c7da70f666c8db6c77c



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Martin Zuleta G identificado con cédula número 7004551, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 04-09-2025

No. de Orden 9272

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ALBA LUCIA GAVIRIA DE ZULETA	Documento	32508103
No. Carné	70045511 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 75B NRO 84-47 ROBLEDO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	N/A	60

APLICAR INTRAMUSCULAR GLUTEA DIARIAMENTE 1 SEMANA , LUEGO CADA SEMANA POR

Nombre Funcionario:	JUAN MARTIN ZULETA GARZON

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70045511
Télefono: 3116236723

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9272

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ALBA LUCIA GAVIRIA DE ZULETA	Documento	32508103
No. Carné	70045511 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 75B NRO 84-47 ROBLEDO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	N/A	60

APLICAR INTRAMUSCULAR GLUTEA DIARIAMENTE 1 SEMANA , LUEGO CADA SEMANA POR

Nombre Funcionario:	JUAN MARTIN ZULETA GARZON

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70045511
Télefono: 3116236723

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

122

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: E331274
079
FECHA: 04-09-2025 15:23
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2714891
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
92,241 0 30 0 27,672
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 0 30 0 46,530
039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 131,607
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 131,607
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 85,077 0
EXENTAS: 46,530 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9290-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANTAMARIA PARRA ELIZABETH
CC 42800537
CR 63 # 38 S - 61 CIUDADELA PRADO
ET: 4 INT 515 T 3
TELEFONO: 3206188698
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

Elisabeth Santamaria Parra
OBS: 42800537
3206188698

CUFE: acb8e09f22a1cd19e06b8db4ba65
0cc181b06fb5e3269f8f63f2a3e81f7f54
bae8f3f886409447cc490321ece14cb927

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Elisabeth Santamaría identificado con cédula número 42800535, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Elisabeth

FECHA 5/9/25

No. de Orden 9290

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ELIZABETH SANTAMARIA PARRA	Documento	42800537
No. Carné	98624773 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	Cra 63 No. 38Sur - 61 Apto 515 S Ant. de Prado		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	VEINTICUATR

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

TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM) POR OCHO DÍAS JUNTO CON EL DOLEX FORTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	VEINTICUATR

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

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

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	30

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN LAS ZONAS DOLOROSAS DEL HOMBRO

Nombre Funcionario:	CARLOS ALBERTO MONTOYA BETANCUR

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42800537
Télefono: 3206188698

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9290

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	ELIZABETH SANTAMARIA PARRA	Documento	42800537
No. Carné	98624773 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	Cra 63 No. 38Sur - 61 Apto 515 S Ant. de Prado		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	VEINTICUATR

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

TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM) POR OCHO DÍAS JUNTO CON EL DOLEX FORTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG CJX8TAB	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	VEINTICUATR

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

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

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	30

APLICAR TRES VECES AL DÍA EN LAS ZONAS DOLOROSAS DEL HOMBRO

Nombre Funcionario:	CARLOS ALBERTO MONTOYA BETANCUR

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42800537
Télefono: 3206188698

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

123

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: E331275
236
FECHA: 07-09-2025 14:44
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2716048
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115600-ACIDO FOLICO ECAR INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 100 UNDS
15,600 0 40 0 6,240
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 1 0 0 69,780
364152-METOJECT (RG) INST. SOLUCIO
N INYECTABLE 10 MG/0.20 ML AMPOLLA X
44,914 5 0 0 224,570
055112-INFLACOR RETARD AMPOLLA CAJ
A 1 ML
13,382 1 0 0 13,382

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 313,972
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 313,972
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 313,972 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9296-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARIN DE ARISTIZABAL ROSA ANGELICA
CC 32457359
CL 81 # 50A - 38 BARRIO STA MARI
A ITAGUI CS P1
TELEFONO: 3163311902
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 X
MEDI.GENERAL C.C 32457359
Tel 2770712
OBS:

CUFE: 7bab3e2e8f58cb76a1fa71ed4f80

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Angelica Marin identificado con cédula número 52497359, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 04-09-2025

f6db46d971e427cb4aa65baa6ac8a81f15

No. de Orden 9296

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSA ANGELICA MARIN DE ARISTIZABAL	Documento	32457359
No. Carné	3606111 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 81 NRO 50A -38 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
INFLACOR RETARD 3+3mg/ml SSY CJX1AMP	**BETAMETASONA Fosfato Disodio + BETAMETASONA**	AMPOLLA	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	DOSIS ÚNICA	1

aplicar intraglutea dosis unica

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ACIDO FOLICO 5MG CJX20TAB	**FOLICO ACIDO 5MG Tableta**	TABLETAS	CUARENTA

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

1 DIARIAMEMTE SUSPENDER LA DE 1 MGR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP	**VITAMINA D3 5000UI**	ESFERO	TREINTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
METOJECT 10MG/0.2ML SY CJX1JEP	**METOTREXATO DISODICO 50MGML SY**	AMPOLLA	CINCO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	SUBCUTANEA	CADA SEMANA	40

APLICAR CADA SENMANA . SUSPENDER LA DE 15 MGR

Nombre Funcionario:	FRANCISCO J ARISTIZABAL OROZCO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32457359
Télefono: 2770712

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9296

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: ROSA ANGELICA MARIN DE ARISTIZABAL | Documento: 32457359
No. Camé: 3606111 - C | Fecha autorización: 04/09/25
Dirección: CALLE 81 NRO 50A -38 ITAGUI
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
INFLACOR RETARD 3+3mg/ml SSY CJX1AMP | BETAMETASONA Fosfato Disodio + BETAMETASONA | AMPOLLA | UN
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: DOSIS ÚNICA | Tiempo tratamiento: 1
aplicar intraglutea dosis unica

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 40
ACIDO FOLICO 5MG CJX20TAB | FOLICO ACIDO 5MG Tableta | TABLETAS | CUARENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
1 DIARIAMEMTE SUSPENDER LA DE 1 MGR

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | ESFERO | TREINTA
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
1 DIARIAMENTE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 5
METOJECT 10MG/0.2ML SY CJX1JEP | METOTREXATO DISODICO 50MGML SY | AMPOLLA | CINCO
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: SUBCUTANEA | Frecuencia: CADA SEMANA | Tiempo tratamiento: 40
APLICAR CADA SENMANA . SUSPENDER LA DE 15 MGR

Nombre Funcionario: FRANCISCO J ARISTIZABAL OROZCO
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 32457359
Télefono: 2770712
Fecha de vencimiento: 19/09/25
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: E331276069
FECHA: 09-09-2025 15:37
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2716881
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683116-FEXOFENADINA LA SANTÉ INST. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,000 9 0 0 72,000
102004-ACERUMEN SPRAY CAJA 40 ML
67,226 1 0 0 67,226
115143-RINAID(FUR.MOMETASONA) INST. SPRAY NASAL 0.05 % FRASCO 18 G
187,486 3 0 0 562,458

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 701,684
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 701,684
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 701,684 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9368-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
NOGUERA ALVARAN JONATHAN
CC 1020113356
CL 71 S # 65D - 30 APARTAMENTOS V ENTO TORRE 7 APT.9960
TELEFONO: 3128805980
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 Andrea Alvaran
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL 43.262.622
3128805980
OBS:

CUFE: 44f870496db52b0b1fa0167adcea9ae224bfcca1685b66ff0916a00fb6e5c379c3fbb95cc0df502fa69b2abf2f4a1063

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Andrea Alvaran L. identificado con cédula número 43.762.622, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Andrea Alvaran L

FECHA 09-09-25



125

No. de Orden
9368

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JONATHAN NOGUERA ALVARAN	Documento	1020113356
No. Carné	71699238 - D	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CALLE 84 NRO 74-33 LOPEZ DE MESA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
ACERUMEN HYGIENE AURICULAIR FCOX40ML	**NO APLICA**	FRASCO	UN

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

ALPICAR 3 SPRAYS EN CADA OIDO POR 10 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
FUROATO D MOMETASONA 0.05% SPRAY FCX140A	**MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión**	FRASCO	TRES

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

ENTREGAR DE MK. HACER 2 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	LUIS CORNELIO NOGUERA ESPANA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Andrea A. L
Documento: 43.262.622
Télefono: 3128805980

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9368

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario JONATHAN NOGUERA ALVARAN | Documento 1020113356
No. Carné 71699238 - D | Fecha autorización 05/09/25
Dirección CALLE 84 NRO 74-33 LOPEZ DE MESA
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos: FEXOFENADINA 120MG CJX10TAB | Molécula: FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG | Tipo: TABLETAS | Total 90: NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos: ACERUMEN HYGIENE AURICULAIR FCOX40ML | Molécula: NO APLICA | Tipo: FRASCO | Total 1: UN
Dosis: 3 APLICAR | Vía Admon.: ÓTICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 10 | Aprobado
ALPICAR 3 SPRAYS EN CADA OIDO POR 10 DIAS

Medicamentos: FUROATO D MOMETASONA 0.05% SPRAY FCX140A | Molécula: MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión | Tipo: FRASCO | Total 3: TRES
Dosis: 2 PUFF | Vía Admon.: NASAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
ENTREGAR DE MK. HACER 2 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA NOCHE

Nombre Funcionario: LUIS CORNELIO NOGUERA ESPANA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: Andrea A. L
Documento: 43.262.622
Télefono: 3128805980
Fecha de vencimiento: 20/09/25
GTH-F-005 V.01

126

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: E331275
919
FECHA: 09-09-2025 07:29
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2716731
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1!
8,504 3 0 0 25,512
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.
5 MCG CAJA 120 DOSIS
29,469 1 0 0 29,469
404087-OFTAPREDNOL GOTAS OFTALMICA
S 0.2 % CAJA 5 ML
30,768 1 0 0 30,768

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 85,749
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 85,749
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 85,749 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9388-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESTRADA DE TEJADA LUZ ESTELLA
CC 21368252
CR 62B # 24 - 35 BARRIO BARILOCH
E ITAGUI
TELEFONO: 3014032864
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: Bibiana Tejada C

CUFE: 8962b5ebf2a80084734218fad5a1
76bdec5d68cc0e79966c70bf9ed945265a
42e14fffa34d01ba6103d0643ed50e4138

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gilberto M. Tejada C. identificado con cédula número 530843V, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 09-09-2025

No. de Orden 9388

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ ESTELLA ESTRADA DE TEJADA	Documento	21368252
No. Carné	70559860 - A	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado		
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 EN AMBOS OJOS POR 3 MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS	**FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión**	FRASCO	UN

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

EN LA NOCHE EN AMBAS FOSAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
LOTEPRED 0.2% SSG FCOX5ML	**LOTEPREDNOL ETABONATO 0.2%**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	30

2 VECES AL DIA POR 1 MES Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 530893
Télefono: 3002953218

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9388

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: LUZ ESTELLA ESTRADA DE TEJADA | Documento: 21368252
No. Camé: 70559860 - A | Fecha autorización: 08/09/25
Dirección: Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
FREEGEN 0.5% SO FCOX15ML | CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 0.5% SO | FRASCO | TRES
Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS POR 3 MESES

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS | FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión | FRASCO | UN
Dosis: 1 PUFF | Vía Admon.: NASAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
EN LA NOCHE EN AMBAS FOSAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
LOTEPRED 0.2% SSG FCOX5ML | LOTEPREDNOL ETABONATO 0.2% | FRASCO | UN
Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
2 VECES AL DIA POR 1 MES Y SUSPENDER

Nombre Funcionario: SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 530893
Télefono: 3002953218
Fecha de vencimiento: 21/09/25
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: E331275
945
FECHA: 09-09-2025 09:01
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2716757
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,810 3 0 0 26,430

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 26,430
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 26,430
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 26,430 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9395-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GUTIERREZ SIERRA MARTHA CECILIA
CC 43033254
CL 62 # 55A - 32 BARRIO LA ALDEA
ITAGUI
TELEFONO: 5977570
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: e81d486e491fa1b508045b0a9f1e
799e11d563f7ff16f2426565bf73b61ce1
c24ec817be1a51ba54f271707180c74d73

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Martha Cecilia Gutiérrez S. identificado con cédula número 43032258, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 09-9-2025

No. de Orden
9395

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTHA CECILIA GUTIERREZ SIERRA	Documento	43033254
No. Carné	70085917 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	AV 46A NRO 67-8 APTO 202 NIQUIA		
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

MK 1 AL DIA

Nombre Funcionario:	LUIS CARLOS PEREZ MOLINA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43033254
Télefono: 3117659082

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9395

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARTHA CECILIA GUTIERREZ SIERRA	Documento	43033254
No. Carné	70085917 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	AV 46A NRO 67-8 APTO 202 NIQUIA		
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

MK 1 AL DIA

Nombre Funcionario:	LUIS CARLOS PEREZ MOLINA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43033254
Télefono: 3117659082

Fecha de vencimiento: 23/09/25

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: E331275
997
FECHA: 09-09-2025 11:56
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2716809
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

102029-MYRBETRIC (RG) TABLETAS 50
MG CAJA X 30 UNDS
143,460 3 0 0 430,380

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 430,380
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 430,380
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 430,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9424-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAMPIÑO CAMPUZANO CARMEN TERESA
CC 32327137
CL 53 S # 62A - 58 BARRIO LIMONAR
2 SAN ANT. DE PRADO
TELEFONO: 3227224729
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: Daly Mauricio · 60337881

CUFE: 84e3553b59abd05cd8454de284d7
2db9ba20da646b547ad5d94633ae477ea7
b7cd5cecd123f376944e1087b6f7238455

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Saby Mario Marín C. identificado con cédula número 60137 881, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Saby Marín C.

