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: E328130
904
FECHA: 24-09-2025 13:10
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174336
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682417-CALCITRIOL COLMED INST. CAP
SULAS 0.5 MCG X 30 UNDS
5,580 2 0 0 11,160
927003-OROCAL D (CARBON.CALCIO) IN
ST. TABLETAS CAJA X 300 UNDS
79,000 0150 0 39,500

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 50,660
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 50,660
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 50,660 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-10071
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEREZ DE ZAPATA CARMEN JULIA
CC 21376863
CL 32B SUR # 45B SUR - 39 HOGAR GE
RONTOLOGICO VIVIREMOS CON AMOR
TELEFONO: 5988117
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: a9746ef33a3f0af3ee7ef382c5c0
7249d913f712fd17055c4bcf50c10fe693
11b5ed8c9b87672d61b853849d1fa2d9e2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Esta mateya identificado con cédula número 1.02-4A332, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Esta mateya

FECHA 1.02-1117332

25/9/25

No. de Orden
10071

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CARMEN JULIA PEREZ DE ZAPATA	Documento	21376863
No. Camé	43068041 - A	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	Carrera 25C No 41B Sur 37 Apartamento 1311		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
CALCITRIOL 0.5 MCG CJX30CAPS	CALCITRIOL 0.5MCG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	SESENTA

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 24 HORAS POR TRES MESES. ENTREGA 1/3

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 150
OROCAL D 1500MG+VITD3 200UI CJX30TAB	CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 200UI	TABLETAS	CIENTO CINC

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

TOMAR 2 JUNTAS CON DESAYUNO, DOS CON ALMUERZO Y UNA E N LA CENA

Nombre Funcionario: LILIAM ZAPATA PEREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Fecha de vencimiento: 08/10/25

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1.020 447 332
Télefono: 3235452752

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10071

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	CARMEN JULIA PEREZ DE ZAPATA	Documento	21376863
No. Carné	43068041 - A	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	Carrera 25C No 41B Sur 37 Apartamento 1311		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
CALCITRIOL 0.5 MCG CJX30CAPS	CALCITRIOL 0.5MCG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	SESENTA

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 24 HORAS POR TRES MESES. ENTREGA 1/3

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 150
OROCAL D 1500MG+VITD3 200UI CJX30TAB	CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 200UI	TABLETAS	CIENTO CINC

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

TOMAR 2 JUNTAS CON DESAYUNO, DOS CON ALMUERZO Y UNA E N LA CENA

Nombre Funcionario: LILIAM ZAPATA PEREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Fecha de vencimiento: 08/10/25

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1020447332
Télefono: 3235452752

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: E328130
907
FECHA: 24-09-2025 13:16
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174339
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

093123-CLORFENIRAMINA ECAR JARABE
FRAMBUESA FRASCO 120 ML
5,526 1 0 0 5,526
155215-FLUIMUCIL SOBRES 600 MG NAR
ANJA CAJA X 30 UNDS
90,030 0 20 0 60,020
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
72,600 0 20 0 14,520

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 80,066
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 80,066
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 80,066 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-10096
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS DE BERNAL GLORIA
CC 37795854
CL 65 SUR # 42B - 14 AP 306 T2 PA
SEO SAN FRANCISCO
TELEFONO: 3153504745
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Harold Bernal O. identificado con cédula número 8216918, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 25 Sep. 2025

8169182

CUFE: cd526lec04d7d0b56b29fe0d8500
5557dc03dc94af9204a1ed685abcfcc72e
5877c3988573971200c4c744ebbe24a0192

OBS:

MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD
BUENO ARIZA WENDY LAURA

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

No. de Orden
10096

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	GLORIA VARGAS DE BERNAL	Documento	37795854
No. Carné	8216918 - A	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	Cra 1 Manzana G Casa No. 17 Ciudad Bolívar		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR 10 CC CADA NOCHE POR 10 DÍAS

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

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

TOMAR UN SOBRE A LAS 7 AM Y A LAS 7 PM POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	20
DOLEX 500MG FCOX24 TR	ACETAMINOFEN 500MG TR	TABLETAS	VEINTE	

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	3

TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS POR TRES DÍAS

Nombre Funcionario:	HAROLD DE JESUS BERNAL OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8216918
Télefono: 3153504745

Fecha de vencimiento: 09/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10096

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	GLORIA VARGAS DE BERNAL	Documento	37795854
No. Carné	8216918 - A	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	Cra 1 Manzana G Casa No. 17 Ciudad Bolívar		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR 10 CC CADA NOCHE POR 10 DÍAS

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

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

TOMAR UN SOBRE A LAS 7 AM Y A LAS 7 PM POR 10 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	20
DOLEX 500MG FCOX24 TR	ACETAMINOFEN 500MG TR	TABLETAS	VEINTE	

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	3

TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS POR TRES DÍAS

Nombre Funcionario:	HAROLD DE JESUS BERNAL OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8216918
Télefono: 3153504745

Fecha de vencimiento: 09/10/25

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: E328131
259
FECHA: 26-09-2025 12:59
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174691
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

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

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 677,573
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 677,573
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 677,573 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-10136
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO MARIA OFELIA
CC 21456011
CL 67 SUR # 45 - 52 APARTAMENTO 3
03 BARRIO SANTA ANA SABANETA
TELEFONO: 3053674270
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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 Margarita Ligia Rojas J. identificado con cédula número 21460182, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Margarita Rojas

FECHA 26/09/25

Te/ 3053673430

21460182

OBS:

CUFE: 2cf0f6d2c65e814f6def2db3583e
f4012cb2b8e11d701a4023987 8fba4324
6b95d2d7445d8a20b426d7b702542 1f31

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

No. de Orden
10136

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA OFELIA JARAMILLO	Documento	21456011
No. Carné	21460182 - A	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	Calle 67 sur 45-52 APTO 303 BARRIO SANTA ANA SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
AMPOLLAS	SUBCUTANEA	CADA SEMESTRE	1

PLICAR EN DOSIS ÚNICA. (EQUIVALE A LA DOSIS DE MARZO 2025). PRÓXIMA DOSIS ES MARZ

Nombre Funcionario:	MARGARITA ROJAS JARAMILLO

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Margarita Rojas J
Documento: 21460182
Télefono: 3053674290

cha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10136

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA OFELIA JARAMILLO	Documento	21456011
No. Carné	21460182 - A	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	Calle 67 sur 45-52 APTO 303 BARRIO SANTA ANA SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	SUBCUTANEA	CADA SEMESTRE	1

APLICAR EN DOSIS ÚNICA. (EQUIVALE A LA DOSIS DE MARZO 2025). PRÓXIMA DOSIS ES MARZ

Nombre Funcionario:	MARGARITA ROJAS JARAMILLO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Margarita Rojas J
Documento: 21460182
Télefono: 3053674290

Fecha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

7

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: E328131
221
FECHA: 26-09-2025 09:44
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174653
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277469-RISPERDAL (RG) INST. SOLUCI
ON ORAL CAJA 30 ML
15,695 1 0 0 15,695

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 15,695
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 15,695
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 15,695 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-10139
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TORRES ROLDAN MARIA EDITH
CC 32396418
CR 59A # 69C - 9 URB.COLINA VERD
E-BLOQUE 6 APTO.624
TELEFONO: 6184259
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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.GENERAI

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo CAMILO ANDRES LÓPEZ T identificado con cédula número 8163177, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 26/09/2025

OBS:

CUFE: adf88ff67d6f8e651efef17384e8
71341c18ac3620679d5e655d3dc711b6f38
182bebdd3391f173e7fd3fbaeabac3605f

Camilo López Torres
8163177
3113258378

8

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

Beneficiario
MARÍA EDITH TORRES ROLDÁN
No. Carné 70036453-C

Cédula 32396418

Fecha **25 SEPTIEMBRE 2025**

RISPERDAL 1mg/ml SGS CJXFCO30ml (RISPERIDONA)	**VIA ORAL: TOMAR 5 GOTAS DIARIAS**	**01 FCO**	**UNO**
FORMULA PARA UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	REMPLAZA HALOPERIDOL GOTAS QUE SE ENCUENTRA AGOTADO		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO:10139

CAMILO A. LÓPEZ TORRES
8.163.177
3113250878

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: E328131
265
FECHA: 26-09-2025 13:28
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174697
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

012182-EPIDUO FORTE GEL 0.3/2.5% C
AJA 30 G
124,251 1 0 0 124,251

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 124,251
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 124,251
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 124,251 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-10161
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VASQUEZ DEL RIO MARIA CAMILA
CC 1034989738
CL 40C SUR # 42 - 38 EDIFICIO SAN
TA ANA APAR 502 (3317435)
TELEFONO: 3127638426
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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

[redacted]

1034989738

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Maria Camila Vásquez Del Río identificado con cédula número 1034989738, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 26/09/2025

CUFE: b5c25c1012bbe4a2f77f8bec1512
1c55c50a4807002dcac8474debe4b90e8
351dd5f7a33929eb4a4619 3a39ec0ab6f

No. de Orden 10161

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CAMILA VASQUEZ DEL RIO	Documento	1034989738
No. Carné	43800121 - D	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CALLE 40C SUR NRO 42-38 APTO 502		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
PIDUO FORTE 2.5% / 0.3% GEL COX30G	PERÓXIDO DE BENZOILO 2.5GADAPALENO 0.3G	TUBO	UN

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

N LA NOCHE DIA POR MEDIO

Nombre Funcionario:	MARTINEZ MARIA DEL RIO MARTINEZ

Gloria Lopez

LORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: femula V D
Documento: 1034989738
Télefono: 3053356001

cha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 10161

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA CAMILA VASQUEZ DEL RIO	Documento	1034989738
No. Carné	43800121 - D	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CALLE 40C SUR NRO 42-38 APTO 502		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

EN LA NOCHE DIA POR MEDIO

Nombre Funcionario:	MARTINEZ MARIA DEL RIO MARTINEZ

Gloria Lopez

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: femula V D
Documento: 1034989738
Télefono: 3053356001