FECHA Sep 9 de 2025

No. de Orden
9424

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CARMEN TERESA CAMPIÑO CAMPUZANO	Documento	32327137
No. Carné	31868020 - B	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	Calle 3N 3E-63		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB	**MIRABEGRON**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE POR 6 MESES, PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	EDDY DEL PILAR MARIN CAMPINO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Soby Marín C.
Documento: 60 337 881
Télefono: 321 617 8389

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9424

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	CARMEN TERESA CAMPIÑO CAMPUZANO	Documento	32327137
No. Carné	31868020 - B	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	Calle 3N 3E-63		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
MYRBETRIC 50 MG TLP CJX30 TAB	**MIRABEGRON**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE POR 6 MESES, PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	EDDY DEL PILAR MARIN CAMPINO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Soby Marín Marín
Documento: 60 337 881
Télefono: 321 617 8389

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

133

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: E331276
156
FECHA: 09-09-2025 19:35
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2716968
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132055-PREDNISOLONA GENFAR INST. T
ABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
10,800 0 30 0 1,080
213023-ASA MK TABLETAS 100 MG CAJA
X 100 UNDS
29,476 0 30 0 8,843
600148-DIMARD INST. HIDROXICLOROQU
INA TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS
11,160 1 10 0 16,740
927003-OROCAL D (CARBON.CALCIO) IN
ST. TABLETAS CAJA X 300 UNDS
79,000 0 30 0 7,900

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 34,563
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 34,563
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 34,563 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9439-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA LOPEZ MARIA DIOSELINA
CC 22201824
CR 50 # 137A S - 55 URB CAMINO RE
AL TORRE3 APT.711 CALDAS ANT.
TELEFONO: 3017912454
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 María Dioselina M.

OBS:

CUFE: 390a14932633b5f2f43db5ef164d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

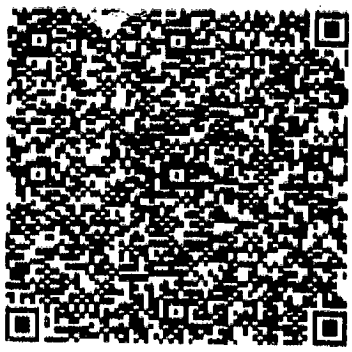
Certificación recibo a satisfacción

Yo Maria Dioselina Montoya identificado con cédula número 22201824, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Maria Dioselina Montoya

FECHA 10 Sep /2025



No. de Orden 9439

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA DIOSELINA MONTOYA LOPEZ	Documento	22201824
No. Carné	70660811 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	Cra 50 No. 137A Sur 55 T3 Apto 711 B.Crito Rey		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB	**PREDNISOLONA 5MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. POR TRES MESES. ENTREGA 1/3. PENDIENTES DO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ACIDO ACETIL SALICI 100MG CJX100TAB	**ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

ENTREGAR DE MK CON CUBIERTA ENTÉRICA. TOMAR CADA 24 HORAS. POR TRES MESES. EN

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. POR TRES MESES. ENTREGA 1/3. PENDIENTES DO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
OROCAL D 1500MG+VITD3 200UI CJX30TAB	**CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 200UI**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. ENTREGA 1/3. PENDIENTES DOS. (Si no hay disponi

Nombre Funcionario:	BERMUDEZ CARDONA HORACIO DE JESUS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Maria Dioselina M
Documento: 22201824
Télefono: 3017912454

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9439

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: MARIA DIOSELINA MONTOYA LOPEZ | Documento: 22201824
No. Carné: 70660811 - C | Fecha autorización: 09/09/25
Dirección: Cra 50 No. 137A Sur 55 T3 Apto 711 B.Crito Rey
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
PREDNISOLONA 5MG CJX30TAB | PREDNISOLONA 5MG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. POR TRES MESES. ENTREGA 1/3. PENDIENTES DO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
ACIDO ACETIL SALICI 100MG CJX100TAB | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
ENTREGAR DE MK CON CUBIERTA ENTÉRICA. TOMAR CADA 24 HORAS. POR TRES MESES. EN

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
DIMARD 200MG CJX20TAB | HIDROXICLOROQUINA SULFATO 200MG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. POR TRES MESES. ENTREGA 1/3. PENDIENTES DO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
OROCAL D 1500MG+VITD3 200UI CJX30TAB | CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 200UI | TABLETAS | TREINTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. ENTREGA 1/3. PENDIENTES DOS. (Si no hay disponi

Nombre Funcionario: BERMUDEZ CARDONA HORACIO DE JESUS
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: Maria Dioselina M
Documento: 22201824
Télefono: 3017912454
Fecha de vencimiento: 23/09/25
GTH-F-005 V.01

135

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: E331277
580
FECHA: 13-09-2025 15:59
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2718392
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132059-ESPIRONOLACTONA GENFAR INST
. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
35,700 0 30 0 3,570
600582-DIOVAN HCT INST. 160/12.5 M
G COMPRIMIDOS X 28 UNDS
56,336 1 0 0 56,336

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 59,906
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 59,906
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 59,906 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9583-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESTRADA DE TEJADA LUZ ESTELLA
CC 21368252
CR 62B # 24 - 35 BARRIO BARILOCH
E ITAGUI
TELEFONO: 3014032864
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

Gilberto M Tejada.
OBS: 530843
3002955218
CUFE: cf042fa04c95b831d0f102f5696a
2770796ab7e553fe68cefcfa250a8a98e6
17a0bec73dc6152d2189a1909e9e4d60a6



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gilberto Alejandro C. identificado con cédula número 530843, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 13-09-2025

No. de Orden
9583

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ ESTELLA ESTRADA DE TEJADA	Documento	21368252
No. Carné	70559860 - A	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
DIOVAN HCT (160+12.5)mg CJX28TR	VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (160+12.5)mg Tableta	TABLETAS	VEINTIOCHO

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

1 EN LA MAÑANA , SUSPENDER DIOVAN D E 80 MGR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
ESPIRONOLACTONA 25MG CJX20TAB	ESPIRONOLACTONA 25MG Tableta	TABLETAS	CUARENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario: SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 530845
Télefono: 3002953218

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9583

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ ESTELLA ESTRADA DE TEJADA	Documento	21368252
No. Carné	70559860 - A	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
DIOVAN HCT (160+12.5)mg CJX28TR	VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA (160+12.5)mg Tableta	TABLETAS	VEINTIOCHO

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

1 EN LA MAÑANA , SUSPENDER DIOVAN D E 80 MGR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
ESPIRONOLACTONA 25MG CJX20TAB	ESPIRONOLACTONA 25MG Tableta	TABLETAS	CUARENTA

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

1 EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario: SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 530845
Télefono: 3002953218

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

137

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: E238373
69
FECHA: 06-09-2025 16:37
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 354602
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
116800-SYSTANE BALANCE INST. GOTAS
OFTALMICAS CAJA 10 ML
49,559 3 0 0 148,677
115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS
50 MG CAJA X 150 UNDS
33,600 0 90 0 20,160
683309-REPATHA (EVOLOCUMAB) (CF) (
RG) PLUMA PRELLENADA 140 MG CAJA X 2 UNDS

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 4,900,410
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 4,900,410
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 4,900,410 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9337-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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Brenda Arango identificado con cédula número 70512651, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Sep 6/25

OBS:

CUFE: b37b154505160bcfceacc3bbc658aa1ab72353965 97e745 9bceca588b4816 9f62e82b37616958 3f5ce683 6a9d616e0d

No. de Orden 9337

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CLAUDIA MARIA ZAPATA CARDONA	Documento	43085644
No. Camé	70514651 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
SYSTANE BALANCE 0.6% FCOX10ML	**PROPILENGLICOL 6MGML** SoluciónGotas	FRASCO	TRES (3)

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

3 VBEC E SLA DIA EN AMNBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
LOSARTAN 50MG X 30TAB	**LOSARTAN POTASICO 50MG** Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA (90)

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

MK 1 DIARIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
REPATHA 140mg/ml SHI CJX2 PEN	**EVOLOCUMAB**	CAJA	TRES (3)

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 APLICAR	SUBCUTANEA	CADA MES	90

APLICAR 1 JERINGA PRELLENADA CADA 15 DIAS SUBCUTANEA

Nombre Funcionario:	JESUS BERNARDO ARANGO HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70514651
Télefono: 3104459644

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9337

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: CLAUDIA MARIA ZAPATA CARDONA | Documento: 43085644
No. Camé: 70514651 - C | Fecha autorización: 05/09/25
Dirección: CRA 20 NRO 4- 68 LA CEJA-BARRIO EL TAMBO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
FARMA D3 2000UI FCOX60CAP | VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda | CÁPSULA | NOVENTA
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 DIARIAMENTE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
SYSTANE BALANCE 0.6% FCOX10ML | PROPILENGLICOL 6MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES
Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
3 VBEC E SLA DIA EN AMNBOS OJOS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
MK 1 DIARIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
REPATHA 140mg/ml SHI CJX2 PEN | EVOLOCUMAB | CAJA | TRES
Dosis: 2 APLICAR | Vía Admon.: SUBCUTANEA | Frecuencia: CADA MES | Tiempo tratamiento: 90
APLICAR 1 JERINGA PRELLENADA CADA 15 DIAS SUBCUTANEA

Nombre Funcionario: JESUS BERNARDO ARANGO HENAO
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por:
Firma:
Documento: 70514651
Télefono: 3104459644
Fecha de vencimiento: 20/09/25
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: E238376
86
FECHA: 11-09-2025 13:27
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 354919
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
113,850 3 0 0 341,550

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 341,550
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 341,550
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 341,550 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9528 DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BEJARANO RESTREPO MARIA CLARA
CC 1001446178
CR 76A # 53 - 215 PLAZA COLORES
BQ 2 AP 411
TELEFONO: 3215084198
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: 0f917ae1cd9be944deb629750d60
650030141516 81b8205f6d9fcd5e86a485
1d4a6065889bcb837eb32e2dd701c09263

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Trinidad P. Restrepo M. identificado con cédula número 43516968 Med, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 11/09/2025

X 3104413445

X 43516968

X Trinidad Restrepo

No. de Orden
9528

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CLARA BEJARANO RESTREPO	Documento	1001446178
No. Carné	43516968 - E	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	CRA 30 NRO 29-72 CARMEN DE VIBORAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 3 MESES

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43516968
Télefono: 3104413745

Fecha de vencimiento: 24/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9528

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CLARA BEJARANO RESTREPO	Documento	1001446178
No. Carné	43516968 - E	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	CRA 30 NRO 29-72 CARMEN DE VIBORAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 3 MESES

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43516968
Télefono: 3104413745

Fecha de vencimiento: 24/09/25

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: E238377
08
FECHA: 11-09-2025 16:06
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 354941
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 100
0 MCG AMPOLLA 1 CC
1,275 13 0 0 16,575
117200-ZUDENINA INST. GEL 0.1% CAJ
A 30 G
30,422 3 0 0 91,266
669119-ACIDO RETINOICO INST. CREMA
0.05 % POTE 30 G
21,441 2 0 0 42,882
286041-ACIDO RETINOICO CREMA 0.05
% POTE 30 G
29,774 1 0 0 29,774

---------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 180,497
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 180,497
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 180,497 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9529-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BEJARANO RESTREPO JUAN JOSE ALEJANDRO
CC 1036252256
CL 26A # 29 - 20 BARRIO TAHAMIES
1 PISO
TELEFONO: 3104413745
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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Trinidad Patricia Rpo identificado con cédula número 43516968 Med, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 11/09/2025

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 7b5563e0e143d404eac0c4b8a22d
1835bbd3a3fc0cf4873b4676961db004
20a87c1bfaf193d3a72a06471a8b1eab76

Trinidad Restrepo

43516968 Med.

3104713445

No. de Orden 9529

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN JOSE ALEJANDRO BEJARANO RESTREPO	Documento	1036252256
No. Carné	43516968 - F	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamies		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR INTRAGLUTEA DIARIAMENTE 1 SEMANA , LUEGO CADA SEMANA POR 1 MES Y CON

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ZUDENINA PLUS 0.1/1% GEL TUBOX30G	**CLINDAMICINA FOSFATO 10MGGADAPALENO 1MGG Gel**	TUBO	TRES

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

EN LA NOCHE EN LESIONE S DE CARA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ACIDO RETINOICO 0.05% CRE POTX30G	**RETINOICO ACIDO**	TARRO	TRES

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

EN LA NOCHE EN BRAZOS POR 6 MESES PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96	Recibido Por: Firma: Documento: 43516968 Télefono: 3104413745

Fecha de vencimiento: 24/09/25 GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9529

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN JOSE ALEJANDRO BEJARANO RESTREPO	Documento	1036252256
No. Carné	43516968 - F	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	calle 27 No.29-47 Piso 3 Barrio Tahamies		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR INTRAGLUTEA DIARIAMENTE 1 SEMANA , LUEGO CADA SEMANA POR 1 MES Y CON

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ZUDENINA PLUS 0.1/1% GEL TUBOX30G	**CLINDAMICINA FOSFATO 10MGGADAPALENO 1MGG Gel**	TUBO	TRES

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

EN LA NOCHE EN LESIONE S DE CARA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ACIDO RETINOICO 0.05% CRE POTX30G	**RETINOICO ACIDO**	TARRO	TRES

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

EN LA NOCHE EN BRAZOS POR 6 MESES PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	TRINIDAD PATR RESTREPO MONTOYA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96	Recibido Por: Firma: Documento: 43516968 Télefono: 3104413745

Fecha de vencimiento: 24/09/25 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: E249309
11
FECHA: 01-09-2025 11:14
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320240
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
275008-ALERTADINA A TABLETAS 2MG/3
50MG CAJA X 20 UNDS
35,800 1 0 0 35,800
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
62,967 3 0 0 188,901
100217-VISANNE INST. (RG) COMPRIMI
DOS 2 MG CAJA X 28 UNDS
130,116 3 0 0 390,348
669316-IMIPRAMINA HUMAX INST. TABL
ETAS 25 MG CAJA X 100 UNDS
10,300 0 90 0 9,270
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 658,939
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 658,939
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 658,639 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8961
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VILLEGAS SALAZAR SARA
CC 1025883079
CR 63 # 49 - 4 ROSA DE LOS VIENT
OS CASA 40--PEDREGAL COPACABANA
TELEFONO: 6007106
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

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: E249312
73
FECHA: 08-09-2025 11:33
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320602
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255323-ISOFACE CAPSULAS 20 MG CAJA
X 30 UNDS
57,510 2 0 0 115,020
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 115,320
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 115,320
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 115,020 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 8961
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VILLEGAS SALAZAR SARA
CC 1025883079
CR 63 # 49 - 4 ROSA DE LOS VIENT
OS CASA 40--PEDREGAL COPACABANA
TELEFONO: 6007106
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

Sara Villegas Salazar.
OBS: CC. 1025883079

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

Sara Villegas Salazar.
OBS: CC. 1025883079.
3052611695
CUFE: 3a671513510c979e4c3a02e57e92
b199336143ea39691efe0cca35ead7de14
de15205c0ecb8e2eecc381d838f2e6c30c

3052611695
CUFE: 124f0f7107288011533baf9e2fc5
1ce13b9176865595efa719a2717c167ef1
b8eb9acb1faf61928f610d03b9f97fc692

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sara Villegas Salazar identificado con cédula número 1025883074, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 01/09/2025

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 01.9.25 CÉDULA:

USUARIO: Sara Villegas # ORDEN: 9981

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Sofece 20mg	60	
Sara Villegas Salazar		
1025883074		
3052611695		

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Natalia	Suramericana	

No. de Orden 8961

SENA — **FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

Beneficiario	SARA VILLEGAS SALAZAR	Documento	1025883079
No. Carné	70515824 - E	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 58F NRO 63A -08 ITAGUI		
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 POR CINCO DÍAS

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 UNA ADA NOCHE

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 CADA 12 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ISOFACE 20MG CJX30CAP	**ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. ENTREGA FINAL (Si no hay disponibilidad de medicam

Nombre Funcionario:	VILLEGAS JARAMILLO GERMAN

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Sara Villegas Salazar
Documento: 1025883079
Télefono: 3005261695

Fecha de vencimiento: 10/09/25 GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8961

SENA — FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	SARA VILLEGAS SALAZAR	Documento	1025883079
No. Carné	70515824 - E	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 58F NRO 63A -08 ITAGUI		
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 POR CINCO DÍAS

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 UNA ADA NOCHE

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 CADA 12 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ISOFACE 20MG CJX30CAP	ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. ENTREGA FINAL (Si no hay disponibilidad de medicam

Nombre Funcionario:	VILLEGAS JARAMILLO GERMAN

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 8961

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SARA VILLEGAS SALAZAR	Documento	1025883079
No. Carné	70515824 - E	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 58F NRO 63A -08 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 84
VISANNE DIENOGEST 2MG CJX28COMP	**DIENOGEST 2MG Tableta**	TABLETAS	OCHENTA Y

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR 28 DÍAS E INICIAR EL NUEVO CARTÓN SIN SUSPENDER

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
IMIPRAMINA 25mg TRP CJX300TAB	**IMIPRAMINA CLORHIDRATO**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	VILLEGAS JARAMILLO GERMAN

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Sara Villegas Salazar
Documento: 1025883079
Télefono: 3052611695

Fecha de vencimiento: 10/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 8961

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	SARA VILLEGAS SALAZAR	Documento	1025883079
No. Camé	70515824 - E	Fecha autorización	29/08/25
Dirección	CRA 58F NRO 63A -08 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 84
VISANNE DIENOGEST 2MG CJX28COMP	**DIENOGEST 2MG Tableta**	TABLETAS	OCHENTA Y

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR 28 DÍAS E INICIAR EL NUEVO CARTÓN SIN SUSPENDER

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
IMIPRAMINA 25mg TRP CJX300TAB	**IMIPRAMINA CLORHIDRATO**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	VILLEGAS JARAMILLO GERMAN

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: E249309
16
FECHA: 01-09-2025 12:07
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320245
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117023-VASOTON GEL CAJA 40 G
59,617 3 0 0 178,851
385855-VOLTAREN GEL 1 % CAJA 100 G

85,790 2 0 0 171,580
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 350,731
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 350,731
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 350,431 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9100
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VELEZ RINCON GRACIELA
CC 32476213
CR 44 # 19A - 20 TR 3 AP 510 CON
.RESI PARQUE CENTRAL DEL RIO
TELEFONO: 3015922073
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

Graciela Velez
OBS: 32476213
3015922073

CUFE: 0cc29555490028b623f8a0d062fb
6a3a77b0a442dc2eeb2aadefc5890acffb
e6fefd94cdee8a93e96198c778ffb995cd

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Graciela Vélez R identificado con cédula número 32476213, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Graciela Vélez R

FECHA 2025-09-01

No. de Orden 9100

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GRACIELA VELEZ RINCON	Documento	32476213
No. Carné	17055996 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	Calle 55 No. 80 - 54 Unidad Villa del Escorial BI8 Apto 525		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
VASOTON 1-0.3-5-100G GEL TBOX40G	**DIETILAMINA SALICILATO 5 0 M G G A E S C I N A**	TUBO	TRES

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

EN LA NOCHE EN PIERNMAS POR 3 MESES Y SUSPENDER

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

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

EN AREA DOLOROSA D EMANOS POR 3 MESE S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	GUSTAVO MENA GIL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32476213
Télefono: 3015977207

Fecha de vencimiento: 14/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9100

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GRACIELA VELEZ RINCON	Documento	32476213
No. Carné	17055996 - C	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	Calle 55 No. 80 - 54 Unidad Villa del Escorial BI8 Apto 525		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
VASOTON 1-0.3-5-100G GEL TBOX40G	**DIETILAMINA SALICILATO 5 0 M G G A E S C I N A**	TUBO	TRES

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

EN LA NOCHE EN PIERNMAS POR 3 MESES Y SUSPENDER

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

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

EN AREA DOLOROSA D EMANOS POR 3 MESE S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	GUSTAVO MENA GIL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 14/09/25

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: E249309
88
FECHA: 02-09-2025 10:48
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320317
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

030129-DESLORATADINA MK INST. TABL
ETAS 5 MG X 10 UNDS
18,360 9 0 0 165,240
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 100
0 MCG AMPOLLA 1 CC
1,275 13 0 0 16,575
115514-BELLAFACE RG (DIENOGEST) IN
ST. TABLETAS CAJA X 21 UNDS
44,940 3 0 0 134,820
115103-OLOFTAL MK INST. GOTAS OFTA
LMICAS 0.2 % CAJA 5 ML
11,107 3 0 0 33,321
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 350,256
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 350,256
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	349,956	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9115
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZAPATA NORENA PAULA ANDREA
CC 1000205745
CL 39A # 101A - 89 1ER O 3ER PI
SO
TELEFONO: 3003855899
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena NIT: 890 930 634-0

DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 74249da02be11b9c7e324d68bdcf
2d7808f4f64eb022ead533b1f2e16a5ebf
1a96bba4d07001e5a27ae1828c217578ad

Diana T
CC 32109264
3016084305

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Diana Lopera identificado con cédula número 32109264, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Diana L.

FECHA 02-09/25

No. de Orden 9115

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	PAULA ANDREA ZAPATA NORENA	Documento	1000205745
No. Carné	71593770 - E	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CALLE 39A NRO 101A-89 SAN JAVIER		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DESLORATADINA 5MG CJX10TAB	DESLORATADINA 5MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

MK , PARA 1 DIARIA

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

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

EN CADERA INTREAMUSCULAR DIARIAMENTE 1 SEMANA, LUEGO CADA SEMANA 1 MES Y CO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
BELLAFACE 2/0.03MG CJX21TB	DIENOGEST 2MGETINILESTRADIOL	CAJA	TRES

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

1 DIARIAMNETE

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

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

EN LA NOCHE EN AMBOSMOJOS

Nombre Funcionario:	LUIS FERNANDO ZAPATA CUARTAS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Diana F
Documento: 32109264
Télefono: 3006089305

Fecha de vencimiento: 14/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9115

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: PAULA ANDREA ZAPATA NORENA | Documento: 1000205745
No. Carné: 71593770 - E | Fecha autorización: 01/09/25
Dirección: CALLE 39A NRO 101A-89 SAN JAVIER
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
DESLORATADINA 5MG CJX10TAB | DESLORATADINA 5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
MK , PARA 1 DIARIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 13
VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25 | CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable | AMPOLLA | TRECE
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: N/A | Tiempo tratamiento: 90
EN CADERA INTREAMUSCULAR DIARIAMENTE 1 SEMANA, LUEGO CADA SEMANA 1 MES Y CO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
BELLAFACE 2/0.03MG CJX21TB | DIENOGEST 2MGETINILESTRADIOL | CAJA | TRES
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 DIARIAMNETE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
OLOFTAL 0.2% FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES
Dosis: 1 GOTA(S) | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
EN LA NOCHE EN AMBOSMOJOS

Nombre Funcionario: LUIS FERNANDO ZAPATA CUARTAS
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96
Recibido Por: Firma: ____ Documento: ____ Télefono: ____
Fecha de vencimiento: 14/09/25
GTH-F-005 V.01

152

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: E249309
94
FECHA: 02-09-2025 11:37
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320323
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115103-OLOFTAL MK INST. GOTAS OFTA
LMICAS 0.2 % CAJA 5 ML
11,107 3 0 0 33,321
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
32,400 3 0 0 97,200
118600-HIALTEARS INST. GOTAS OFTAL
MICAS 0.4 % CAJA 10 ML
15,946 3 0 0 47,838
240074-HUMENAS GL SPRAY NASAL CAJA
30 ML
72,990 3 0 0 218,970
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 494,910
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 494,910
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 494,610 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9128
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARANGO RUIZ YICEL
CC 1018228827
CL 112 # 64D - 5 SEGUNDO PISO B
OYACA LAS BRISAS
TELEFONO: 2736984
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura adena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nora Cecilia Ruiz Velez identificado con cédula número 43529655, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 C. Ruiz V.

FECHA Sep 2/2025



CUFE: 9e830f283d291f9f7c72ebba3e7f
a3d42b5430816e5004b9bd3dfc0375318d
1535f404be21091944147d5d8136626e

OBS: CC 43524655

MEDI. GENERAL
ESPECIALIDAD

No. de Orden 9128

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YICEL ARANGO RUIZ	Documento	1018228827
No. Carné	71622437 - D	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
OLOFTAL 0.2% SHN FCOX5ML	**OLOPATADINA CLORHIDRATO**	FRASCO	TRES

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

EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS , CUARTA DE SEIS ENTREGAS

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 DIARIA , CUARTA D E SEIS ENTREWGAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS	**FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 PUFF	NASAL	CADA 12 HORAS	90

2 VECE SKLA DIUA EN CAD AFOSA , CUARTA ENTREGA DE SEIS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
HIALTEARS 0.4% FCOX15ML	**SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas**	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS , CUARTA DE SEIS ENTREGAS

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 14/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9128

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: YICEL ARANGO RUIZ | Documento: 1018228827
No. Carné: 71622437 - D | Fecha autorización: 01/09/25
Dirección: CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
OLOFTAL 0.2% SHN FCOX5ML | OLOPATADINA CLORHIDRATO | FRASCO | TRES
Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS , CUARTA DE SEIS ENTREGAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
BILAXTEN 20MG COM CJX30COM | BILASTINA 20MG Comprimido | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 DIARIA , CUARTA D E SEIS ENTREWGAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
AVAMYS SPRAY 27.5MCG NASAL FCOX120DOS | FLUTICASONA FUROATO 27.5µGD Suspensión | FRASCO | TRES
Dosis: 2 PUFF | Vía Admon.: NASAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
2 VECE SKLA DIUA EN CAD AFOSA , CUARTA ENTREGA DE SEIS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 3
HIALTEARS 0.4% FCOX15ML | SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas | FRASCO | TRES
Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS , CUARTA DE SEIS ENTREGAS

Nombre Funcionario: ABEL DARIO ARANGO MEJIA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Nora C Ruiz
Documento: 43 524 651
Télefono: 316 649 6668

Fecha de vencimiento: 14/09/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9128

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YICEL ARANGO RUIZ	Documento	1018228827
No. Camé	71622437 - D	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
HUMENAS GL FCOx30 ml	**CLORURO DE SODIO 0.9 G**	FRASCO	TRES

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

2 VECES AL DIA , CUARTA ENTREGA DE SEIS

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fechà de vencimiento: 14/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9128

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	YICEL ARANGO RUIZ	Documento	1018228827
No. Camé	71622437 - D	Fecha autorización	01/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
HUMENAS GL FCOx30 ml	**CLORURO DE SODIO 0.9 G**	FRASCO	TRES

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

2 VECES AL DIA , CUARTA ENTREGA DE SEIS

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Nora P Ruiz J
Documento: 43524655
Télefono: 3104996668

Fecha de vencimiento: 14/09/25

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: E249311
38
FECHA: 04-09-2025 15:45
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320467
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS
47,488 3 7 0 154,336
100250-CARPIX INST (PILOCARPINA) R
G TABLETAS 5 MG CAJA X 30 UNDS
129,909 3 0 0 389,727
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 544,363
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 544,363
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	544,063	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9131
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDOÑO OLAYA ROSA ELENA
CC 32016033
CL 115 # 64CC - 55 INT 301 BOYAC
A LA BRISAS
TELEFONO: 5884462
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 Rosa Elena Londoño identificado con cédula número 32016033, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 4 9 2025

32016033

OBS:

CUFE: d672aa147e2181d535fdce50359a93ebdd3307b8ad350ecd6cff93124d12f6a7d56cf4247a6554ec4a67987655c3eb39ad

156

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

Beneficiario **C.C 32016033**
ROSA LONDOÑO OLAYA

Fecha 01 09 2025

LUGAR: MEDELLIN

		Cantidad
ROSUVASTATINA 10 MGR MK	VIA ORAL TOMAR 1 TABLETA	90 NOVENTA
PILOCARPINA 5 MGR (SALAGEN)	VIA ORAL , TOMAR 1 TABLETA DIARIA.	9O NOVENTA
	PARA 3 MESES	

Gloria JY

Firma y Sello del Médico

Gloria JY
9131

Pmeli 32016033
3116230882

157

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: E249309
55
FECHA: 01-09-2025 16:27
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320284
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

055165-FLUZETRIN F CBG CAPSULA CAJ
A X 10 UNDS
33,169 3 0 0 99,507
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 99,807
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 99,807
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 99,507 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9145
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PELAEZ LOPEZ MARIA JOSE
CC 1038092647
CL 45E # 80A - 58 CASA PRIMER PI
SO
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
Selma Elena Lopez B
CC 43071578
OBS: celular 3128269946
CUFE: ed8e839f21f231aa5de8cc704ee7
6d9f2b8f8a3586c73f90ecb4ce4faccf3c
4dba0e9976a2d929991ddbe6ee7501c701



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Silvia Elena Lopez B identificado con cédula número 43071578, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Silvia Elena Lopez B

FECHA Septiembre 2 2025



158

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 JOSE PELAEZ LOPEZ
No. Carné 43071578 - E

Cédula 1038092647

Fecha **01 SEPTIE 2025**

FLUZETRIN F CBG CAPSULA CAJA X 10 UNDS (Acetaminofén+Cetirizina+Fenilefrina)	**VIA ORAL: TOMAR CADA NOCHE A LAS 6 PM.**	**30 TAB**	**TREINTA**
FORMULA PARA UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	REEMPLAZO POR MEDICAMENTO DESABASTECIDO		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

9145

Silvia Elena Lopez B.
cc 43071578
celular 3128269946

159

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: E249311
32
FECHA: 04-09-2025 15:00
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320461
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

102336-HYABAK 0.15 % HIPOTONICO CA
JA 10 ML
51,262 1 0 0 51,262
125601-BOLSA PEQUEÑA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 51,562
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 51,562
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 43,329 8,233
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9147
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ACEVEDO HENAO ANA MARIA
CC 1027892391
CR 48 # 47 - 7 AP 402 ED. CATALA
M ITAGUI
TELEFONO: 3148464430
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: Noelia Galvis
22129512.