Fecha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

DISTRIBUIDORA PASTEUR
830941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-66
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
AUTORRETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328131
799
FECHA: 29-09-2025 14:57
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1175231
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

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

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 677,573
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 677,573
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 677,573 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-10216
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
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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 VERDE GLORIA PATRICIA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo HÉCTOR GUILLÉN identificado con cédula número 508.035, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 19-09-20

HÉCTOR GUILLÉN
C 508.035

CUFE: f0de4b5dbb73bc9f810fc9119a9c0
06e7c76e2910c68eb27293a25017ddd24e
7582f1049572294b78dabfe368c41f421c

OBS:

MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD

No. de Orden 10216

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eficiario	MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN	Documento	32396632
o. Carné	508035 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
OLIA 60mg/mL SHI CJX1JEP	DENOSUMAB	JERINGA	UN	

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

LICAR SUBCUTANEA DOSI UNICA

Nombre Funcionario:	GABRIEL GUILLEN CHICA

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 508035
Télefono:

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 10216

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MICELLY DE JESUS TABARES DE GUILLEN	Documento	32396632
No. Carné	508035 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	CALLE 32 SUR NRO 47-46 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR SUBCUTANEA DOSI UNICA

Nombre Funcionario:	GABRIEL GUILLEN CHICA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 508035
Télefono:

Fecha de vencimiento: 11/10/25

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
384
FECHA: 16-09-2025 15:03
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1172815
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 3 0 0 168,300
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 90 0 102,960
249464-LYRICA (RG) CAPSULAS 50 MG
CAJA X 30 UNDS
33,330 3 0 0 99,990
249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 30 UNDS
50,010 3 0 0 150,030
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
4,500 0 90 0 1,350
115001-PROLIA (CF) (RG) INST. J.PR
ELLENADA 60 MG X 1 UND
677,573 1 0 0 677,573
132573-OMEPRAZOL GENFAR INST. TAB
LETAS 20 MG CAJA X 10 UNDS
2,200 6 0 0 13,200
134190-OMEPRAZOL GENFAR CAPSULAS 2
0 MG CAJA X 10 UNDS
4,287 3 0 0 12,861

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,435,604
---------[FORMAS DE PAGO]---------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,435,604
FORMA DE PAGO: CREDITO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo CAMILO ANDRES PEREZ T. identificado con cédula número 8163177, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 16/09/2025

MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD
BUENO ARIZA WENDY LAURA

DATOS DEL MEDICO
factura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 6184259
E-BLOQUE 6 APTO.624
CR 59A # 69C - 9 URB.COLINA VERD
CC 32396418
TORRES ROLDAN MARIA EDITH
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1
FORMULA: DOMICILIO-9692

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
[RESUMEN DE IMPUESTOS]		
CAMBIO:		0
EXCLUIDAS:	1,435,604	0
IMPOCONSUMO	0	0

OBS:

CUFE: e1c19b4a0fa68fda754dd80a0984ad1a64ab8df7742c6a1ac1dcff45b42cfa1889d5bea9767e72a3f6f0583aa33c8c

8163177

No. de Orden 9692

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA EDITH TORRES ROLDAN	Documento	32396418
No. Carné	70036453 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 59A NRO 69C -9 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

OMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
OLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	15

OMAR 2 JUNTAS CADA 8 HORAS POR 15 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
YRICA 50MG CJX30CAP	PREGABALINA 50MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	NOVENTA

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

OMAR CADA 24 HORAS LUEGO DEL DESAYUNO

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

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

OMAR CADA NOCHE A LAS 9 PM

Nombre Funcionario: JUAN GUILLERMO LOPEZ JIMENEZ

ENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8163177
Télefono: 3113250878

cha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9692

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA EDITH TORRES ROLDAN	Documento	32396418
No. Carné	70036453 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 59A NRO 69C -9 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	15

TOMAR 2 JUNTAS CADA 8 HORAS POR 15 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
LYRICA 50MG CJX30CAP	PREGABALINA 50MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS LUEGO 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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 9 PM

Nombre Funcionario: JUAN GUILLERMO LOPEZ JIMENEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8163177
Télefono: 3113250878

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

14

No. de Orden 9692

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA EDITH TORRES ROLDAN	Documento	32396418
No. Carné	70036453 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 59A NRO 69C -9 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
ALOPERIDOL GOTAS 2MG/ML FCOX20ML	HALOPERIDOL 2MGML SoluciónGotas	FRASCO	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
18 GOTA(S)	ORAL	CADA 24 HORAS	90

OMAR 3 GOTAS A LAS 8 AM Y 15 GOTAS A LAS 9 PM POR TRES MESES

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

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

OMAR CADA 24 HORAS (Recomendación del especialista)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
MLODIPINO 5MG CJX10TAB	AMLODIPINO BESILATO 5MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

OMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. ENTREGAR DE MK

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	SUBCUTANEA	DOSIS ÚNICA	1

PLICAR CADA SEIS MESES SIN INTERRUMPIR. PROXIMA DOSIS 12mar2026

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO LOPEZ JIMENEZ

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8163177
Télefono: 3113250878

cha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9692

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA EDITH TORRES ROLDAN	Documento	32396418
No. Carné	70036453 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 59A NRO 69C -9 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
HALOPERIDOL GOTAS 2MG/ML FCOX20ML	HALOPERIDOL 2MGML SoluciónGotas	FRASCO	CUATRO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
18 GOTA(S)	ORAL	CADA 24 HORAS	90

TOMAR 3 GOTAS A LAS 8 AM Y 15 GOTAS A LAS 9 PM POR TRES MESES

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 (Recomendación del especialista)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
AMLODIPINO 5MG CJX10TAB	AMLODIPINO BESILATO 5MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR TRES MESES. ENTREGAR DE MK

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	SUBCUTANEA	DOSIS ÚNICA	1

APLICAR CADA SEIS MESES SIN INTERRUMPIR. PROXIMA DOSIS 12mar2026

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO LOPEZ JIMENEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8163177
Télefono: 3113250878

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9692

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA EDITH TORRES ROLDAN	Documento	32396418
No. Carné	70036453 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 59A NRO 69C -9 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
IMEPRAZOL 20MG CJX15CAPS	**OMEPRAZOL 20MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	NOVENTA

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

)MAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO A LAS 5 AM

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO LOPEZ JIMENEZ

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8163177
Télefono: 3113250878

cha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9692

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA EDITH TORRES ROLDAN	Documento	32396418
No. Carné	70036453 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 59A NRO 69C -9 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
OMEPRAZOL 20MG CJX15CAPS	**OMEPRAZOL 20MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO A LAS 5 AM

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO LOPEZ JIMENEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8163177
Télefono: 3113250878

Fecha de vencimiento: 27/09/25

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: E328129
386
FECHA: 16-09-2025 15:12
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1172817
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

138068-BREZTRI AEROSPHERE INHALADO
R 160/7.2/4.8 MCG CAJA 120 DOSIS
278,690 3 0 0 836,070

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 836,070
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 836,070
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 836,070 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9693
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TORRES ROLDAN MARIA EDITH
CC 32396418
CR 59A # 69C - 9 URB.COLINA VERD
E-BLOQUE 6 APTO.624
TELEFONO: 6184259
POLITICA DE 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 CAMILO ANDRÉS LÓPEZ T identificado con cédula número 8.163.177, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 16/09/2025

8163177

CUFE: c252d712a5e3046479dcc318374132f4895520a0c88a4570c84186f082a3991be6e3ea8da600f8c562a2614 7acb51c3b

18

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

Beneficiario
MARÍA EDITH TORRES ROLDÁN
No. Carné 70036453-C

Cédula 32396418

Fecha **16 SEPTIEMBRE 2025**

BREZTRI SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN ORAL (BUDESONIDA 160MCG / GLICOPIRRONIO 7.5MCG / FORMOTEROL FUMARATO DIHIDRATO 5MCG FRASCO X 120 DOSIS)	**INHALACIÓN ORAL: DOS PUFF INHALADOS CADA 12 HORAS POR TRES MESES**	**03 FCOS TRES**
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar Genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN HOSPITALIZACIÓN HPTU (GERIATRÍA).	

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO:9693

Camilo Alvarez
8163177
3113250878

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: E328129389
FECHA: 16-09-2025 15:23
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1172820
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

200060-UREADERM CREMA 10 % CAJA 60 G
104,426 3 0 0 313,278
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
27,480 1 20 0 41,220
375134-DERMOVATE UNGUENTO CAJA 40 G
89,997 1 0 0 89,997
132055-PREDNISOLONA GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
10,800 0 80 0 2,880

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 447,375
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 447,375
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	263,259	50,019
EXCLUIDAS:	134,097	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: DOMICILIO-9728
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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo FERNANDO DURAN identificado con cédula número 8258351, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 16-05-2025

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 6a1a7533060f0bfda0472bbb3b8
10311d2ca98f8f1649d525b029e2e457aa
d227b1b678c2d03c842dd3e3a4dfb8299f

31/05/2025
8258351

No. de Orden
9728

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
lo. Camé	8256359 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
READERM® 15%	UREA 15GR	TUBO	TRES

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

'ECE S AL DIA EN TALONES Y AREAS DESCAMATIVAS POR 3 MESES

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

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

AL DIA

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

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

N BORDE DE LAS CURACIONE S POR CLINICA DEL DOLRO , POR 10 DIAS

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

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

DIARIAS POR 20 DIAS

Nombre Funcionario:	FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8256359
Télefono: 3165529432

cha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9728

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	Documento	32432705
No. Camé	8256359 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CALLE 18A SUR 38-350 APTO 409 POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
UREADERM® 15%	UREA 15GR	TUBO	TRES

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

2 VECE S AL DIA EN TALONES Y AREAS DESCAMATIVAS POR 3 MESES

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

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

2 AL DIA

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

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

EN BORDE DE LAS CURACIONE S POR CLINICA DEL DOLRO , POR 10 DIAS

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

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

4 DIARIAS POR 20 DIAS

Nombre Funcionario:	FERNANDO AUGUSTO DUQUE PELAEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8256359
Télefono: 3165529432