CUFE: 22994ae89b0744bf96c37f3a8367
7636dc7623223cb5ae359b0411bb2f10c8
efbe76a154ef7fa07aee47a55a4508df87

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Noelia Galvis identificado con cédula número 22129512, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Noelia Galvis

FECHA 04/04/2025

160

SENA

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

D.I. 1027892391

Beneficiario
ANA MARIA ACEVEDO HENAO
No. Carné 1045048309-C

Fecha **01 SEPTIEMBRE 2025**

HIALURONATO 0.15% FCOX10ML (SODIO HIALURONATO 1.5MGML Solución Gotas)	**VIA OFTÁLMICA: UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS**	**01 FCO UNO**
FORMULA POR UN MES (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

9147

Noal. a Gulviz.
CC 22129512.
T.I: 6045995091

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: E249310
50
FECHA: 03-09-2025 12:22
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320379
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
113,850 3 0 0 341,550
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 408,780
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 408,780
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	408,780	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9186
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: Fabra 8231293

CUFE: 6e0045a2832e372fbfa5be32ced9
27d20149ab1555392283816642b4c7d90e
ca0a83f7ac1e235d820fbe81fa896a1ab1

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Hernán Echeverri identificado con cédula número 8231193, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 3-09-25

No. de Orden
9186

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRI	Documento	32448564
No. Carné	8231293 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CRA 27 49A-55 BARRIO BUENOS AIRES MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 3 MESES Y SUSPENDER

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

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

1 ANTES DEL ALMUERZO HASTA FEBRERO/2026

Nombre Funcionario:	HERNAN ECHEVERRI ARBOLEDA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 17/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9186

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRI	Documento	32448564
No. Carné	8231293 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CRA 27 49A-55 BARRIO BUENOS AIRES MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO POR 3 MESES Y SUSPENDER

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

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

1 ANTES DEL ALMUERZO HASTA FEBRERO/2026

Nombre Funcionario:	HERNAN ECHEVERRI ARBOLEDA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8231293
Télefono: 6044957 26

Fecha de vencimiento: 17/09/25

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: E249310
74
FECHA: 03-09-2025 15:01
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320403
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132007-ACETAMINOFEN GENFAR INST. T
ABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
8,600 1 0 0 8,600
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
8,800 2 0 0 17,600
115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCN. IN
ST. POLVO CAJA X 30 UNDS
21,960 3 0 0 65,880
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
151,200 3 7 0 491,400
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 583,780
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 583,780
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 583,480 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9190
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDONO OLAYA MARIA FABIOLA
CC 32016002
CL 91A # 65 - 207
TELEFONO: 5889311
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: Polaca donación.
3201600Z.

CUFE: 6d0d4144154129e0708c41da4cf9
8661d761ec08c1d6364813c7bced83241f
cc3a37503f2f2c5de6d6d2bcacd1976d80

604-588934

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fabiola Londoño identificado con cédula número 32016002, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 03/04/25

No. de Orden
9190

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA FABIOLA LONDONO OLAYA	Documento	32016002
No. Carné	3452044 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CLL 91A 65-207 APT.201 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
ACETAMINOFEN 500MG CJX100TAB	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIEN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	N/A	90

HASTA 4 AL DIA SI HAY DOLOR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB	CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI	SOBRE	NOVENTA

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

1 DIARIAMETE EN AGUA

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

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

TOMAR EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR	ROSUVASTATINA CALCICA	TABLETAS	NOVENTA

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

MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CASTANO LOPEZ ORLANDO DE JESUS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32016002
Télefono: 5889311

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9190

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA FABIOLA LONDONO OLAYA	Documento	32016002
No. Carné	3452044 - C	Fecha autorización	03/09/25
Dirección	CLL 91A 65-207 APT.201 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
ACETAMINOFEN 500MG CJX100TAB	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIEN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	N/A	90

HASTA 4 AL DIA SI HAY DOLOR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB	CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI	SOBRE	NOVENTA

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

1 DIARIAMETE EN AGUA

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

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

TOMAR EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ROSUVASTATINA 20mg TNR CJX30 TNR	ROSUVASTATINA CALCICA	TABLETAS	NOVENTA

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

MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CASTANO LOPEZ ORLANDO DE JESUS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

165

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: E249312
01
FECHA: 05-09-2025 14:41
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320530
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405
255956-DICLOFEN MAX CAPSULAS BLAND
AS 200MG/100MG CAJA X 10 UNDS
45,057 1 0 0 45,057
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300
669368-CLORFENIRAMINA ECAR INST. J
ARABE FRASCO 120 ML
5,526 2 0 0 11,052

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 113,814
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 113,814
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 113,514 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9236
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TORRES LUZ
CC 22024945
CL 77CC # 87 - 27 BELLOO HORIZON
TE ROBLEDO APT 301
TELEFONO: 3128867132
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 Gonsalo Monsalve identificado con cédula número 3602621, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 05/09/2025

Cel: 3113246244

5bcbf898f749ba0c1c28ba23e2068be34c

cefbb0220f9983a7e10768559b703dbc63

CUFE: 216f3f5dc0ca4afa6ede843b42

OBS: 3602621

MEDI.GENERAL

ESPECIALIDAD

No. de Orden 9236

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ TORRES AGUIRRE	Documento	22024945
No. Carné	70546721 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CISNEROS CALLE 20 NRO 23B -07 B. FLORENCIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR EN REJA COSTAL CADA 8 HORAS

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

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

ENTREGAR DICLOFEN MAX. TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM CON EL ESTÓMAGO LLENO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
CLORFENIRAMINA2mg/ml SHJ FCOX120mlLBN	**CLORFENIRAMINA MALEATO**	FRASCO	DOS

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

TOMAR UNA CUCHARADA GRANDE CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	JAIRO IVAN MUNOZ CALLE

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 3602621
Télefono: 3113246244

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9236

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario LUZ TORRES AGUIRRE | Documento 22024945
No. Carné 70546721 - C | Fecha autorización 04/09/25
Dirección CISNEROS CALLE 20 NRO 23B -07 B. FLORENCIA
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
DICLOFEN SPRAY 1% FCOX40ML | DICLOFENACO DIETILAMONIO 1% | FRASCO | UN
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 10
APLICAR EN REJA COSTAL CADA 8 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10
DICLOFEN PROTEC 200MG/100MG CBL CJX10CAP | DICLOFENACO SODICO 100MGHIDROXIDO DE | CÁPSULA | DIEZ
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 10
ENTREGAR DICLOFEN MAX. TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM CON EL ESTÓMAGO LLENO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2
CLORFENIRAMINA2mg/ml SHJ FCOX120mlLBN | CLORFENIRAMINA MALEATO | FRASCO | DOS
Dosis: 10 c.c. | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 20
TOMAR UNA CUCHARADA GRANDE CADA NOCHE

Nombre Funcionario: JAIRO IVAN MUNOZ CALLE
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:
Fecha de vencimiento: 18/09/25
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: E249311
36
FECHA: 04-09-2025 15:32
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320465
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

046041-PRIMAX LACA 8% CAJA 3 ML
102,977 1 0 0 102,977
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 103,277
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 103,277
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	102,977	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9237
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA RIOS SAMUEL
CC 1001233321
CR 70 # 81 - 94 3127594493
TELEFONO: 3243016694
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: 8f428c071a9c99a1d4849d207874

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 [illegible]

FECHA 4/04/2025

[illegible]

ad28c1cf1f758aba23d828bc66daa04a16e

No. de Orden 9237

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SAMUEL MONTOYA RIOS	Documento	1001233321
No. Camé	98551435 - D	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	Calle 65 nro 80A -96 segundo piso		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PRIMAX LACA 8% SHN FCOX3ml	**CICLOPIROXOLAMINA**	FRASCO	UN

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

EN LA NOCHE LIMAR UÑA AFECTADA Y APLICAR , REPETIR DIARIAMENTE EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	BERNARDO DE JESUS MONTOYA VILLADA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1001233321
Télefono: 3176450353

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9237

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SAMUEL MONTOYA RIOS	Documento	1001233321
No. Camé	98551435 - D	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	Calle 65 nro 80A -96 segundo piso		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PRIMAX LACA 8% SHN FCOX3ml	**CICLOPIROXOLAMINA**	FRASCO	UN

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

EN LA NOCHE LIMAR UÑA AFECTADA Y APLICAR , REPETIR DIARIAMENTE EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	BERNARDO DE JESUS MONTOYA VILLADA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

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: E24931134
FECHA: 04-09-2025 15:23
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320463
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS
9,600 0 30 0 960
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
133018-SERTRALINA GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS
43,800 0 90 0 13,140
055182-ESTERMAX (RG) CREMA VAGINAL CAJA 40 G X 4 APLICADORES
33,837 3 0 0 101,511
100280-ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 1000 UNIDS
120,000 0 90 0 10,800
253016-JARDIANCE (RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
117,106 3 0 0 351,318
669368-CLORFENIRAMINA ECAR INST. JARABE FRASCO 120 ML
5,526 3 0 0 16,578
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UNDS
75,008 0 1 0 300
139089-CALTRATE PLUS TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS
57,133 6 0 0 342,798
067417-SIRDALUD COMPRIMIDOS 4 MG CAJA X 20 UNDS
126,105 3 0 0 378,315
639255-GLUCOSAMINA COLMED SOBRES 1500 MG CAJA X 15 UNDS
28,028 6 0 0 168,168

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,593,228
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,593,228
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 1,592,928 0
IMPOCONSUMO 0 0

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: E24931549
FECHA: 12-09-2025 08:38
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320878
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118200-ARCALION INST. TABLETAS 200 MG CAJA X 20 UNDS
20,300 5 0 0 101,500
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 UNDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 101,800
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 101,800
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 101,500 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9243
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FERNANDEZ DE URREA FANNY DE JESUS
CC 32422864
CR 31 # 44 - 40 BARRIO LA MILAGROSA APT 301
TELEFONO: 2211640
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:

FORMULA: 9243
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FERNANDEZ DE URREA FANNY DE JESUS
CC 32422864
CR 31 # 44 - 40 BARRIO LA MILAGR
OSA APT 301
TELEFONO: 2211640
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: 43505077

CUFE: efd1f7798bd09d56e0a8a59a18a6
9af4267b72edeb5f52095d55fc58aa022b
98c4e59176cff7697ae47f93e89f8cf361

CUFE: 97338f724f6b3b23eb1105109585
76b65f4fea8331380b92ed195c0e0167a0
107d60f6881d7a98213b640cd99af56203

43505077

3194388592

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Claudia Urrea identificado con cédula número 43 505 077, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Sept. 4. 2025

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 04-09/2025 CÉDULA: 32422864

USUARIO: Fanny Fernandez # ORDEN: 9243

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Arcalion 200 mg fco x 20	90	
43 505 077		
319 438 8592		

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Claudia Grisales A -	Suramericana	2309198

172

No. de Orden
9243

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA	Documento	32422864
No. Camé	8210301 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 31 44-40 B. La Milagrosa		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB	**FUROSEMIDA 40MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SERTRALINA 50MG CJX10TAB	**SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta**	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 3
ESTERMAX CRE/VAG/0.625MG TBX40G	**ESTROGENOS 0.625MGG Crema**	TUBO	TRES

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

APLICAR CADA NOCHE, SIN INTRODUCIR

Nombre Funcionario:	RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43 505 077
Télefono: 3194388592

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9243

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA	Documento	32422864
No. Camé	8210301 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 31 44-40 B. La Milagrosa		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB	**FUROSEMIDA 40MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SERTRALINA 50MG CJX10TAB	**SERTRALINA Clorhidrato 50MG Tableta**	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 3
ESTERMAX CRE/VAG/0.625MG TBX40G	**ESTROGENOS 0.625MGG Crema**	TUBO	TRES

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

APLICAR CADA NOCHE, SIN INTRODUCIR

Nombre Funcionario:	RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

172

No. de Orden 9243

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA	Documento	32422864
No. Carné	8210301 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 31 44-40 B. La Milagrosa		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GLUCOSAMINA 3.3GR POV CJ X 15 SOB	GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG Polvo para Solución	SOBRE	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ARCALION 200MG FCOX20COM	SULBUTIAMINA 200MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 9 P

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
CALTRATE PLUS M FCOX60TAB	CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3	TABLETAS	CIENTO OCH

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43505077
Télefono: 3194388599