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

20

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: E328129
742
FECHA: 18-09-2025 14:04
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1173173
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116501-CROMUS INST. (RG) UNGUENTO
0.1% CAJA 30 G
220,000 1 0 0 220,000
375029-AVODART (RG) CAPSULAS 0.5 M
G CAJA X 30 UNDS
71,000 1 0 0 71,000
213479-MINOXIDIL FORTE LOCION 5% C
AJA 60 ML
29,152 1 0 0 29,152

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 320,152
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 320,152
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 320,152 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9739
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZEA MONSALVE LUZ MARINA
CC 42965646
CL 27D SUR # 27B - 101 CONJUNTO C
AMINO DE CUMBRE AP615 TO3
TELEFONO: 3022619511
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena, NIT: 890.930.534-0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alexander Orozco Muñoz identificado con cédula número 4376758, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

Centro Cumbres NIT 900 332 424-1 Portería

FIRMA _____

FECHA 18-09-2025

4376758

321 8 39 44 25

DATOS DEL MEDICO
BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 6b883aa4c731aa7ed0db382a70cc
de986a276e58724adf0455fa27ee597668 3
216e9895a6c0553561024bb0a25775 0ae9

No. de Orden 9739

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eneficiario	LUZ MARINA ZEA DE GALEANO	Documento	42965646
No. Carné	8297895 - C	Fecha autorización	17/09/25
Dirección	CALLE 37 NRO 53-241 APTO 701 TORRE 2 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
ROMUS 0.1% UNG TBOX30G	TACROLIMUS HIDRATO 1MGG Ungüento	TUBO	UN	

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

LICAR DE ACUERDO CON (RECOMENDACIÓN DEL DERMATOLOGO)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	30
VODART 0.5MG CJX30CAPS	DUTASTERIDE 0.5MG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	TREINTA	

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

MAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
INOXIDIL FORTE 5% SHN FCOX60ML	MINOXIDIL 5%	FRASCO	UN	

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

LICAR DE ACUERDO CON (RECOMENDACIÓN DEL DERMATOLOGO). ENTREGA 1/2 (2 FRACS

Nombre Funcionario:	JOAQUIN ANTONIO GALEANO

NDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

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

ha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9739

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MARINA ZEA DE GALEANO	Documento	42965646
No. Carné	8297895 - C	Fecha autorización	17/09/25
Dirección	CALLE 37 NRO 53-241 APTO 701 TORRE 2 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
CROMUS 0.1% UNG TBOX30G	TACROLIMUS HIDRATO 1MGG Ungüento	TUBO	UN	

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

APLICAR DE ACUERDO CON (RECOMENDACIÓN DEL DERMATOLOGO)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	30
AVODART 0.5MG CJX30CAPS	DUTASTERIDE 0.5MG Cápsula de gelatina blanda	CÁPSULA	TREINTA	

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	1
MINOXIDIL FORTE 5% SHN FCOX60ML	MINOXIDIL 5%	FRASCO	UN	

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

APLICAR DE ACUERDO CON (RECOMENDACIÓN DEL DERMATOLOGO). ENTREGA 1/2 (2 FRACS

Nombre Funcionario:	JOAQUIN ANTONIO GALEANO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42[illegible]738
Télefono: 3218734425

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

22

23

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: E328129
746
FECHA: 18-09-2025 14:16
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1173177
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255184-B-VIT DOBLE CAMARA 2ML SOLU
CION INYECTABLE CAJA X 3 UNDS
116,906 2 0 0 233,812

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 233,812
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 233,812
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 233,812 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9782
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VELASQUEZ ASCUNTAR FLOR IRENE
CC 59814036
CL 48C SUR # 40 - 50 APT 301 ENVI
GADO
TELEFONO: 3216168621
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: Flr Dmc Chlosg 00 2
59'814.036

CUFE: 25bb47f8bdd7add0401d542c9ece
dd769cee83b1c1078d0f467fdcfa5d3845
04602288b1b06b11da4e9b9ac712ad493a

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dora Velasquez identificado con cédula número 59'814.036, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 18/09/25

No. de Orden
9782

FÓRMULA MEOICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FLOR IRENE VELASQUEZ ASCUNTAR	Documento	59814036
No. Carné	14249003 - B	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE Nº 16 17 03		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
VIT 100 MG DOBLE CAMARA YECTABLE	TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO	AMPOLLA	SEIS

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

LICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Nombre Funcionario:	JAVIER OSWALDO CALVACHE BURBANO

NDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 59814036
Télefono: 3177814643

ha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9782

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FLOR IRENE VELASQUEZ ASCUNTAR	Documento	59814036
No. Carné	14249003 - B	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE Nº 16 17 03		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
B-VIT 100 MG DOBLE CAMARA INYECTABLE	TIAMINA CLORHIDRATO PIRIDOXINA CLORHIDRATO	AMPOLLA	SEIS

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

APLICAR UNA IM CADA 10 DÍAS POR DOS MESES

Nombre Funcionario:	JAVIER OSWALDO CALVACHE BURBANO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 59814036
Télefono: 3177814643

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

24

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: E328129760
FECHA: 18-09-2025 15:14
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1173191
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

181174-ESTEINE APLICADORES OVULOS 3.5 MG CAJA 6 X 6
133,872 2 0 0 267,744

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 267,744
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 267,744
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	267,744	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: DOMICILIO-9784
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LAVERDE AGUIRRE MAIRA
CC 43065127
CL 75 SUR # 42 - 97 URB. BANGKOK
APTO1302 SABANETA
TELEFONO: 3016641104
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena, NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo luz Maira identificado con cédula número 43.065.127, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA luz. M. lavcrde

FECHA 18 sept 2021

CUFE: 321d2a816011 2b95cd1aa1ba214f
0612b8536e80d8c68c371bde8e5cda6c3
36ae9ee8bd18eaaaf5bf513ff50b7e99d

luz M. lavcrde
43.065.127

No. de Orden
9784

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eneficiario	LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE	Documento	43065127
No. Carné	70559860 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 12
TEINE 3.5mg OVU CJX6OVU/6APL	ESTRIOL	ÓVULOS	DOCE

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

SEMANAL EN LA NOCHE Y SUSPENDER AL TERMINARLOS

Nombre Funcionario:	SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: luz M. laverde
Documento: 43.065.127
Télefono: 3016641104

cha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9784

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE	Documento	43065127
No. Carné	70559860 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 12
ESTEINE 3.5mg OVU CJX6OVU/6APL	ESTRIOL	ÓVULOS	DOCE

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

1 SEMANAL EN LA NOCHE Y SUSPENDER AL TERMINARLOS

Nombre Funcionario:	SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: luz M. laverde
Documento: 43.065.127
Télefono: 3016641104

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

92

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: E328129
716
FECHA: 18-09-2025 12:11
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1173147
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121190-CEFUROXIMA (RG) TABLETAS RE
CUBIERTAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
51,588 2 0 0 103,176

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 103,176
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 103,176
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 103,176 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9804
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ ADRIANA
CC 51982143
TV 34B # 31E - 11 AT 202
TELEFONO: 3214108037
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA _____

FECHA 18-9-25

51982143

CUFE: cd42652d57150714a2d1e333eb4
b4ce57a6ad28c874d0a8e9c40180 4d3ecc
df80c796b8f1d0586e48355b22ca8c8e89

No. de Orden 9804

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eneficiario	ADRIANA MARIA GOMEZ ACEVEDO	Documento	51982143
lo. Carné	79461756 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CAL 30 SUR N 32-54		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 14
FUROXIMA 500MG CJX10TAB	CEFUROXIMA AXETILO 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CATORCE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	7

MAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) por SIETE DÍAS

Nombre Funcionario:	JESUS EDUARDO PATTAQUIVA GARCIA

NDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

ha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9804

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ADRIANA MARIA GOMEZ ACEVEDO	Documento	51982143
No. Carné	79461756 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CAL 30 SUR N 32-54		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 14
CEFUROXIMA 500MG CJX10TAB	CEFUROXIMA AXETILO 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CATORCE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	7

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) por SIETE DÍAS

Nombre Funcionario:	JESUS EDUARDO PATTAQUIVA GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 51982143
Télefono: 3214108037.

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

82

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: E328129
759
FECHA: 18-09-2025 15:09
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1173190
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249098-NEURONTIN (RG) CAPSULAS 300
MG CAJA X 30 UNDS
14,310 3 0 0 42,930
178019-CASACINE-75 CREMA CAJA 20 G

103,320 2 0 0 206,640

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 249,570
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 249,570
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 249,570 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: domicilio-9824
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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo IGNACIO ARIAS GIL identificado con cédula número 8082772, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 18-09-2025.

IGNACIO ARIAS
CC. 8082772
341 8005739

CUFE: 6b5cc2ef6be59136556808 4c5f3f8
e8daa7cab3c35b92723670c1488f2c33ac
3db3c06fbc1778b6316 87b0082e205a3e1

OBS:

MEDI.GENERAL

No. de Orden
9824

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eneficiario	LUZ STELLA GIL PEÑA	Documento	32467499
No. Carné	70041537 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE 48B Sur 39B-70 APTO. 301 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
-URONTIN 300MG CJX30CAPS	GABAPENTINA 300MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 12 HORAS	45

N LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ASACINE 0.075% CR TBOX20G	CAPSAICINA 0.75MGG Crema	CREMA	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	45

ECES AL DIA EN LA RODILLA, APLIOCAR CON GUANTE

Nombre Funcionario:	IGNACIO DE JESUS ARIAS OROZCO

Recibido Por:

Firma: IGNACIO ARIAS
Documento: 8032472
Télefono: 3118005489

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

ha de vencimiento: 03/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9824

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ STELLA GIL PEÑA	Documento	32467499
No. Carné	70041537 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE 48B Sur 39B-70 APTO. 301 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
NEURONTIN 300MG CJX30CAPS	GABAPENTINA 300MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 12 HORAS	45

1 EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
CASACINE 0.075% CR TBOX20G	CAPSAICINA 0.75MGG Crema	CREMA	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	45

2 VECES AL DIA EN LA RODILLA, APLIOCAR CON GUANTE

Nombre Funcionario:	IGNACIO DE JESUS ARIAS OROZCO

Recibido Por:

Firma: IGNACIO ARIAS
Documento: 8032472
Télefono: 3118005489

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 03/10/25

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: E328129
765
FECHA: 18-09-2025 15:30
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1173196
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213337-IRBESARTAN MK(RG) TABLETAS
300 MG CAJA X 14 UNDS
20,874 4 0 0 83,496

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 83,496
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 83,496
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 83,496 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9838
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZEA MONSALVE LUZ MARINA
CC 42965646
CL 27D SUR # 27B - 101 CONJUNTO C
AMINO DE CUMBRE AP615 T03
TELEFONO: 3022619511
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Marina zea de G. identificado con cédula número 42965646, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A.