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9243

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA	Documento	32422864
No. Carné	8210301 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 31 44-40 B. La Milagrosa		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GLUCOSAMINA 3.3GR POV CJ X 15 SOB	GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG Polvo para Solución	SOBRE	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ARCALION 200MG FCOX20COM	SULBUTIAMINA 200MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 9 P

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
CALTRATE PLUS M FCOX60TAB	CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3	TABLETAS	CIENTO OCH

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9243

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA	Documento	32422864
No. Carné	8210301 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 31 44-40 B. La Milagrosa		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
JARDIANCE 10 mg CJX30TAB	**EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 8 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
SIRDALUD 4mg TAB CJX20TAB	**TIZANIDINA CLORHIDRATO**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 5 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLORFENIRAMINA2mg/ml SHJ FCOX120mlLBN	**CLORFENIRAMINA MALEATO**	FRASCO	TRES

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

UNA CUCHARADA CADA DÍA A LAS 7 PM

Nombre Funcionario:	RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43505077
Télefono: 3194388592

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9243

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA	Documento	32422864
No. Carné	8210301 - C	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CRA 31 44-40 B. La Milagrosa		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
JARDIANCE 10 mg CJX30TAB	**EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 8 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
SIRDALUD 4mg TAB CJX20TAB	**TIZANIDINA CLORHIDRATO**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 5 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLORFENIRAMINA2mg/ml SHJ FCOX120mlLBN	**CLORFENIRAMINA MALEATO**	FRASCO	TRES

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

UNA CUCHARADA CADA DÍA A LAS 7 PM

Nombre Funcionario:	RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 18/09/25

GTH-F-005 V.01

174

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: E249311
35
CHA: 04-09-2025 15:26
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320464
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA)
CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS
153,500 5 0 0 767,500
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300
249468-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 14 UNDS
23,338 6 8 0 153,364

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 921,164
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 921,164
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	920,864	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9263
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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nocio Heno identificado con cédula número 43836070, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA Septiembre 4 2025

OBS: Nocio Heno cc 43836070

CUFE: ba20ef2425e04bb737e81aa50c91
2e75b7d78703 2e693274f63013e0609bc0
79abc0eefb6772392e3737 9c0dd7f77f53

No. de Orden
9263

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EMMANUEL JIMENEZ HENAO	Documento	1025658814
No. Carné	6275053 - I	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 103D NRO 67-25 GIRARDOT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
MOLTOBEN 20MG CJX20CAP	**FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta**	CÁPSULA	CIEN

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

1 EN LA MAÑANA DESPUES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
LYRICA 75 MG CJX30CAP	**PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	NICOLAS EMILIO JIMENEZ GARCIA

GLORÍA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9263

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	EMMANUEL JIMENEZ HENAO	Documento	1025658814
No. Carné	6275053 - I	Fecha autorización	04/09/25
Dirección	CALLE 103D NRO 67-25 GIRARDOT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
MOLTOBEN 20MG CJX20CAP	**FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta**	CÁPSULA	CIEN

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

1 EN LA MAÑANA DESPUES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
LYRICA 75 MG CJX30CAP	**PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	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 Hernandez
Documento: cc 43876640
Télefono: 3186446392

Fecha de vencimiento: 19/09/25

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: E249311
79
FECHA: 05-09-2025 12:03
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320508
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICI
NA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
27,480 1 20 0 41,220
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 41,520
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 41,520
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	41,220	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9318
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HERNANDEZ DE ECHEVERRI MARIA LUCELLY
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:

CUFE: 6af6142ff59e7371f0917edb9d23

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Hernán _____ identificado con cédula número 8232293 _____, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 5-09-25

8232293

b4d1f413637 9f1d3ab979b0f07bfb4227 1

No. de Orden
9318

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRI	Documento	32448564
No. Carné	8231293 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CRA 27 49A-55 BARRIO BUENOS AIRES MEDELLIN		
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

1 DIARIA POR 4 MESES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	HERNAN ECHEVERRI ARBOLEDA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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

Fecha de vencimiento: 19/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9318

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRI	Documento	32448564
No. Carné	8231293 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CRA 27 49A-55 BARRIO BUENOS AIRES MEDELLIN		
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

1 DIARIA POR 4 MESES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	HERNAN ECHEVERRI ARBOLEDA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8231293
Télefono: 6044495374

Fecha de vencimiento: 19/09/25

26 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 1/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E249313
48
FECHA: 09-09-2025 12:14
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320677
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255323-ISOFACE CAPSULAS 20 MG CAJA
X 30 UNDS
57,510 1 0 0 57,510
125601 BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

------ --[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 57,810
----------[FORMAS DE PAGO]------ ---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 57,810
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 57,510 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9324
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARANGO RUIZ YICEL
CC 1018228827
CL 112 # 64D - 5 SEGUNDO PISO B
OYACA LAS BRISAS
TELEFONO: 2736984
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Nora e Ruiz V

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nora C Ruiz Jeb identificado con cédula número 43524655, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA Sept 9/25

CUFE: d1e07c9259d4e48a3431547f9e1f
4341 7a66e10cb1cd9620 1b03084c9435e4
f1e9c58665 3ffc684e2e777eb1eed5a51d

CC 43 524 655

311 644 66 68

No. de Orden
9324

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YICEL ARANGO RUIZ	Documento	1018228827
No. Carné	71622437 - D	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
TRETINEX 20MG CJX30CAP	ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	TREINTA

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

4 dias de la semana

Nombre Funcionario: ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9324

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	YICEL ARANGO RUIZ	Documento	1018228827
No. Camé	71622437 - D	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
TRETINEX 20MG CJX30CAP	ISOTRETINOINA 20MG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	TREINTA

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

4 dias de la semana

Nombre Funcionario: ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Nora C Ruiz V
Documento: 43 524 655
Télefono: 311 649 6668

Fecha de vencimiento: 20/09/25

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: E249311
98
FECHA: 05-09-2025 14:04
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320527
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

181537-NOFERTYL IM (RG) AMPOLLA CA
JA 1 ML
9,400 3 0 0 28,200
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 28,500
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 28,500
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 28,200 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9352
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
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Sara Mojel
1119699256.

CUFE: a72f45a420e7c04c0cbe58797552
70ac98bb0981ae079e0d49eaaa2d7643e5
18bcac6476300f03b5dfb8682834f29a7e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sara Movil identificado con cédula número 1114649286, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 5/09/2025

No. de Orden
9352

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SARA GABRIELA MOVILA GAMEZ	Documento	1119699256
No. Carné	17953272 - E	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	calle 11A # 17-71		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
NOFERTYL 50mg/5mg /ml SHI CJX1AMP	NORETISTERONA ENANTATO ESTRADIOL VALERATO	AMPOLLA	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA MES	90

APLICAR UNA IM CADA MES, SIGUIENDO LA RECOMENDACIÓN INDICADA EN CONSULTA

Nombre Funcionario:	RICHARD MANUEL MOVIL CUJIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Sara Movil
Documento: 1119699256
Télefono: 3107670817

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9352

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	SARA GABRIELA MOVILA GAMEZ	Documento	1119699256
No. Carné	17953272 - E	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	calle 11A # 17-71		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
NOFERTYL 50mg/5mg /ml SHI CJX1AMP	NORETISTERONA ENANTATO ESTRADIOL VALERATO	AMPOLLA	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA MES	90

APLICAR UNA IM CADA MES, SIGUIENDO LA RECOMENDACIÓN INDICADA EN CONSULTA

Nombre Funcionario: RICHARD MANUEL MOVIL CUJIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 20/09/25

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: E249312
38
FECHA: 06-09-2025 10:10
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320567
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

34/486-MAGNESIA PHILLIPS FRASCO 12
0 ML
15,848 1 0 0 15,848
132037-FUROSEMIDA GENFAR INST. TAB
LETAS 40 MG CAJA X 300 UNDS
9,600 0 10 0 320
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X
30 UNDS
113,850 1 0 0 113,650
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
404284-ACID-NESS MK LOCION 400ML
GTS FRASCO 120 ML
45,021 1 0 0 45,021
055091-TRIGENTAX CREMA CAJA 40 G
40,456 1 0 0 40,456
255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLU
CION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 2 0 0 233,812
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 516,674
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 516,674
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 516,374 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9356

NIT: 8555550547-1
DATOS DEL CLIENTE:
FERNANDEZ DE URREA FANNY DE JESUS
CC 32422864
CR 31 # 44 - 40 BARRIO LA MILAGR
OSA APT 301
TELEFONO: 2211640
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: e78a979cae8c7512060e402c0408
99063843bced5a82c61569919f153bb62b
40d8d5a211b5db80a8c6d4798517091fb6

43 505 077

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Claudia Correa identificado con cédula número 43505077, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 6- Sept. 2025

No. de Orden 9356

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA	Documento	32422864
No. Carné	8210301 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CRA 31 44-40 B. La Milagrosa		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
LECHE MAGNESIA 8.5G/100ML FCOX120ML	**MAGNESIO HIDROXIDO 83MGML Suspensión**	FRASCO	UN 1

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

UNA CUCHARADA CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB	**FUROSEMIDA 40MG Tableta**	TABLETAS	DIEZ 10

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

TOMAR UNA CADA 12 HORAS (7 AM - 7 PM) POR LOS PRÓXIMOS 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ANEMIDOX FCOX30 CAPS	**FUMARATO FERROSO ASCORBICO ACIDO FOLICO**	CÁPSULA	TREINTA 30

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CLINDAMICINA 2% CR VAG TBOX40G	**CLINDAMICINA FOSFATO 20MGG Crema**	TUBO	UN 1

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

APLICAR EN LA LESION GENITAL CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43505077
Télefono: 3194388599

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9356

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA | Documento: 32422864
No. Carné: 8210301 - C | Fecha autorización: 05/09/25
Dirección: CRA 31 44-40 B. La Milagrosa
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
LECHE MAGNESIA 8.5G/100ML FCOX120ML | MAGNESIO HIDROXIDO 83MGML Suspensión | FRASCO | UN 1
Dosis: 10 c.c. | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
UNA CUCHARADA CADA NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
FUROSEMIDA 40MG CJX100TAB | FUROSEMIDA 40MG Tableta | TABLETAS | DIEZ 10
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 10
TOMAR UNA CADA 12 HORAS (7 AM - 7 PM) POR LOS PRÓXIMOS 10 DÍAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
ANEMIDOX FCOX30 CAPS | FUMARATO FERROSO ASCORBICO ACIDO FOLICO | CÁPSULA | TREINTA 30
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
CLINDAMICINA 2% CR VAG TBOX40G | CLINDAMICINA FOSFATO 20MGG Crema | TUBO | UN 1
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
APLICAR EN LA LESION GENITAL CADA NOCHE

Nombre Funcionario: RODRIGO URREA RAMIREZ
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:
Fecha de vencimiento: 20/09/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9356

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA	Documento	32422864
No. Carné	8210301 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CRA 31 44-40 B. La Milagrosa		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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	30

APLICAR TRES VECES AL DÍA MEZCLADA CON TRIGENTAX

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
OF ACID-NESS FCX400ML GT FCX120ML	ALUMINIO ACETATO 590µGML Loción	FRASCO	UN

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

APLICAR DOS VECES AL DÍA EN AMBAS PIERNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
TRIGENTAX® CREMA	CLOTRIMAZOL 1g NEOMICINA SULFATO	TUBO	UN

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

APLICAR TRES VECES AL DÍA MEZCLADA CON ACIDO FUSIDICO

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 INTRAMUSCULAR CADA 10 DÍAS POR 2 MESES

Nombre Funcionario:	RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43505077
Télefono: 3194388592

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9356

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: FANNY DE JESUS FERNANDEZ DE URREA | Documento: 32422864
No. Carné: 8210301 - C | Fecha autorización: 05/09/25
Dirección: CRA 31 44-40 B. La Milagrosa
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
ACIDO FUSIDICO 2% CR TBOX15G | FUSIDICO ACIDO 20MGG Crema | TUBO | UN
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
APLICAR TRES VECES AL DÍA MEZCLADA CON TRIGENTAX

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
OF ACID-NESS FCX400ML GT FCX120ML | ALUMINIO ACETATO 590µGML Loción | FRASCO | UN
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
APLICAR DOS VECES AL DÍA EN AMBAS PIERNAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
TRIGENTAX® CREMA | CLOTRIMAZOL 1g NEOMICINA SULFATO | TUBO | UN
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
APLICAR TRES VECES AL DÍA MEZCLADA CON ACIDO FUSIDICO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 6
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE | TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO | AMPOLLA | SEIS
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: CADA SEMANA | Tiempo tratamiento: 60
APLICAR UNA INTRAMUSCULAR CADA 10 DÍAS POR 2 MESES

Nombre Funcionario: RODRIGO URREA RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 20/09/25

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 18764089020762
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: E249312
40
FECHA: 06-09-2025 10:17
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320569
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLE
TAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS
6,030 3 0 0 18,090
024286-TALCID TABLETAS CEREZA CAJA
X 60 UNDS
53,160 1 30 0 79,740
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 141,060
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 141,060
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 140,760 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9364
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GONZALEZ JARAMILLO GLORIA CONSUELO
CC 43023497
CL 56A # 81 - 33 AP 404 TR 2 U.
VILLA FLORIDA 1
TELEFONO: 2640472
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 G. J
43.023.497
264-04-72

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria González J. identificado con cédula número 43.023.497, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA Sept 6/2025



aaa1069 5b0c48a7f7be24468d4bbae3493
63d725c0d5e7101f64517685 9cd25c4b c0

188

No. de Orden
9364

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA CONSUELO GONZALEZ JARAMILLO	Documento	43023497
No. Camé	71594589 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CL. 56A 81 33 APTO 404 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB	LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENYE EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
TALCID 500MG CJX60TAB MASTICABLES	HIDROTALCITA 500MG Tableta masticable	TABLETAS	NOVENTA

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

1 AL DIA

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

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

MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	LUIS FERNANDO ALVAREZ GONZALEZ