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

FIRMA Luz Marina zea de G.

FECHA 09 - 18 - 2025 -

OBS:

CUFE: 7aecef572Sd5d04ea79846193S4e
0ae1a2497346e37d5532Sba8532b5bf403
-d5fca2b7bf8513a54232652Sc27dbc36

Luz Marina zea
42965646

32

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

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

Cédula 42965646

Fecha **18 SEPTIEMBRE 2025**

IRBESARTAN 300MG CJX14TAB (IRBESARTAN 300MG Tableta)	**VIA ORAL: ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 24 HORAS (ENTREGAR 4 CAJAS DE 14 TAB CADA UNA)**	**56 TAB**	**CINCUENTA Y SEIS**
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	REFORMULACIÓN DEBIDO A ERROR DE ENTREGA DEL PROVEEDOR		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO:9838

Luz Marina Zea de G.
42965646

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: E328129
982
FECHA: 19-09-2025 15:59
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1173413
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115507-SYNTHROID INST. TABLETAS 25
MCG CAJA X 90 UNDS
75,240 1 0 0 75,240
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
151,200 3 0 0 453,600
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
72,600 0 60 0 43,560

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 572,400
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 572,400
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 572,400 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9880
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE MU[illegible]OZ LUCILA
CC 37804861
CR 25 # 10 - 40 APT : 1306
TELEFONO: 5400778
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lucila Diaz de Muñoz identificado con cédula número 37804801, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 19-09/25

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 37804861

CUFE: 50e90c8374d2fad957f6b67c857
a83ba82483Ofef28e1d0fc1d2648181f438
e23182ae05fe72eb328f5c507b99186db2

No. de Orden
9880

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUCILA DIAZ DE MUÑOZ	Documento	37804861
No. Camé	5566625 - A	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	PORTAL DEL CACIQUE CASA 8		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

(, PARA 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
YNTHROID 25 MCG CJ X 90 TAB	LEVOTIROXINA SODICA	TABLETAS	NOVENTA

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

EN AYUNA S

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
OLEX 500MG CJX100TR	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	CÁPSULA	SESENTA

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

AL DIA SI HAY DOLOR

Nombre Funcionario:	AGUSTIN MUNOZ PLATA

Recibido Por:

Firma: _____

Documento: _____

Télefono: _____

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

M: 5-1607-96

cha de vencimiento: 04/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9880

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUCILA DIAZ DE MUÑOZ	Documento	37804861
No. Camé	5566625 - A	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	PORTAL DEL CACIQUE CASA 8		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

MK , PARA 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SYNTHROID 25 MCG CJ X 90 TAB	LEVOTIROXINA SODICA	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN AYUNA S

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DOLEX 500MG CJX100TR	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	CÁPSULA	SESENTA

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

3 AL DIA SI HAY DOLOR

Nombre Funcionario:	AGUSTIN MUNOZ PLATA

Recibido Por:

Firma:

Documento: CC 37804861

Télefono: 3012004869

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 04/10/25

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: E328130
575
FECHA: 22-09-2025 18:03
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174006
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

832894-SAXENDA CF (RG) SOLUCION IN
YECTABLE 6MG/ML CAJA X 3 UND
520,827 1 0 0 520,827
832893-SAXENDA CF (RG) SOLUCION IN
YECTABLE 6MG/ML CAJA X 1 UND
173,609 2 0 0 347,218
036042-AGUJA INSULINA PEN NEEDL VE
RDE 32 G 4 MM
327 30 0 0 9,818

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 877,863
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 877,863
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 8,250 1,568
EXCLUIDAS: 868,045 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: domicilio 9944
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LAVERDE AGUIRRE MAIRA
CC 43065127
CL 75 SUR # 42 - 97 URB. BANGKOK
APTO1302 SABANETA
TELEFONO: 3016641104
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Maira Laverde identificado con cédula número 43.065.174, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 23 Sept. 2025

Luz Maira Laverde
43.065.174
30666 Ullou

OBS:

CUFE: 50de17fda0bb1d8215a80eb43092
2058adc10576527ae99369d78153ee248c
303f4a37eb82818e095baef3fb9dac72f2

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO

el actual cadena, NIT: 890.930.534-0

No. de Orden
9944

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eneficiario	LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE	Documento	43065127
lo. Carné	70559860 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 5
XENDA 6MG/ML CJA X3JER PRELL	LIRAGLUTIDA 6MGML	ESFERO	CINCO

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

CAR CON 0.6 MG SUBCUTANEO POR 1 SEMANA , LUEGO 1,2 MG 1 SEMANA , AUMENTAR L

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
GUJAS PEN UF 32GX4MM REF320489 CJX100	AGUJAS PEN UF 32GX4MM REF320489 CJX100	AGUJA	TREINTA

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

RA APLICACION SUBCUTANEA DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: luz M. laverde
Documento: 43.065.127
Télefono: 3016641104

ha de vencimiento: 06/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9944

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE	Documento	43065127
No. Carné	70559860 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	Cll 50B Sur No. 42C - 21 Casa 717 Loma Envigado		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 5
SAXENDA 6MG/ML CJA X3JER PRELL	LIRAGLUTIDA 6MGML	ESFERO	CINCO

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

INICAR CON 0.6 MG SUBCUTANEO POR 1 SEMANA , LUEGO 1,2 MG 1 SEMANA , AUMENTAR L

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
AGUJAS PEN UF 32GX4MM REF320489 CJX100	AGUJAS PEN UF 32GX4MM REF320489 CJX100	AGUJA	TREINTA

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

PARA APLICACION SUBCUTANEA DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	SERGIO MARINO TEJADA ESTRADA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: luz M. laverde
Documento: 43.065.127
Télefono: 3016641104

Fecha de vencimiento: 06/10/25

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: E328130
740
FECHA: 23-09-2025 15:50
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174171
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 3 0 0 160,920
132007-ACETAMINOFEN GENFAR INST. T
ABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
8,600 2 70 0 23,220
116503-MUVETT S INST. TABLETAS 200
MG/120MG CAJA X 21 UNDS
22,827 9 0 0 205,443
123030-FORZ CREMA POTE 60 G
37,642 3 0 0 112,926
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
8,504 3 0 0 25,512

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 528,021
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 528,021
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 528,021 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9954
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOHORQUEZ BERMUDEZ ALBANY DEL SOCORRO
CC 21828639
CL 33B SUR # 43A - 45 PISO 3 SAN
MARCOS
TELEFONO: 3177618589
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: f8f135a74730bb3151e8b382085e
8e6db0b62246200b88c043f1fa1407a880
191a51532731cdefdc609514b9ad37e050

Alejandro Arzque
98637870.
317 7618589

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENV. 10)
CRA 43 # 36SUR-58
TELEFONO: 4441400 - 6073602
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2109/93
AUT FACT 18764089053738
FECHA INICIO 18-02-2025
HASTA 18-08-2026
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORRETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328130745
FECHA: 23-09-2025 16:10
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174176
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-LIRODERM (CROTAMITON) INST. SOLUCION TOPICA 10 % FRASCO 60 ML
14,197 3 0 0 42,591

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 42,591
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 42,591
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 42,591 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9954
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOHORQUEZ BERMUDEZ ALBANY DEL SOCORRO
CC 21828639
CL 33B SUR # 43A - 45 PISO 3 SAN MARCOS
TELEFONO: 3177618589
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 Alejandro Arroyave identificado con cédula número 98637870, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 23/09/2025

Alejandro Arroyave
98637870
3 17 76 1 85 89

CUFE: edc535ee130ca8515a89e1f715b6
e6b103c50a17ccb2cfa14e5731430c1ff31
a2ecb77b3f61ca739ddd0131ed9818afcd8

No. de Orden
9954

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ALBANY DEL SOC. BOHORQUEZ BERMUDEZ	Documento	21828639
No. Carné	6785730 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CALLE 33B SUR NRO 432-45 - ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ESOMEPRAZOL 20MG CJX10TAB	**ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

MK , 1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
ACETAMINOFEN 500MG CJX100TAB	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta**	TABLETAS	DOSCIENTOS

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

3 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
TRIMEBUTINA/SIMETICONA200/120mg TNR CJX30	**TRIMEBUTINA MALEATO 200MGSIMETICONA 120MG**	TABLETAS	CIENTO OCH

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

2 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
BENGAY DOLOR ARTICULAR CR TBOX30G	**SALICILATO METILO 150MGGMENTOL 100MGG**	TABLETAS	TRES

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

ENTREGAR FORZ .EN LA NOCHE EN AREA DOLORTOSA

Nombre Funcionario:	GUSTAVO DE JESUS ARAQUE ROMAN

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Alejandro Araque
Documento: 98607870
Télefono: 3177618589

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9954

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ALBANY DEL SOC. BOHORQUEZ BERMUDEZ	Documento	21828639
No. Carné	6785730 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CALLE 33B SUR NRO 432-45 - ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ESOMEPRAZOL 20MG CJX10TAB	**ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 20MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

MK , 1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 270
ACETAMINOFEN 500MG CJX100TAB	**ACETAMINOFEN 500MG Tableta**	TABLETAS	DOSCIENTOS

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

3 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
TRIMEBUTINA/SIMETICONA200/120mg TNR CJX30	**TRIMEBUTINA MALEATO 200MGSIMETICONA 120MG**	TABLETAS	CIENTO OCH

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

2 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
BENGAY DOLOR ARTICULAR CR TBOX30G	**SALICILATO METILO 150MGGMENTOL 100MGG**	TABLETAS	TRES

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

ENTREGAR FORZ .EN LA NOCHE EN AREA DOLORTOSA

Nombre Funcionario:	GUSTAVO DE JESUS ARAQUE ROMAN

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Alejandro Araque
Documento: 98607870
Télefono: 3177618589

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9954

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ALBANY DEL SOC. BOHORQUEZ BERMUDEZ	Documento	21828639
No. Carné	6785730 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CALLE 33B SUR NRO 432-45 - ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ROTAMITON 10% LOC FCOX60ml	**CROTAMITON**	FRASCO	TRES

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

VECES AL DIA SI HAY PRURITO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
REEGEN 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

/EC E SLA DIA EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	GUSTAVO DE JESUS ARAQUE ROMAN

ORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
M: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Alejandro Araque
Documento: 98637870
Télefono: 3177618589

cha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9954

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ALBANY DEL SOC. BOHORQUEZ BERMUDEZ	Documento	21828639
No. Carné	6785730 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CALLE 33B SUR NRO 432-45 - ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CROTAMITON 10% LOC FCOX60ml	**CROTAMITON**	FRASCO	TRES

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

2 VECES AL DIA SI HAY PRURITO

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 VEC E SLA DIA EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	GUSTAVO DE JESUS ARAQUE ROMAN

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Alejandro Araque
Documento: 98637870
Télefono: 3177618589

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

40

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: E328130
577
FECHA: 22-09-2025 18:09
VENDEDOR: FAIZULLY MILEIDY LOPEZ SA
SECUENCIA: 1174008
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

272065-CICADERM NF CREMA CAJA 60 G

58,196 3 0 0 174,588

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 174,588
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 174,588
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 174,588 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-9960
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TORRES ROLDAN MARIA EDITH
CC 32396418
CR 59A # 69C - 9 URB.COLINA VERD
E-BLOQUE 6 APTO.624
TELEFONO: 6184259
POLITICA DE 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 CAMILO ANDRÉS LÓPEZ T. identificado con cédula número 8.163.179, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 22/09/2025

OBS:

CUFE: 7dbc6d3bbf0ba5d937a19001f774
39da8eb46124 9a019d111f93deef1c386e
e4fc7459f20559 0ee0791 25ecb19ac5bbc

Camilo A López

8.163.179

3143250838

No. de Orden
9960

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eneficiario	MARIA EDITH TORRES ROLDAN	Documento	32396418
No. Carné	70036453 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CRA 59A NRO 69C -9 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
ICADERM NF CREMA TUBX60G	ZINC OXIDO 120MGG Crema	TUBO	TRES

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

LICAR DOS VECES AL DÍA EN LA ZONAS AFECTADAS

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO LOPEZ JIMENEZ

ENDY LAURA BUENO ARIZA
M: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8163177
Télefono: 3113250878

cha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9960

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA EDITH TORRES ROLDAN	Documento	32396418
No. Carné	70036453 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CRA 59A NRO 69C -9 ITAGUI		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CICADERM NF CREMA TUBX60G	ZINC OXIDO 120MGG Crema	TUBO	TRES

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

APLICAR DOS VECES AL DÍA EN LA ZONAS AFECTADAS

Nombre Funcionario:	JUAN GUILLERMO LOPEZ JIMENEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8163177
Télefono: 3113250878

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

24

43

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: E354159122
FECHA: 19-09-2025 10:17
VENDEDOR: LUZ ENEYDA CORREA BECERRA
SECUENCIA: 1297712
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

203183-EUTIROX TABLETAS 88 MCG CAJA X 50 UNDS
44,150 2 0 0 88,300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 88,300
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 88,300
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	88,300	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: No 9870 domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVAS ALFONSO MARINO
CC 4844586
CR 82B # 95 - 69 BARRIO ALFONSO LOPEZ
TELEFONO: 3103986460
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 Medicamentos

OBS: 4844586

CUFE: 2d7171aeffdd3370f7b94c20038a093b1e98e808d3bf1650a49f792cad7c84d1772a84dce7344298048c969b65304474



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Maximo Pinus identificado con cédula número 4841586, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Maximo Pinus

FECHA 19 de Agosto 2025

No. de Orden
9870

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ALFONSO MARINO RIVAS	Documento	4844586
No. Carné	39424166 - B	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CRA 74 100-59 APARTADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EUTIROX® 88 MCG CAJA POR 30 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SODIO 88MCG TN**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA DÍA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	SANDRA OSIRIS RIVAS GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 4844586
Télefono: 3113509329

Fecha de vencimiento: 03/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9870

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ALFONSO MARINO RIVAS	Documento	4844586
No. Carné	39424166 - B	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CRA 74 100-59 APARTADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
EUTIROX® 88 MCG CAJA POR 30 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SODIO 88MCG TN**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA DÍA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	SANDRA OSIRIS RIVAS GARCIA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 4844586
Télefono: 3113509329

Fecha de vencimiento: 03/10/25

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: E354160
387
FECHA: 23-09-2025 15:36
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1298977
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

181679-RIFAX TABLETAS 550 MG CAJA
X 14 UNDS
29,946 2 0 0 59,892
340612-METEOSPASMYL CAPSULAS BLAND
AS CAJA X 30 UNDS
154,500 6 0 0 927,000

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 986,892
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 986,892
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 986,892 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: No 9941 domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BUSTAMANTE AGUIRRE BERTHA ELENA
CC 39295993
HELICONIAS
TELEFONO: 3013609318
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Eduar Bustamante

OBS: 39295993

CUFE: 7f25cc8092e538d6d96ed7007fb3
182d88896edccaa2e12ddae92b55841300
2663fb2e861c0fde3b91fe1b383454656f



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Edwin Bustamante identificado con cédula número 39.207.902, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Edwin Bustamante

FECHA 23-09-2025

No. de Orden
9941

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BERTHA ELENA BUSTAMANTE AGUIRRE	Documento	39295993
No. Carné	39307921 - A	Fecha autorización	21/09/25
Dirección	HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
RIFAX 550MG TNR CJX14 TNR	RIFAXIMINA	TABLETAS	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	140

ENTREGAR GENERICO D E MK PARA 2 AL DIA POR 14 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
METEOSPASMYL CAPSULAS BLANDAS CJX30CAP	CITRATO DE ALVERINA / SIMETICONA 60 / 300MG	CÁPSULA	CIENTO OCH

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

1 EN LA MAÑANA Y LA NOCHE POR 3 MESE S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Elena B
Documento: 39295995
Télefono: 3129780091

Fecha de vencimiento: 06/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9941

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: BERTHA ELENA BUSTAMANTE AGUIRRE | Documento: 39295993
No. Carné: 39307921 - A | Fecha autorización: 21/09/25
Dirección: HELICONIAS ETAPA II CASA 77 APARTADO
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: RIFAX 550MG TNR CJX14 TNR | Molécula: RIFAXIMINA | Tipo: TABLETAS | Total 28: VEINTIOCHO
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 140
ENTREGAR GENERICO D E MK PARA 2 AL DIA POR 14 DIAS

Medicamentos: METEOSPASMYL CAPSULAS BLANDAS CJX30CAP | Molécula: CITRATO DE ALVERINA / SIMETICONA 60 / 300MG | Tipo: CÁPSULA | Total 180: CIENTO OCH
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 EN LA MAÑANA Y LA NOCHE POR 3 MESE S Y SUSPENDER

Nombre Funcionario: NORMA RUBY SAEZ BUSTAMANTE

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Elena Bustamante
Documento: 39295995
Télefono: 3129780091

Fecha de vencimiento: 06/10/25

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: E333199
258
FECHA: 26-09-2025 22:26
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2174132
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

364786-OVALE SHAMPOO FRASCO 250 ML

90,000 1 0 0 90,000

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 90,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 90,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	90,000	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10184-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARO GONZALEZ VALERIA
CC 1007241919
CL 24 N # 58DD - 43
TELEFONO: 5990192
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: 460e10c19504f5d2dff83c4fdfc8
13986d7dd43b0183213eb15ad6d55a972a
748a67577f21fb3e9c74bf41c9cbb2bc22

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Uvelnel Velasquez C identificado con cédula número 1[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 Uvelnel Velasquez C

FECHA 27 Septiembre



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: E333199
601
FECHA: 27-09-2025 20:13
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2174475
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

364786-OVALE SHAMPOO FRASCO 250 ML

90,000 1 0 0 90,000

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 90,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 90,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 90,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10184-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARO GONZALEZ VALERIA
CC 1007241919
CL 24 N # 58DD - 43
TELEFONO: 5990192
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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 Juan Andres O.