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9364

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA CONSUELO GONZALEZ JARAMILLO	Documento	43023497
No. Camé	71594589 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CL. 56A 81 33 APTO 404 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SATOREN H FORTE 100MG/25MG CJX30TAB	LOSARTAN POTASICO 100MGHIDROCLOROTIAZIDA	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENYE EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
TALCID 500MG CJX60TAB MASTICABLES	HIDROTALCITA 500MG Tableta masticable	TABLETAS	NOVENTA

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

1 AL DIA

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

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

MK 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	LUIS FERNANDO ALVAREZ GONZALEZ

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Gloria G.
Documento: 43.023.497
Télefono: 264-04-72

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

188

189

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: E249312
12
FECHA: 05-09-2025 16:15
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320541
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

138033-BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 5
0 MG CAJA X 30 UNDS
18,510 3 0 0 55,530
662003-ELIQUIS INST. (RG) (APIXABA
N) TABLETAS 5 MG CAJA X 60 UNDS
314,200 1 0 0 314,200
078180-ELIQUIS TABLETAS 5 MG CAJA
X 60 UNDS
314,200 2 0 0 628,400
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 998,430
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 998,430
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	998,130	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9365
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TABARES DE VARGAS MARIA DE JESUS
CC 21837354
CL 8B # 14 - 37 DIVINO NIÑO LA C
EJA
TELEFONO: 3206260376
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: 15379599
1116218573

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Carlos Vargas T identificado con cédula número 1537959, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 5/09/2025

CUFE: 562484d64a50dbcd15df9a44706f61
826f378784b92094280d3f52446fea
4831d61058370e79db2a5434554047f7af5

No. de Orden 9365

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA DE JESUS TABARES DE VARGAS	Documento	21837354
No. Camé	15379599 - A	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CLL 110 N- 70-109 B. Florencia		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
BETALOC ZOK 50MG TLP CJX30TLP	**METOPROLOL SUCCINATO 50MG TLP**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
ELIQUIS 5MG TNR CJX60TAB	**APIXABAN 5MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIENTO OCH

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

2 AL DIA

Nombre Funcionario:	LUIS CARLOS VARGAS TABARES

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 15379599
Télefono: 3116318573

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9365

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	MARIA DE JESUS TABARES DE VARGAS	Documento	21837354
No. Camé	15379599 - A	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CLL 110 N- 70-109 B. Florencia		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
BETALOC ZOK 50MG TLP CJX30TLP	**METOPROLOL SUCCINATO 50MG TLP**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
ELIQUIS 5MG TNR CJX60TAB	**APIXABAN 5MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIENTO OCH

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

2 AL DIA

Nombre Funcionario:	LUIS CARLOS VARGAS TABARES

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 20/09/25

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: E249312
36
FECHA: 06-09-2025 10:03
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320565
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132748-TAMSULOSINA INST. GENFAR T
ABLETA 0.4 MG CAJA X 30 UNDS
24,330 1 0 0 24,330
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 24,630
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 24,630
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	24,330	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9369
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VELASQUEZ GOMEZ JUAN CARLOS
CC 70125093
CR 35B # 35 - 15 SALVADOR MANZAN
A H
TELEFONO: 2164729
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 Juan Carlos Velásquez Gómez identificado con cédula número 70.125.093, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 6 de septiembre 2025

CC 70.125.093

313 404 2429

CUFE: 09e1e94d9296 1ea8d62e562 12f38
c9d52347 9fa56ccOb f9e7cec951 1d0d77f
f308cd0aef0dbff711e5c27fdb3a551759

No. de Orden
9369

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN CARLOS VELASQUEZ GOMEZ	Documento	70125093
No. Carné	32531697 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CLL 50b 39-24 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
TAMSULOSINA 0.4MG CJX30CAPS	**TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4MG Cápsula de liberación**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	MARIA XIOMARA NAVAS TAMAYO		
WENDY LAURA BUENO ARIZA RM: 91-0116-07	**Recibido Por:** Firma: Documento: Télefono:		

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9369

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JUAN CARLOS VELASQUEZ GOMEZ	Documento	70125093
No. Carné	32531697 - C	Fecha autorización	05/09/25
Dirección	CLL 50b 39-24 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
TAMSULOSINA 0.4MG CJX30CAPS	**TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4MG Cápsula de liberación**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	MARIA XIOMARA NAVAS TAMAYO		
WENDY LAURA BUENO ARIZA RM: 91-0116-07	**Recibido Por:** Firma: Documento: 70.125.093 Télefono: 3137042429		

Fecha de vencimiento: 20/09/25

GTH-F-005 V.01

192

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: E249313
42
FECHA: 09-09-2025 10:41
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320671
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 90 0 102,960
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 1 0 0 53,640
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 1 10 0 93,060
100280-GASTROFAST ADVANCE INST. ME
NTA CAJA X 12 SACHET
36,564 2 6 0 91,410
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 341,370
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 341,670
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	248,010	0
EXENTAS:	93,060	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9404
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GUZMAN PIEDRAHITA MARIA LUZ MERY
CC 42878548
CR 30A # 38B - 81 BARRIO LA MILA
GROSA
TELEFONO: 3103833823
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Paderna identificado con cédula número 21.500.726, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Sandra Paderna.

FECHA 09 09 2025.

No. de Orden 9404

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA LUZ MERY GUZMAN PIEDRAHITA	Documento	42878548
No. Carné	8347470 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	CRA 30A 38B-81LA MILAGROSA MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 8 HORAS ACOMPAÑANDO A DOLEX FORTE EN LA MAÑANA Y NOCHE, Y TOMAND

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

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

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

TOMAR 1- 0- 1 CADA DÍA POR DOLOR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
GASTROFAST ADVANCE	**ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr**	SOBRE	TREINTA

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

COMPLEMENTO A FÓRMULA VIGENTE

Nombre Funcionario:	JOSE ALVARO QUINTERO GONZALEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Sandra
Documento: 21500726
Télefono: 3114619557

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9404

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA **COPIA**

Beneficiario	MARIA LUZ MERY GUZMAN PIEDRAHITA	Documento	42878548
No. Camé	8347470 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	CRA 30A 38B-81LA MILAGROSA MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 8 HORAS ACOMPAÑANDO A DOLEX FORTE EN LA MAÑANA Y NOCHE, Y TOMAND

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

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

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

TOMAR 1- 0- 1 CADA DÍA POR DOLOR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
GASTROFAST ADVANCE	**ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr**	SOBRE	TREINTA

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

COMPLEMENTO A FÓRMULA VIGENTE

Nombre Funcionario:	JOSE ALVARO QUINTERO GONZALEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

196

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: E249313
51
FECHA: 09-09-2025 12:44
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320680
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

123100-SPASMOMEN INST. (BROM. OTIL
ON) TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
41,580 0 15 0 20,790
019055-LIDOCAINA HIDROCORTISONA UN
GUENTO CAJA 10 G
36,101 1 0 0 36,101
385626-PROCTO-GLYVENOL SUPOSITORIO
S CAJA X 5 UNDS
57,375 2 0 0 114,750

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 171,641
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 171,641
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 171,641 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9409
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
AYALA OSPINA JUAN CARLOS
CC 71317672
CL 79C # 75 - 37 AP 229 BLOQUE 7
1 ROBLEDO ALTAMIRA
TELEFONO: 5850364
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: Luisa Ospina A
3248672 8
6045850364

CUFE: 5b030d1d5c64fdbbfa472c720481
690a1fc2d4ab441662af6ff1574cf05bc3
6dc5e7ada8725f3daa1ce7e38574738155

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lucila Aspino a 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 Aspino a

FECHA Sept 9/2025

No. de Orden 9409

SENA **FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA**

Beneficiario	JUAN CARLOS AYALA OSPINA	Documento	71317672
No. Carné	8285687 - D	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	CL 79C 75-37 Blo 71 AP 229 BARRIO ALTAMIRA MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 15
SPASMOMEN 40MG CJX30GRG	**OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta**	CÁPSULA	QUINCE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	15

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
PROCTO-GLYVENOL 400-40MG SUP CJX5UN	**TRIBENOSIDO 400MGLIDOCAINA 40MG**	SUPOSITO	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SUPOSITORIO	RECTAL	CADA 24 HORAS	10

APLICAR UNO INTRARRECTAL CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
LIDOPROCTO 5%/0.28% UNG TUBX20G	**LIDOCAINA HIDROCORTISONA ACETATO**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	20

APLICAR DOS VECES / DÍA EN ZONA PERIANAL

Nombre Funcionario:	OJILVIO AYALA HERRERA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Lucela Depuio
Documento: 32486728
Télefono: 6049850864

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9409

SENA FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario JUAN CARLOS AYALA OSPINA | Documento 71317672
No. Camé 8285687 - D | Fecha autorización 08/09/25
Dirección CL 79C 75-37 Blo 71 AP 229 BARRIO ALTAMIRA MEDELLIN
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 15
SPASMOMEN 40MG CJX30GRG | OTILONIO BROMURO 40MG Tableta Recubierta | CÁPSULA | QUINCE
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 15
TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 3 PM

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 10
PROCTO-GLYVENOL 400-40MG SUP CJX5UN | TRIBENOSIDO 400MGLIDOCAINA 40MG | SUPOSITO | DIEZ
Dosis: 1 SUPOSITORIO | Vía Admon.: RECTAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 10
APLICAR UNO INTRARRECTAL CADA NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 1
LIDOPROCTO 5%/0.28% UNG TUBX20G | LIDOCAINA HIDROCORTISONA ACETATO | TUBO | UN
Dosis: 1 APLICAR | Vía Admon.: TÓPICA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 20
APLICAR DOS VECES / DÍA EN ZONA PERIANAL

Nombre Funcionario: OJILVIO AYALA HERRERA
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____
Fecha de vencimiento: 23/09/25
GTH-F-005 V.01

198

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: E249313
67
FECHA: 09-09-2025 13:26
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320696
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-CIRCADIN INST. TABLETAS 2 M
G CAJA X 30 UNDS
218,970 1 0 0 218,970
213702-ROSUVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 28 UNDS
151,200 3 0 0 453,600
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: 906,682
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 906,682
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	906,382	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9411
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CERVERA CERVERA JENKINS
CC 71605960
CR 91 # 37 - 58 APT 301
TELEFONO: 5910508
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Jenkins Cervera Cervera
CC 71605960

CUFE: 17cc8c1ac68ebd8781b4963a0770

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo JENRYS TERVEN C identificado con cédula número 72607960, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 5 Sept 2025

9fa775c6805c87b3aa805c5d6c4ee006c5fd

No. de Orden
9411

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JENKINS CERVERA CERVERA	Documento	71605960
No. Carné	43084380 - C	Fecha autorización	08/09/25
Dirección	Medellín, carrera 91 No 37-8 piso 3		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CIRCADIN 2MG TCP CJX30TAB	**MELATONINA 2MG Tableta de liberación prolongada**	TABLETAS	TREINTA (30)

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ROVARIL 20mg CBL CJX20CBL POP	**ROSUVASTATINA CALCICA**	CÁPSULA	OCHENTA (80)

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	**TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO**	AMPOLLA	SEIS (6)

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

APLICAR IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Nombre Funcionario:	LILIANA MARIA GOMEZ SANCHEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9411

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario JENKINS CERVERA CERVERA | Documento 71605960
No. Carné 43084380 - C | Fecha autorización 08/09/25
Dirección Medellín, carrera 91 No 37-8 piso 3
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
CIRCADIN 2MG TCP CJX30TAB | MELATONINA 2MG Tableta de liberación prolongada | TABLETAS | TREINTA (30)
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 30
TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
ROVARIL 20mg CBL CJX20CBL POP | ROSUVASTATINA CALCICA | CÁPSULA | OCHENTA (80)
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 80
TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE | TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO | AMPOLLA | SEIS (6)
Dosis: 1 AMPOLLAS | Vía Admon.: INTRAMUSCULAR | Frecuencia: CADA SEMANA | Tiempo tratamiento: 60
APLICAR IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Nombre Funcionario: LILIANA MARIA GOMEZ SANCHEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Jen Cer Cer
Documento: 71605960
Télefono: 3148506662

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

200

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: E249313
49
FECHA: 09-09-2025 12:23
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320678
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249464-LYRICA (RG) CAPSULAS 50 MG
CAJA X 30 UNDS
33,330 4 0 0 133,320
067417-SIRDALUD COMPRIMIDOS 4 MG C
AJA X 20 UNDS
126,105 3 0 0 378,315
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 511,935
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 511,935
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 511,635 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9448
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ GALEANO GERMAN DARIO
CC 8103219
CR 14A # 50 - 32
TELEFONO: 2145142
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 Olinda de Jesus Galeano identificado con cédula número 32469465, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Olinda de Jesus

FECHA 04-09-2025

OBS: CC 32469465 Olinda de Jesus
CUFE: 8d22f66139b8d8ef8e491c2771d0b
ee7b095608f7838382406e4a6058266b0f43
5622a12839caeb6f7095 7e1290188 27d39

No. de Orden 9448

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GERMAN DARIO GOMEZ GALEANO	Documento	8103219
No. Camé	71651120 - D	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CRA 14A NRO 50-32 alejandro echavarria		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
LYRICA 50MG CJX30CAP	PREGABALINA 50MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	CIENTO VEIN

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

1 EN LA NOCHE POR 2 SEMANAS Y LUEGO CONTINUAR MAÑANA Y NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
SIRDALUD 4mg TAB CJX20TAB	TIZANIDINA CLORHIDRATO	TABLETAS	SESENTA

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

1 DIARIA MENTE EN LA NOCHE POR 2 MESE S ,Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	GOMEZ GALEANO PORFIRIO DE JESUS

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Orlando de Jesus
Documento: 3246946
Télefono:

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9448

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario GERMAN DARIO GOMEZ GALEANO | Documento 8103219
No. Camé 71651120 - D | Fecha autorización 09/09/25
Dirección CRA 14A NRO 50-32 alejandro echavarria
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120
LYRICA 50MG CJX30CAP | PREGABALINA 50MG Cápsula de cubierta dura | CÁPSULA | CIENTO VEIN

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

1 EN LA NOCHE POR 2 SEMANAS Y LUEGO CONTINUAR MAÑANA Y NOCHE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60
SIRDALUD 4mg TAB CJX20TAB | TIZANIDINA CLORHIDRATO | TABLETAS | SESENTA

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

1 DIARIA MENTE EN LA NOCHE POR 2 MESE S ,Y SUSPENDER

Nombre Funcionario: GOMEZ GALEANO PORFIRIO DE JESUS

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 21/09/25

GTH-F-005 V.01

202

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: E249313
68
FECHA: 09-09-2025 13:30
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320697
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

403002-ACULAR LS GOTAS OFTALMICAS
0.4 % CAJA 5 ML
103,954 2 0 0 207,908
403161-PRED-F GOTAS OFTALMICAS CAJ
A 5 ML
63,505 1 0 0 63,505
125601-BOLSA PEQUEÑA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 271,713
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 271,713
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 271,413 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9461
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TOBIAS GAMEZ FRANCISCA
CC 36529042
CR 33 # 29 - 22 APTO 803 UNID EN
TRE PALMAS DE SAN DIEGO
TELEFONO: 3012368036
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: f98582b480e0a843d794e69dc6ad
5db78081feb770c6308be581b8887f3b56

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Francisca Tobón S. identificado con cédula número 36529043, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Francisca Tobón S.

FECHA 9-09-2025

Francisca Tobón S. 36529043

990ef43a3b4932bbaa0ed8832fb725b0fa

No. de Orden
9461

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FRANCISCA TOBIAS GAMEZ	Documento	36529042
No. Camé	7433882 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CALLE 15 79 - 240 APTO 309 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ACULAR LS 0.4% SO FCOX5ML	**KETOROLACO Trometamina 4MGML SO**	FRASCO	DOS

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

UNA GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 12 HORAS (RECOMENDACIÓN DEL OFTALMÓLOGO)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PRED F 10MG/ML SSO FCOX5ML	**PREDNISOLONA Acetato 10MGML SSO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 6 HORAS	30

UNA GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 6 HORAS

Nombre Funcionario:	HERNAN SAUMET ESPANA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 365-29042
Télefono: 3012236803 6

Fecha de vencimiento: 24/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9461

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FRANCISCA TOBIAS GAMEZ	Documento	36529042
No. Camé	7433882 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CALLE 15 79 - 240 APTO 309 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ACULAR LS 0.4% SO FCOX5ML	**KETOROLACO Trometamina 4MGML SO**	FRASCO	DOS

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

UNA GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 12 HORAS (RECOMENDACIÓN DEL OFTALMÓLOGO)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PRED F 10MG/ML SSO FCOX5ML	**PREDNISOLONA Acetato 10MGML SSO**	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 6 HORAS	30

UNA GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 6 HORAS

Nombre Funcionario:	HERNAN SAUMET ESPANA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 24/09/25

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: E249313
71
FECHA: 09-09-2025 13:38
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320700
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115117-BIOCALCIUM-D EFERVESCEN. IN
ST. POLVO CAJA X 30 UNDS
21,960 1 0 0 21,960
115509-NUEVID D3 INST. (VITAMINA D
3) TABLETAS 7000UI CAJA X 12 UNDS
54,672 0 4 0 18,224
115135-MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG
) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
16,290 1 0 0 16,290
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 56,774
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 56,774
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	56,474	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9478
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CATAÑO RESTREPO MARIA LETICIA
CC 21333355
CR 70 # 10 - 15 BELEN LAS PLAYAS
CEL 3008722933
TELEFONO: 3045835394
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 Maira Leticia Cataño Restrepo identificado con cédula número 21333355, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 09-09-2025

CUFE: 4c617b5b3c675e52929420ecfef
1c595901675fbcef6991e71d22655c41abf
0aec43c0c1ecfeb9d8eb37e1254945615b

No. de Orden 9478

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA LETICIA CATANO RESTREPO	Documento	21333355
No. Carné	784748 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CRA 70 NRO 10-15 BELEN LAS PLAYAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DIARIAMENTE EN AGUA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
NUEVI D 700UI/D3 CJX4TAB	**VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta**	CÁPSULA	CUATRO

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

TOMAR 1 CAPSULA DESPUE SDEL DESAYUNO SEMANAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR	**MIRTAZAPINA 30MG Comprimido**	TABLETAS	TREINTA

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

MEDIA TABLETA EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	MARIO RESTREPO RESTREPO

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Leticia Catano
Documento: 21333355
Télefono: 3008722933

Fecha de vencimiento: 23/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9478

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA LETICIA CATANO RESTREPO	Documento	21333355
No. Carné	784748 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CRA 70 NRO 10-15 BELEN LAS PLAYAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DIARIAMENTE EN AGUA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
NUEVI D 700UI/D3 CJX4TAB	**VITAMINA D3 7000UI Tableta Recubierta**	CÁPSULA	CUATRO

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

TOMAR 1 CAPSULA DESPUE SDEL DESAYUNO SEMANAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR	**MIRTAZAPINA 30MG Comprimido**	TABLETAS	TREINTA

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

MEDIA TABLETA EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	MARIO RESTREPO RESTREPO

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: María Leticia Cat.
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 23/09/25

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: E24931376
FECHA: 09-09-2025 14:10
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320705
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETILC) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 1 0 0 15,946
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 1 20 0 137,280
039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200 ML
57,405 1 0 0 57,405
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 UNDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 210,931
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 210,931
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	210,631	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9488
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA HENAO ALBA ROCIO
CC 32421778
CL 92B # 69 - 42 FRANCISCO ANTONIO ZEA
TELEFONO: 4711985
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 Allen Mauro Montes identificado con cédula número 1047177256, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Allen Mauro Montes

FECHA 9-10-23

CUFE: eed8fb37a621d406a4135f857bc
9baf3b307604bc549ff2e49cd15ba691d
6523a157265462f037d288a5e6bb240eb

No. de Orden 9488

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ALBA ROCIO MONTOYA HENAO	Documento	32421778
No. Carné	12525421 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CALLE 92B NRO 69-42 B. FRANCISCO ZEA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO**	FRASCO	UN 1

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	CIENTO VEIN 120

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

TOMAR EN ESQUEMA ENSEÑADO EN CONSULTA (1 - 2 - 1) JUNTO CON DOLEX FORTE

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

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

APLICAR EN RODILLA TRES VECES AL DÍA

Nombre Funcionario:	CAYETAN S PABON GRANDETT

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 24/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9488

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	ALBA ROCIO MONTOYA HENAO	Documento	32421778
No. Carné	12525421 - C	Fecha autorización	09/09/25
Dirección	CALLE 92B NRO 69-42 B. FRANCISCO ZEA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
FREEGEN GEL 1% SO FCX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 10MGML SO**	FRASCO	UN 1

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	CIENTO VEIN 120

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

TOMAR EN ESQUEMA ENSEÑADO EN CONSULTA (1 - 2 - 1) JUNTO CON DOLEX FORTE

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

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

APLICAR EN RODILLA TRES VECES AL DÍA

Nombre Funcionario:	CAYETAN S PABON GRANDETT

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 32421724
Télefono: 3146076606

Fecha de vencimiento: 24/09/25

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: E24931561
FECHA: 12-09-2025 11:56
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320890
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255175-EPACOR CAPSULAS CAJA X 30 UNDS
119,341 3 0 0 358,023
213197-MOMETASONA MK SPRAY NASAL 0.05% CAJA 18 G
93,779 3 0 0 281,337
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
23,320 5 0 0 116,600
100278-COLMIBE EZETIM+ATORVA RG INST. TABLETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS
154,530 2 24 0 432,684
336336- SUERO FISIOLOGICO 0.09 BOLSA 500 ML
4,060 3 0 0 12,180
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UNDS
75,008 0 1 0 300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,201,124
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,201,124
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 1,200,824 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9522
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RUIZ VELEZ NORA
CC 43524655
CL 112 # 64D - 5
TELEFONO: 3116496668
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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Abel Dario Arango identificado con cédula número 71622437, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 12 septiembre 2025

MEDI. GENERAL

OBS: CC 71622437

Tel-3122318186

CUFE: 972daf25a25dbd4c9f4d9393d9d5
25556e38d7e841b7f0aea455b1cca70dfd2
763445a47fc507d3d4142f6dae9b6226f8

No. de Orden 9522

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NORA CECILIA RUIZ VELEZ	Documento	43524655
No. Carné	71622437 - C	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
EPACOR 465/375MG CJX30CAP	**EICOSAPENTAENOICO ACIDO 465MGDOCOSAHEXAENOICO**	CÁPSULA	NOVENTA (90)

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
FUROATO D MOMETASONA 0.05% SPRAY FCX140A	**MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión**	FRASCO	TRES (3)

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	NASAL	CADA 2 HORAS	90

EN LA NOCHE ,EN CADA FOSA NASAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX 500MG CJX100TR	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta**	CÁPSULA	CIEN (100)

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

DOLEX ACTIVGEL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
EZATOR 10mg/20mg TNR CJX28TAB	**ATORVASTATINA CALCIO EZETIMIBA**	TABLETAS	OCHENTA Y (84)

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71622437
Télefono: 3122318106

Fecha de vencimiento: 25/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9522

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	NORA CECILIA RUIZ VELEZ	Documento	43524655
No. Carné	71622437 - C	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
EPACOR 465/375MG CJX30CAP	**EICOSAPENTAENOICO ACIDO 465MGDOCOSAHEXAENOICO**	CÁPSULA	NOVENTA (90)

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
FUROATO D MOMETASONA 0.05% SPRAY FCX140A	**MOMETASONA FUROATO 0.5MGML Suspensión**	FRASCO	TRES (3)

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	NASAL	CADA 2 HORAS	90

EN LA NOCHE ,EN CADA FOSA NASAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX 500MG CJX100TR	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta**	CÁPSULA	CIEN (100)

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

DOLEX ACTIVGEL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
EZATOR 10mg/20mg TNR CJX28TAB	**ATORVASTATINA CALCIO EZETIMIBA**	TABLETAS	OCHENTA Y (84)

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71622437
Télefono: 3122318106

Fecha de vencimiento: 25/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9522

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NORA CECILIA RUIZ VELEZ	Documento	43524655
No. Carné	71622437 - C	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SOLUCION CS PISA0.9% SHN FCOX500ML PSF	SODIO CLORURO	N/A	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
20 c.c.	NASAL	CADA 12 HORAS	90

2 VEC ESLA DIA EN CAD AS FOSA NASAL

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71622437
Télefono: 3122318106

Fecha de vencimiento: 25/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9522

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	NORA CECILIA RUIZ VELEZ	Documento	43524655
No. Carné	71622437 - C	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SOLUCION CS PISA0.9% SHN FCOX500ML PSF	SODIO CLORURO	N/A	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
20 c.c.	NASAL	CADA 12 HORAS	90

2 VEC ESLA DIA EN CAD AS FOSA NASAL

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71622437
Télefono: 3122318106

Fecha de vencimiento: 25/09/25

GTH-F-005 V.01

211

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: E249315
58
FECHA: 12-09-2025 11:08
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320887
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405
662023-MEDROL INST. TABLETAS 4 MG
CAJA X 50 UNDS
42,750 0 30 0 25,650
255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLU
CION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 1 0 0 116,906
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 200,261
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 200,261
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 199,961 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9550
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: 21435818

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA _____

FECHA _____

5b37625099d43fba357ed18516d2355fb8
612fe58501173701 3db0024 3afd6600dca
CUFE: d4bba98de0t4aa82a28c3d3096ef

No. de Orden 9550

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MYRIAM LONDONO GONZALEZ	Documento	21435818
No. Camé	8288397 - C	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	VEREDA LA ABANA EN SAN LUIS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR EN EL HOMBRO DOS VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
MEDROL 4MG CJX30TAB	**METILPREDNISOLONA 4MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

APLICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR UN MES

Nombre Funcionario:	JORGE IGNACIO VANEGAS OSSA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21405818
Télefono: 3148960769

Fecha de vencimiento: 26/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9550

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	LUZ MYRIAM LONDONO GONZALEZ	Documento	21435818
No. Camé	8288397 - C	Fecha autorización	11/09/25
Dirección	VEREDA LA ABANA EN SAN LUIS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR EN EL HOMBRO DOS VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
MEDROL 4MG CJX30TAB	**METILPREDNISOLONA 4MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

APLICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR UN MES

Nombre Funcionario:	JORGE IGNACIO VANEGAS OSSA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 26/09/25

GTH-F-005 V.01

212

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 18764085020782
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: E249315
60
FECHA: 12-09-2025 11:53
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320889
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121010-AMOXICILINA GENFAR CAPSULA
500 MG CAJA X 50 UNDS
12,800 0 30 0 7,680
121108-NAPROXEN GENFAR TABLETAS 2
50 MG CAJA X 10 UNDS
6,666 2 0 0 13,332
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 21,312
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 21,312
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 21,012 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9557
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CERVERA CERVERA JENKINS
CC 71605960
CR 91 # 37 - 58 APT 301
TELEFONO: 5910508
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

DELGADO TORRES INGRID NIRIANY
ESPECIALIDAD
ODONTOLOGIA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo JENNY [illegible] identificado con cédula número 71[illegible]96, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Sep 12 2021

CUFE: ea185e4088e77a844c021b47c702
b11928336a8bc405d06a0806e0ea920111 5
2c716e12d589ddd0d572cc2403b6b22e42

No. de Orden
9557

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JENKINS CERVERA CERVERA	Documento	71605960
No. Carné	43084380 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	Medellín, carrera 91 No 37-8 piso 3		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
AMOXICILINA 500MG CJX60CAPS	**AMOXICILINA TRIHIDRATO 500MG Cápsula de cubierta**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR 1 CADA 8 HRS POR 7 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
NAPROXENO 250MG CJX10CAPS	**NAPROXENO 250MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	VEINTE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 6 HORAS	5

TOMAR 1 CADA 6 HRS POR 5 DIAS

Nombre Funcionario:	LILIANA MARIA GOMEZ SANCHEZ

Ingrid Delgado

INGRID NIRIANY DELGADO TORRES
RM: 76-0760-16

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1716075[illegible]
Télefono: 3[illegible]