OBS: 1025767354

CUFE: a0ef4c5b3b9b384030ae2bdba5fa
76d612eb5b8799b648221224f12d3bbfc5
857b7ffc582c6e242359d2dedce32c797b

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Andres Osorio Gonzalez identificado con cédula número 1025767357, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 27/9/25

No. de Orden
10184

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

ıeficiario	VALERIA CARO GONZALEZ	Documento	1007241919
. Carné	32183497 - D	Fecha autorización	26/09/25
rección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
ıLE 2% SHAMPOO FCOX250ML	KETOCONAZOL 20MGML Champú	FRASCO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
APLICAR	TÓPICA	CADA SEMANA	90

CES A LA SEMANA, DEJAR ACTUAR POR 20 MINUTOS

ombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1.154.554.601
Télefono: 3176800574

IA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

No. de Orden
10184

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	VALERIA CARO GONZALEZ	Documento	1007241919
No. Carné	32183497 - D	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CALLE 24 NRO 58DD -43 CABAÑITAS BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
OVALE 2% SHAMPOO FCOX250ML	KETOCONAZOL 20MGML Champú	FRASCO	DOS

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

2 VECES A LA SEMANA, DEJAR ACTUAR POR 20 MINUTOS

Nombre Funcionario:	SANDRA MILENA GONZALEZ TAVERA

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1.154.554.601
Télefono: 3176800574

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

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: E333195
635
FECHA: 16-09-2025 11:52
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA MARTINEZ
SECUENCIA: 2170509
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 30 UNDS
50,010 1 0 0 50,010
129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJ
A X 5 UNDS
40,775 1 0 0 40,775
115104-ETORICOXIB (ANEXIA) INST. T
ABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS
9,849 2 0 0 19,698
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
114,400 0 60 0 68,640

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 179,123
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 179,123
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 179,123 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9623-Domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FLOREZ BETANCUR ANA ELENA
CC 43457932
CR 17E # 11 - 87 GIRARDOTA,LA NU
EVA
TELEFONO: 3117295357
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Diana Isabel A
1007240123

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Diana Isabel Agudelo identificado con cédula número 1007240123, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Diana Isabel Agudelo

FECHA Viernes, 19 de septiembre

CUFE: aaaaabbaa45bb43a761944addb6d0ad
0268524675744d606a8aaaa0a8037a0a267
a7b0b29bc36f4a23a3863204486639f64a

No. de Orden
9623

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

neficiario	ANA ELENA FLOREZ BETANCUR	Documento	43457932
o. Carné	15255198 - C	Fecha autorización	15/09/25
irección	VEREDA MANGA ARRIBA		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
-ICA 75 MG CJX30CAP	PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	TREINTA

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

N LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 5
-SATIS 5% CJX5 PT	LIDOCAINA 700MG PT	PARCHE	CINCO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
COLOCAR	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	20

TIRLO Y COLOCAR EN PUNTOS DOLROOSSO EN LA NOCHE 9PM Y RETIRAR ALAS 9 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 14
RICOXIB 120MG CJX7TAB	ETORICOXIB 120MG Tableta	TABLETAS	CATORCE

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

O TECNOQUIMICA , PAR A TOMAR 1 DESPUE S DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
LEX 500MG CJX100TR	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	SESENTA

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

O SI HYA DOLRO INTENSO , NO MAS DE 6 AL DIA

ombre Funcionario:	VICTOR MANUEL AGUDELO ALVAREZ

IA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

No. de Orden
9623

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ANA ELENA FLOREZ BETANCUR	Documento	43457932
No. Carné	15255198 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	VEREDA MANGA ARRIBA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
LYRICA 75 MG CJX30CAP	PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	TREINTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 5
VERSATIS 5% CJX5 PT	LIDOCAINA 700MG PT	PARCHE	CINCO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 COLOCAR	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	20

PARTIRLO Y COLOCAR EN PUNTOS DOLROOSSO EN LA NOCHE 9PM Y RETIRAR ALAS 9 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 14
ETORICOXIB 120MG CJX7TAB	ETORICOXIB 120MG Tableta	TABLETAS	CATORCE

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

MK O TECNOQUIMICA , PAR A TOMAR 1 DESPUE S DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DOLEX 500MG CJX100TR	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	SESENTA

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

SOLO SI HYA DOLRO INTENSO , NO MAS DE 6 AL DIA

Nombre Funcionario:	VICTOR MANUEL AGUDELO ALVAREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Diana Isabel A.
Documento: 1007240123
Télefono: 3017215397

53

54

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: E333195828
FECHA: 16-09-2025 18:29
VENDEDOR: MIGUEL ALEJANDRO SALAZAR
SECUENCIA: 2170702
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132600-JABON ANTISEPTICO WEST CLOR HEXIDINA 4% 120 ML
13,180 13 0 0 171,340
404240-GASA ESTERIL CUREBAND 10X10 CM SOBRES CAJA X 24 UNDS
43,651 50 0 0 2,182,550
277608-GUANTES VINILO TRANS ALFASA FE TALLA M CAJA 100UNDS
17,743 4 0 0 70,972
132961-ROXICAINA JALEA INST. CREMA TÓPICA CAJA 30 ML
14,431 6 0 0 86,586

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,511,448
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,511,448
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 59,640 11,332
EXCLUIDAS: 2,440,476 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9674--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 Laura Ruiz

OBS: 1035522086

CUFE: 87a3fb1485d765f254a7c8f6a4eb

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Laura Rua identificado con cédula número 1035522586, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Laura Rua aux enfermeria

FECHA 16-09-2024

05a4a79ce94dd20cdfda3c4be7fda4b1319
4f36d29d95adcb5dc3bfbba465e98196 8a

55

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: E333195
874
FECHA: 16-09-2025 20:39
VENDEDOR: MIGUEL ALEJANDRO SALAZAR
SECUENCIA: 2170748
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

323149-PAÑAL TENA SLIP ULTRA PROTE
CT TALLA L BOLSA X 9 UNDS
43,002 36 0 0 1,548,066

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,548,066
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,548,066
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 1,300,896 247,170
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9674-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
Tatiana
OBS: 3077996785

CUFE: 1d65c8cc572bff40709c7199a160
4d77e5c887f541d80ac924637796a03840
b83d1f1f737c8ae91d89272af0062c64ed

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Tatiana Marcela identificado con cédula número 1077946185, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA 17-09-25 Tatiana

FECHA 17-09-25

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 16/09/2025 CÉDULA: 31222453

USUARIO: Yolanda Ayala # ORDEN: 9674

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Pañal tena Slip ultra	4	17/09/25

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Alejandra Martnez	Pasteur Bello	6049259

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

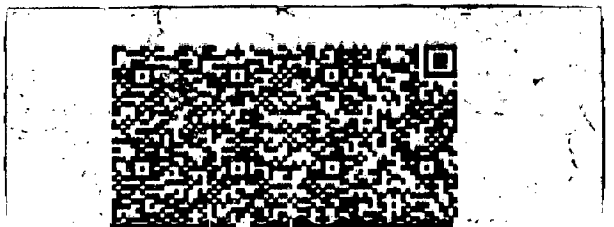
FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333196044
FECHA: 17-09-2025 11:13
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA MARTINEZ
SECUENCIA: 2170918
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

323149-PAÑAL TENA SLIP ULTRA PROTECT TALLA L BOLSA X 9 UNDS
43,002 4 0 0 172,007

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 172,007
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 172,007
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 144,544 27,463
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9674-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

Tatiana
OBS:
1077996185
CUFE: d95d8b5eeac0a86c5108d327f6d5c56ca61eae9e7923b26c08eb1cc816d1710480245b5a7c039dee4567f24e13ba5ca1



No. de Orden
9674

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

ıeficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	15/09/25
ırección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
IRUCIDAL JABON FCOX500ML	**C L O R H E X I D I N A DIGLUCONATO 40MGML**	FRASCO	TRES

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

REGAR CLOREHEXIDINA JABON PARA 1500 CC SI LOS FRASCOS SON DE 180 ML ENTRE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
GA ESTERIL NO TEJ 10X10CM 50SO	**NO APLICA**	CAJA	VEINTICUATR

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

REQUIEREN 8 GASAS AL DIA , SE ENTREGARON EL 10 D E SEPTIEMBRE 6 CAJAS X 24 , S

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

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

RUIERE 8 GUANTES DIARIAMENTE , 240 AL MES , 720 PARA 3 MESES , SE COMPLETA 4

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
OCAINA HCL 2% JAL TUBX30g PRC	**LIDOCAINA CLORHIDRATO**	TUBO	SEIS

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

PLICACIONES DIARIAS, COMPLEMENTO D E FORMULA DEL 10 DE SEPTIEMBRE DONDE

Nombre Funcionario:	RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

RIA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Laura Ruo
Documento: 1035522086
Télefono: 3135859265

No. de Orden
9674

COPIA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
QUIRUCIDAL JABON FCOX500ML	**C L O R H E X I D I N A DIGLUCONATO 40MGML**	FRASCO	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
4 APLICAR	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	90	

ENTREGAR CLOREHEXIDINA JABON PARA 1500 CC SI LOS FRASCOS SON DE 180 ML ENTRE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 24
GASA ESTERIL NO TEJ 10X10CM CJX50SO	**NO APLICA**	CAJA	VEINTICUA

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

SE REQUIEREN 8 GASAS AL DIA , SE ENTREGARON EL 10 D E SEPTIEMBRE 6 CAJAS X 24 , S

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

REQUIERE 8 GUANTES DIARIAMENTE , 240 AL MES , 720 PARA 3 MESES , SE COMPLETA 4

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
LIDOCAINA HCL 2% JAL TUBX30g PRC	**LIDOCAINA CLORHIDRATO**	TUBO	SEIS

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

4 APLICACIONES DIARIAS, COMPLEMENTO D E FORMULA DEL 10 DE SEPTIEMBRE DONDE

Nombre Funcionario:	RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Laura Ruo
Documento: 1035522086
Télefono: 3135859265

No. de Orden
9674

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

ıeficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	15/09/25
·ección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
ɐgional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3600
AL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN	**PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM**	PAÑAL(ES	TRES MIL SE

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

4 CAMBIOS DIARIOS

ombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

A PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Tatiana
Documento: 1077996785
Télefono: 3104392427

No. de Orden
9674

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 360
PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM	**PAÑAL TENA SLIP TALLA L BOLX30 UN FAM**	PAÑAL(ES)	TRES MIL S

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

PARA 4 CAMBIOS DIARIOS

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Tatiana
Documento: 1077996785
Télefono: 3104392427

59

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: E333195
771
FECHA: 16-09-2025 16:37
VENDEDOR: MIGUEL ALEJANDRO SALAZAR
SECUENCIA: 2170645
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600276-LAGRIFRESH INST. SOLUCION O
FTALMICA CAJA 15 ML
7,105 1 0 0 7,105

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 7,105
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 7,105
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 7,105 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9726-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