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9557

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JENKINS CERVERA CERVERA	Documento	71605960
No. Carné	43084380 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	Medellín, carrera 91 No 37-8 piso 3		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
AMOXICILINA 500MG CJX60CAPS	**AMOXICILINA TRIHIDRATO 500MG Cápsula de cubierta**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR 1 CADA 8 HRS POR 7 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
NAPROXENO 250MG CJX10CAPS	**NAPROXENO 250MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	VEINTE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 6 HORAS	5

TOMAR 1 CADA 6 HRS POR 5 DIAS

Nombre Funcionario:	LILIANA MARIA GOMEZ SANCHEZ

Ingrid Delgado

INGRID NIRIANY DELGADO TORRES
RM: 76-0760-16

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/09/25

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: E249316
11
FECHA: 13-09-2025 09:19
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320940
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

200073-ATERGIT GOTAS 0.05 % CAJA 5
ML
47,577 3 0 0 142,731

---------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 142,731
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 142,731
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 142,731 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9572
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RUIZ VELEZ NORA
CC 43524655
CL 112 # 64D - 5
TELEFONO: 3116496668
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: b08fed44b12d3d69268e560cdc8a
4a92d78169db3ba070847b99e00f59975b
24cea0b7d2b8a96f5dc7c1aca1a02706fc

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

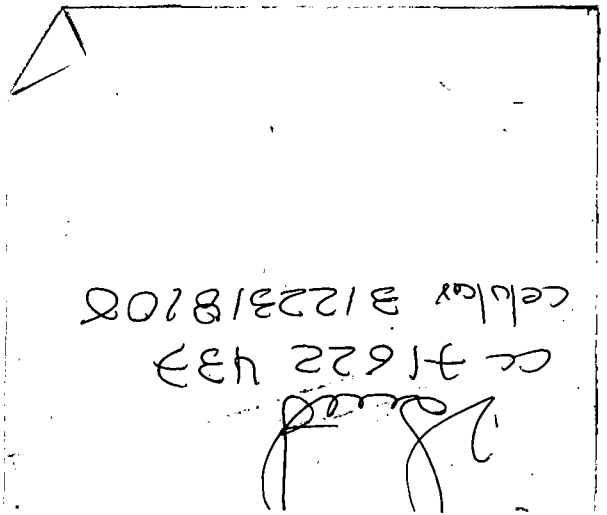
Certificación recibo a satisfacción

Yo Abel Dario Asurdo identificado con cédula número 71622437, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 13 septiembre 2025



No. de Orden
9572

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NORA CECILIA RUIZ VELEZ	Documento	43524655
No. Carné	71622437 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
RELESTAT 0.5MG/ML SO FCOX5ML	**EPINASTINA Clorhidrato 0.5MGML SO**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	90

ATERGT SI NO HAY RELESTAT

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71622437
Télefono: 3122318106

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9572

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	NORA CECILIA RUIZ VELEZ	Documento	43524655
No. Carné	71622437 - C	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 112 NRO 64D 05 INT 201 BOYACA LAS BRISAS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
RELESTAT 0.5MG/ML SO FCOX5ML	**EPINASTINA Clorhidrato 0.5MGML SO**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 12 HORAS	90

ATERGT SI NO HAY RELESTAT

Nombre Funcionario:	ABEL DARIO ARANGO MEJIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71622437
Télefono: 3122318106

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

217

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: E249315
73
FECHA: 12-09-2025 13:36
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 320902
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115123-DEXAPRON(ESCITALOPRAM) INST
. TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
280,000 0 90 0 84,000
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 84,300
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 84,300
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	84,000	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9588
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SADDER ALZATE SALOME
CC 1011513308
CL 52 # 74 - 74 ESTADIO
TELEFONO: 4360239
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: feacf161cad5d4d17e08d0456a08
c948740c40c56a9c08fb40fde197781f52
a3ad8bd9680f23c9ef48379eabcfb78d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Lucely Gaviria identificado con cédula número 71614927, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 12/09/2025

No. de Orden
9588

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SALOME SADDER ALZATE	Documento	1011513308
No. Carné	71611498 - D	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 52 NRO 74 -74 ESTADIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DEXAPRON 10MG CJX30TAB .	ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS (Recomendación del especialista en PSIQUIATRÍA)

Nombre Funcionario:	JOHN FREDY SADDER RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71611498
Télefono: 3104131107

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9588

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SALOME SADDER ALZATE	Documento	1011513308
No. Carné	71611498 - D	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	CALLE 52 NRO 74 -74 ESTADIO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DEXAPRON 10MG CJX30TAB .	ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS (Recomendación del especialista en PSIQUIATRÍA)

Nombre Funcionario:	JOHN FREDY SADDER RAMIREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

218

219

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: E249315
81
FECHA: 12-09-2025 14:05
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 320910
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

134065-FLUOXETINA GENFAR CAPSULAS
20 MG CAJA X 10 UNDS
4,640 9 0 0 41,760
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 42,060
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 42,060
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	41,760	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9600
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

C.C. 71725040

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carlos Mario Acevedo identificado con cédula número 71725010, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 12-09-2025

CUFE: f5f9f47aa49592123e6ac21829c
1a2071fdf7f53d34a6313210449465743
ee0dfcd2044617072acbd9177ae9a1b544

220

No. de Orden
9600

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LAURA ACEVEDO GOMEZ	Documento	1020230076
No. Carné	43807906 - E	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	VEREDA LA MIEL-EL PINAR - CALDAS ANT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FLUOXETINA 20MG CJX10CAPS	**FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta**	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	CARMEN DORIS GOMEZ HURTADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9600

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LAURA ACEVEDO GOMEZ	Documento	1020230076
No. Carné	43807906 - E	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	VEREDA LA MIEL-EL PINAR - CALDAS ANT		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
FLUOXETINA 20MG CJX10CAPS	**FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta**	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

C.C. 71725040 tel: 3144660988

Nombre Funcionario:	CARMEN DORIS GOMEZ HURTADO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

220

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: E249315
83
FECHA: 12-09-2025 14:08
VENDEDOR: MICHEL OCHOA RESTREPO
SECUENCIA: 320912
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404069-HIDRAPLUS 75 ZINC COCO FRAS
CO 400 ML
11,208 5 0 0 56,040
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3) IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X
32,100 2 0 0 64,200
255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLU
CION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 2 0 0 233,812
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 354,352
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 354,352
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	354,052	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9605
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GAVIRIA LOMBANA DAHIANA
TI 1077847634
CL 65 # 80A - 96 ROBLEDO
TELEFONO: 3002185026
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: Dahiana 1077847634

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dahiana Gaviria Lombana identificado con cédula número 1077847654, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Dahiana

FECHA 12 - septiembre - 2025

CUFE: 72ced37d4f4f2c75d60e0caf3c8f
801a1455507377313712615ae33cfe00
e6cd358eb39780c0fee409e08fc4d7cc99

No. de Orden 9605

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DAHIANA GAVIRIA LOMBANA	Documento	1077847634
No. Carné	98551435 - I	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	Calle 65 nro 80A -96 segundo piso		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP	**VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	CIENTO VEIN

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA DÍA A LAS 10 AM POR DOS MESES. CONTINUAR UNA DIARIA. ENTR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 5
HIDRAPLUS 75 MEQ ZINC COCO FCOX400ML	**DEXTROSA ANHIDRA 3,375GLSODIO CLORURO**	FRASCO	CINCO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
100 c.c.	ORAL	CADA 6 HORAS	5

TOMAR 100 CC CADA 6 HORAS DURANTE LOS PRÓXIMOS 5 DÍAS, ALTERNANDO CON EL ESQU

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:	BERNARDO DE JESUS MONTOYA VILLADA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Dahiana
Documento: 1077847634
Télefono: 3238660678

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9605

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	DAHIANA GAVIRIA LOMBANA	Documento	1077847634
No. Carné	98551435 - I	Fecha autorización	12/09/25
Dirección	Calle 65 nro 80A -96 segundo piso		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP	**VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	CIENTO VEIN

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA DÍA A LAS 10 AM POR DOS MESES. CONTINUAR UNA DIARIA. ENTR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 5
HIDRAPLUS 75 MEQ ZINC COCO FCOX400ML	**DEXTROSA ANHIDRA 3,375GLSODIO CLORURO**	FRASCO	CINCO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
100 c.c.	ORAL	CADA 6 HORAS	5

TOMAR 100 CC CADA 6 HORAS DURANTE LOS PRÓXIMOS 5 DÍAS, ALTERNANDO CON EL ESQU

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:	BERNARDO DE JESUS MONTOYA VILLADA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

223

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: E249316
92
FECHA: 15-09-2025 14:27
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 321021
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200
ML
57,405 1 0 0 57,405
155060-PANOTIL GOTAS CAJA 8 ML
22,305 1 0 0 22,305
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 80,010
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 80,010
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	79,710	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9633
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOAIZA MARIN JERONIMO
CC 1020110851
CR 80 # 77BB - 64 AP 9902 FLOR
MORADO
TELEFONO: 6045825465
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: 1020110851

CUFE: 0b8132c6281a50b[illegible]34bf92c7589c
f49393d79065fd0457ce49537e553386af
96509c9ec0ceb65bb40a861b2114b0a60d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jeronimo Lozano Martín identificado con cédula número 1020110851, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

No. de Orden 9633

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JERONIMO LOAIZA MARIN	Documento	1020110851
No. Carné	43504299 - E	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	Cra 80 No. 77BB - 64 Apto 9902 Robledo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR CADA NOCHE EN HOMBRO AFECTADO

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 GOTA(S)	ÓTICA	CADA 12 HORAS	10

DOS GOTAS EN OIDO IZQUIERDO DOS VECES AL DÍA POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario:	SOMNY ELCIRA MARIN FLOREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1020110851
Télefono: 3054313750

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9633

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario JERONIMO LOAIZA MARIN | Documento 1020110851
No. Carné 43504299 - E | Fecha autorización 15/09/25
Dirección Cra 80 No. 77BB - 64 Apto 9902 Robledo
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

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

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

APLICAR CADA NOCHE EN HOMBRO AFECTADO

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

Dosis 2 GOTA(S) | Vía Admon. ÓTICA | Frecuencia CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento 10

DOS GOTAS EN OIDO IZQUIERDO DOS VECES AL DÍA POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario: SOMNY ELCIRA MARIN FLOREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

225

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: E249316
94
FECHA: 15-09-2025 15:04
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 321023
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115119-CARMELUB TEARSGEL INST. SOL
UCION OFTALMICA 1 % CAJA 15 ML
11,154 1 0 0 11,154
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 0 20 0 31,020
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 42,474
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 42,474
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	11,154	0
EXENTAS:	31,020	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9644
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDONA LOPEZ JULIAN
CC 1000195018
CL 98 N # 67 N - 12 BARRIO CASTILL
A
TELEFONO: 3014411956
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: 1000/950/8

CUFE: 5691c6849d7503a861217c918262
137cbb55ba3ea31ee933A044-56b5 0000

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Julian Cardenas Lopez identificado con cédula número 1000470180, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Julian C.L

FECHA 15/09/2025

edb32bd437a98870b19aedb579e708aoe3

No. de Orden 9644

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JULIAN CARDONA LOPEZ	Documento	1000195018
No. Carné	43115404 - E	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	Calle 98 # 67-12. Castilla.		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML**	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO DOS BVECES AL DÍA (7AM - 7 PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR SOLO EN CASO DE DOLOR DEL PECHO MUY FUERTE

Nombre Funcionario:	TANIA ANDREA LOPEZ LONDOÑO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1000195018
Télefono: 3206492809

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9644

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario	JULIAN CARDONA LOPEZ	Documento	1000195018
No. Carné	43115404 - E	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	Calle 98 # 67-12. Castilla.		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML	**CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML**	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO DOS BVECES AL DÍA (7AM - 7 PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DOLEX FORTE NF OPTIZORB 500/65MG CJX48TN	**ACETAMINOFEN 500MGCAFEINA 65MG Tableta**	TABLETAS	VEINTE

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

TOMAR SOLO EN CASO DE DOLOR DEL PECHO MUY FUERTE

Nombre Funcionario:	TANIA ANDREA LOPEZ LONDOÑO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

227

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: E249316
95
FECHA: 15-09-2025 15:22
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 321024
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 90 0 102,960
639255-GLUCOSAMINA COLMED SOBRES 1
500 MG CAJA X 15 UNDS
28,028 2 0 0 56,056
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 50 U
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]----
TOTAL: 159,316
----------[FORMAS DE PAGO]----
MEDIO DE PAGO: CREDITO 159,316
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 159,016 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9653
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VALENCIA SANCHEZ GLADYS DEL SOCORR
CC 42750077
CL 34A # 96A - 67 LAURELES APT 2
03
TELEFONO: 4181427
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: 42750477

CUFE: 4503bbe00fd8250aedd77f[illegible]385e1
706d350647bec67616ec442349[illegible]a3eaf5
e8814e8fde1827bf0 0500f800-01 7 66

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gladys Valencia S. identificado con cédula número 42750877, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Septiembre 15-2025

No. de Orden 9653

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLADYS DEL SOCORRO VALENCIA SANCHEZ	Documento	42750077
No. Carné	2885245 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CLL 35A NRO 85C-93 APTO 202 LAURELES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	90
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	NOVENTA	

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS POR DOLOR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	30
GLUCOSAMINA 3.3GR POV CJ X 15 SOB	**GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG Polvo para Solución**	SOBRE	TREINTA	

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	JOSE ALBERTO CARDENAS GIRALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42750077
Télefono: 3117873724

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9653

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLADYS DEL SOCORRO VALENCIA SANCHEZ	Documento	42750077
No. Camé	2885245 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CLL 35A NRO 85C-93 APTO 202 LAURELES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	90
DOLEX 500MG FCOX24 TR	**ACETAMINOFEN 500MG TR**	TABLETAS	NOVENTA	

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS POR DOLOR

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	30
GLUCOSAMINA 3.3GR POV CJ X 15 SOB	**GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG Polvo para Solución**	SOBRE	TREINTA	

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	JOSE ALBERTO CARDENAS GIRALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01