OBS: Rubiela León
39400162

CUFE: 74c5ac361bd96ea603faa43764d4
d9bf1e5dd7857b37257aa0bf32bca0080a
c41b4a32a405916830c98baa53e038ad0f

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rubiela León identificado con cédula número 39400662, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 16-9 226

No. de Orden
9726

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

eficiario	RUBIELA LEON DE BERRIO	Documento	39400162
Carné	71725389 - A	Fecha autorización	16/09/25
ección	Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere		
gional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
RIFRESH SO FCOX15ML	HIDROXIPROPILMETILCELULO SA 3MGML DEXTRAN 70	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 6 HORAS	30

GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS POR TIEMPO INDEFINIDO. (RECOMENDACIÓN DEL OF

ombre Funcionario:	ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON

Y LAURA BUENO ARIZA
91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

No. de Orden
9726

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	RUBIELA LEON DE BERRIO	Documento	39400162
No. Carné	71725389 - A	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	Cra 44 # 26 - 51 B.Belvedere		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
LAGRIFRESH SO FCOX15ML	HIDROXIPROPILMETILCELULO SA 3MGML DEXTRAN 70	FRASCO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 GOTA(S)	OFTÁLMICA	CADA 6 HORAS	30

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS POR TIEMPO INDEFINIDO. (RECOMENDACIÓN DEL OF

Nombre Funcionario:	ELDRIN WILLIAM BERRIO LEON

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Rubiela León
Documento: 39400162
Télefono: 3052220 4667

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: E333196
528
FECHA: 18-09-2025 16:26
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2171402
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-VOLTAREN INST. EMULGEL FORT
E GEL CAJA 100 G
73,556 1 0 0 73,556

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 73,556
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 73,556
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 73,556 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9793-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE LEON DE ALZATE MARTA
CC 32510778
CL 26 # 43 - 59 AP 312 TR 10 U.
MADERA FINA
TELEFONO: 3207734917
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 9608647ef07e7f47ca59d0c68521
681a78138d8f9e9c20f22b37993a52d9d1
d06fa9acbbda5fd94b5fef630a0842770e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jaime Alzate S identificado con cédula número 8280145, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 18 de Sep - 2025

No. de Orden
9793

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

neficiario	MARTHA LUCIA DE LEON DE ALZATE	Documento	32510778
). Carné	8280145 - C	Fecha autorización	18/09/25
-rección	CALLE 26 NRO 43-59 APTO 312		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
-TAREN EMULGEL TBOX100G	DICLOFENACO DIETILAMINA 1% Gel	TUBO	UN

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

CES AL DIA EN MUÑECA DERECHA

ombre Funcionario: JAIME ALZATE SIERRA

A PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

No. de Orden
9793

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARTHA LUCIA DE LEON DE ALZATE	Documento	32510778
No. Carné	8280145 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE 26 NRO 43-59 APTO 312		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
VOLTAREN EMULGEL TBOX100G	DICLOFENACO DIETILAMINA 1% Gel	TUBO	UN

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

2 VECES AL DIA EN MUÑECA DERECHA

Nombre Funcionario: JAIME ALZATE SIERRA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento: 8280145
Télefono: 3135024107

63

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: E333196
535
FECHA: 18-09-2025 16:37
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2171409
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

093325-VITAMINA B-12 1CC AMPOLLAS
1000 MCG CAJA X 1 UND
1,275 2 0 0 2,550
375887-WELLBUTRIN XL (RG) TABLETAS
300 MG CAJA X 30 UNDS
124,000 2 0 0 248,000
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
38,150 2 0 0 76,300
213693-RISPERIDONA MK (RG) TABLETA
S 3 MG CAJA X 20 UNDS
27,922 3 0 0 83,766

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 410,616
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 410,616
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 410,616 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9807-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESPITIA PORRAS DIANA VIOLEDI
CC 52183938
TV 39 # 70A - 4
TELEFONO: 3122708676
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Diana Espitia

OBS:

CUFE: c027b2c9e9a73126b10b5495eb17

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Diana Espitia identificado con cédula número 52'183938, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Diana Espitia.

FECHA 18/09/25



No. de Orden
9807

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

neficiario	DIANA VIOLEDI ESPITIA PORRAS	Documento	52183938
o. Carné	8293196 - H	Fecha autorización	18/09/25
irección	TRANSV .39 70A-4 LAURELES		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
AMINA B-12 1 ML AMP CJ 25	CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable	AMPOLLA	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
MPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA MES	60

ADERA INTRAMUSCULAR CADA MES ,

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
LBUTRIN XL 300MG FCOX30TAB	BUPROPION CLORHIDRATO 300MG Tableta de liberación	TABLETAS	SESENTA

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

SPUES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 75
IROX® 25 MCG CAJA POR 25 ETAS	LEVOTIROXINA SODICA 25mcg	TABLETAS	SETENTA Y C

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

AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ERIDONA 3MG CJX20TAB	RISPERIDONA 3MG Tableta Recubierta con Película	TABLETAS	SESENTA

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

a noche

mbre Funcionario: NESTOR GONZALEZ DE JESUS

A PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

No. de Orden
9807

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	DIANA VIOLEDI ESPITIA PORRAS	Documento	52183938
No. Carné	8293196 - H	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	TRANSV .39 70A-4 LAURELES		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VITAMINA B-12 1 ML AMP CJ 25	CIANOCOBALAMINA 1MGML Solución inyectable	AMPOLLA	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA MES	60

EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA MES ,

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
WELLBUTRIN XL 300MG FCOX30TAB	BUPROPION CLORHIDRATO 300MG Tableta de liberación	TABLETAS	SESENTA

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

1 DESPUES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 75
EUTIROX® 25 MCG CAJA POR 25 TABLETAS	LEVOTIROXINA SODICA 25mcg	TABLETAS	SETENTA Y

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

1 EN AYUNAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
RISPERIDONA 3MG CJX20TAB	RISPERIDONA 3MG Tableta Recubierta con Película	TABLETAS	SESENTA

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

1 en la noche

Nombre Funcionario: NESTOR GONZALEZ DE JESUS

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Diana Espitia
Documento: 52183938
Télefono: 3122708676

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: E333196
559
FECHA: 18-09-2025 17:26
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2171433
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

137175-ENTEROGERMINA AMPOLLAS BEBI
BLES CAJA X 10 UNDS
75,080 6 0 0 450,480
121625-PREGABALINA GENFAR (RG) CAP
SULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
50,010 2 0 0 100,020
115135-MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG
) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
16,290 2 0 0 32,580
100279-VIREX INST. (ACICLOVIR) TAB
LETAS 400 MG CAJA X 35 UNDS
43,120 4 0 0 172,480
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
72,600 1 80 0 130,680
132040-ACIDO ACETILSALICILIC GF IN
ST. TABLETAS 100 MG CAJA X 900 UNDS
38,700 0 60 0 2,580
600519-WINADEINE F INST. TABLETAS
325MG/30MG CAJA X 100 UNDS
33,600 1 80 0 60,480

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 949,300
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 949,300
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 949,300 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9865-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RUIZ RAMIREZ ROSALBA
CC 32016291
CL 26 # 58DD - 129 BARRIO NUEVO
TELEFONO: 8011118
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jairo Velasquez identificado con cédula número 70119124, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 18-09-2025

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 3044332123
70119124

CUFE: 017e0549973a0bc8bb18ec37e4a7
ffc267185bbde6667f2265be8d40b97d41
b2598bb042d01582182ofb4a144ae49a08

No. de Orden
9865

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSALBA RUIZ RAMIREZ	Documento	32016291
No. Carné	70119124 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB	ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
ACETAMINOFEN/CODEINA 500/30MG CJX30TAB	ACETAMINOFEN 500MGCODEINA FOSFATO	TABLETAS	CIENTO OCH

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR	MIRTAZAPINA 30MG Comprimido	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario: ALFONSO VELASQUEZ JAIRO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

No. de Orden
9865

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ROSALBA RUIZ RAMIREZ	Documento	32016291
No. Carné	70119124 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ENTEROGERMINA SUSP CJX10AMP BEB	ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
ACETAMINOFEN/CODEINA 500/30MG CJX30TAB	ACETAMINOFEN 500MGCODEINA FOSFATO	TABLETAS	CIENTO OC

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
MIRTAZAPINA 30MG CJX30TOR	MIRTAZAPINA 30MG Comprimido	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario: ALFONSO VELASQUEZ JAIRO

Recibido Por:

Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

No. de Orden 9865

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSALBA RUIZ RAMIREZ	Documento	32016291
No. Carné	70119124 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ACICLOVIR 400mg TAB CJX250 TAB	ACICLOVIR	TABLETAS	120 CIENTO VEIN

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

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ELTROXIN 100MCG FCOX50TAB	LEVOTIROXINA SODIO 0.1MG Tableta	TABLETAS	50 CINCUENTA

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ELTROXIN 50MCG FCOX50TAB	LEVOTIROXINA SODIO 0.05MG Tableta	TABLETAS	50 CINCUENT

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO DE ACUERDO CON ESQUEMA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DOLEX 500MG CJX100TR	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	180 CIENTO OC

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

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

Nombre Funcionario: ALFONSO VELASQUEZ JAIRO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043242113

No. de Orden 9865

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario ROSALBA RUIZ RAMIREZ | Documento 32016291
No. Carné 70119124 - C | Fecha autorización 18/09/25
Dirección CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

ACICLOVIR 400mg TAB CJX250 TAB | ACICLOVIR | TABLETAS | 120 CIENTO VE
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento 60
TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

ELTROXIN 100MCG FCOX50TAB | LEVOTIROXINA SODIO 0.1MG Tableta | TABLETAS | 50 CINCUENT
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 60
TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

ELTROXIN 50MCG FCOX50TAB | LEVOTIROXINA SODIO 0.05MG Tableta | TABLETAS | 50 CINCUENT
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 60
TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO DE ACUERDO CON ESQUEMA

DOLEX 500MG CJX100TR | ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | TABLETAS | 180 CIENTO OC
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento 60
TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

Nombre Funcionario: ALFONSO VELASQUEZ JAIRO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043242113

No. de Orden
9865

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSALBA RUIZ RAMIREZ	Documento	32016291
No. Carné	70119124 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DO ACETIL SALICI 100MG 100TAB	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta	TABLETAS	SESENTA

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

AR CADA 24 HORAS

ombre Funcionario:	ALFONSO VELASQUEZ JAIRO

Y LAURA BUENO ARIZA
91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

No. de Orden
9865

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	ROSALBA RUIZ RAMIREZ	Documento	32016291
No. Carné	70119124 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CALLE 26 NRO 58DD -129 BARRIO NUEVO BELLO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ACIDO ACETIL SALICI 100MG CJX100TAB	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG Tableta	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	ALFONSO VELASQUEZ JAIRO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 70119124
Télefono: 3043342113

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: E333196949
FECHA: 19-09-2025 18:06
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDÓ
SECUENCIA: 2171823
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
72,600 1 80 0 130,680

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 130,680
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 130,680
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	130,680	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9909-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESREPO DE ARANGO NUBIA
CC 21682805
CR 51 # 50A - 76 INT 201 COPACABANA
TELEFONO: 2746032
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: 507782e31c43c27dce1f544e06bbf73d6dac550071323b1ac844622a6e1946534494de1ca4d1b44254324076784c9811

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gabriel Arango G. identificado con cédula número 8.385.248, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 19/09/2025

No. de Orden
9909

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

neficiario	NUBIA RESTREPO de ARANGO	Documento	21682805
). Carné	8385248 - C	Fecha autorización	19/09/25
rección	CRA 51 50A-76 APTO. 201 COPACABANA		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
EX AVANZADO 500MG CJX10TAB	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO OCH

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

AR DOS JUNTAS POR DOLOR INTENSO

lombre Funcionario: GABRIEL ARANGO ARANGO

DY LAURA BUENO ARIZA
91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 8385248
Télefono: 3008211577

No. de Orden
9909

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	NUBIA RESTREPO de ARANGO	Documento	21682805
No. Carné	8385248 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CRA 51 50A-76 APTO. 201 COPACABANA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
DOLEX AVANZADO 500MG CJX10TAB	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO OC

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

TOMAR DOS JUNTAS POR DOLOR INTENSO

Nombre Funcionario: GABRIEL ARANGO ARANGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 8385248
Télefono: 3008211577

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: E333196
954
FECHA: 19-09-2025 18:25
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2171828
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404284-ACID-NESS MK LOCION 400ML
GTS FRASCO 120 ML
45,021 1 0 0 45,021
683160-DESONIDA SIEGFIRED (INST).
CREMA TÓPICA 0.1% TUBO 15 G
9,000 1 0 0 9,000
102004-ACERUMEN SPRAY CAJA 40 ML
67,226 1 0 0 67,226
115103-OLOFTAL MK INST. GOTAS OFTA
LMICAS 0.2 % CAJA 5 ML
11,107 1 0 0 11,107
169139-DIOSMINA/HESPERIDINA.GENFAR
RG TABLETAS 450/50 MG CAJA X 30 UNDS
26,310 1 0 0 26,310

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 158,664
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 158,664
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 158,664 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9910-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE GUTIERREZ MARIA BERTILDA
CC 32509153
CR 58B # 31 - 4 CS 1 PS CABAÑAS

TELEFONO: 4524755
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

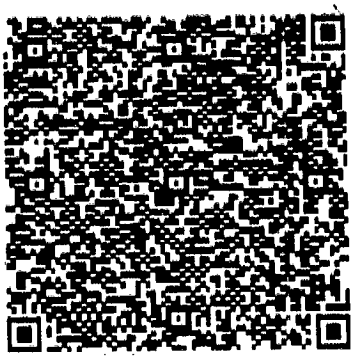
Certificación recibo a satisfacción

Yo JUAN SEBASTIAN GUTIERREZ identificado con cédula número 1234994631, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 20/09/2025



OBS: 1234994631 3007306094
CUFE: f5143860a89cfe9671c3a2284463
d76e6b6a67a69095ccc77e1b709cf30774a
2c41d2c728092566cc433f9a52dcdb3a49

Pasteur
Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 19/09/25 CÉDULA: 32509153

USUARIO: Berta Diaz # ORDEN: 9910

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Januvia 50mg	28 tbs	Agotada

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Angi Correa	Bello	3014381971

No. de Orden
9910

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ	Documento	32509153
No. Carné	8260683 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
JANUVIA 50MG CJX28TAB MSD	SITAGLIPTINA FOSFATO HIDRATO 50MG Tableta	TABLETAS	VEINTIOCH

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	14	

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) JUNTO CON G-MET

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 24 HORAS	30	

MEZCLAR CON UN LITRO DE CREMA HUMECTANTE Y APLICAR EN TODO EL CUERPO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DESONIDA 0.1% CR TBOX15G	DESONIDA 1MGG Crema	TUBO	UN

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

USAR EN MEDIO DE LOS DEDOS Y EL BROTE EN LA CARA SOLO EN CASO NEECSARIO UNA VE

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

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

HACER 3 SPRAYS EN OIDO IZQUIERDO 3 VECES AL DÍA POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario: ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1234991631
Télefono: 3007060969

No. de Orden
9910

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ	Documento	32509153
No. Carné	8260683 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
JANUVIA 50MG CJX28TAB MSD	SITAGLIPTINA FOSFATO HIDRATO 50MG Tableta	TABLETAS	VEINTIOCH

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	14	

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) JUNTO CON G-MET

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 24 HORAS	30	

MEZCLAR CON UN LITRO DE CREMA HUMECTANTE Y APLICAR EN TODO EL CUERPO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DESONIDA 0.1% CR TBOX15G	DESONIDA 1MGG Crema	TUBO	UN

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

USAR EN MEDIO DE LOS DEDOS Y EL BROTE EN LA CARA SOLO EN CASO NEECSARIO UNA VE

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

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

HACER 3 SPRAYS EN OIDO IZQUIERDO 3 VECES AL DÍA POR 10 DÍAS

Nombre Funcionario: ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1234991631
Télefono: 3007060969

No. de Orden
9910

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

ıeficiario	MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ	Documento	32509153
. Carné	8260683 - C	Fecha autorización	19/09/25
rección	Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello		
egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
FTAL 0.2% FCOX5ML	OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas	FRASCO	UN

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

GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS POR NECESIDAD

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
SMINA 500MG CJX30TAB	D I O S M I N A 450MGHESPERIDINA 50MG	TABLETAS	TREINTA

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

AR CADA 24 HORAS

ombre Funcionario: ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ

Y LAURA BUENO ARIZA
91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

No. de Orden
9910

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ	Documento	32509153
No. Carné	8260683 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	Cra 58B No. 31 -04 Cabañas - Bello		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
OLOFTAL 0.2% FCOX5ML	OLOPATADINA CLORHIDRATO 2MGML SoluciónGotas	FRASCO	UN

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

UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS POR NECESIDAD

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DIOSMINA 500MG CJX30TAB	D I O S M I N A 450MGHESPERIDINA 50MG	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario: ADALBERTO GUTIERREZ GONZALEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

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: E333198
143
FECHA: 23-09-2025 15:57
VENDEDOR: MARIA ALEJANDRA MARTINEZ
SECUENCIA: 2173017
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

087022-MELATONINA FUNAT TABLETAS P
OTE X 60 UNDS
46,665 1 0 0 46,665

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 46,665
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 46,665
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 46,665 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9978- 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

OBS: Yolanda Ayala
1124099586

CUFE: acec7110de07cf0df374f2ab9a0a
c9da0ce57c29ffb9d6828964055dec46af
aec3b06b5095ded7286b025d9cbc38e3cd

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Tuberquia identificado con cédula número 1124498986, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 23/09/25

No. de Orden
9978

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

ıeficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	23/09/25
ırección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
₹egional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ATONIN 3 MG TNR FCOX60TAB	MELATONINA 3MG Tableta Recubierta	TARRO	SESENTA

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

LA NOCHE ORDENADO POR INTERNSITA POR 6 MESE S , PRIMERA ENTREGA

ombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

IA PATRICIA LOPEZ YEPES
5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1124498586
Télefono: 3023980485

No. de Orden
9978

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	YOLANDA AYALA SUAREZ	Documento	31222453
No. Carné	13803090 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 24 58-75 B.Cabañitas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 EN LA NOCHE ORDENADO POR INTERNSITA POR 6 MESE S , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario: RUBEN ARCINIEGAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1124498586
Télefono: 3023980485

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: E317155
111
FECHA: 23-09-2025 16:56
VENDEDOR: MELISSA GUTIERREZ CHANCI
SECUENCIA: 1483207
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115101-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
34,110 3 0 0 102,330
067138-ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS
INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS
162,210 3 0 0 486,630
115100-ESZOPICLONA (ISOKLON) INST.
RG TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS
28,742 13 0 0 373,646
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 3 0 0 160,920
100280-GASTROFAST ADVANCE INST. ME
NTA CAJA X 12 SACHET
36,564 8 0 0 292,512
115119-CARMELUB TEARSGEL INST. SOL
UCION OFTALMICA 1 % CAJA 15 ML
11,154 3 0 0 33,462
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100
MCG CAJA X 50 UNDS
10,100 2 0 0 20,200

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,679,040
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,679,040
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,679,040 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10032-domiclio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARANGO DE NIETO FANNY STELLA
CC 41397513
CR 77B # 47 - 123 VELODROMO AP 4
01 CASIBARI
TELEFONO: 3242 9716
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

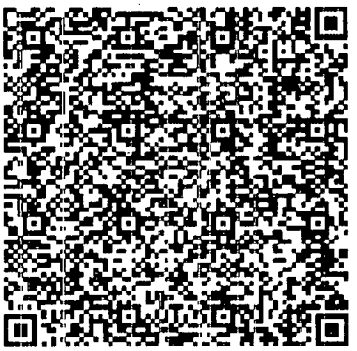
Certificación recibo a satisfacción

Yo Danny Stella Arango de Smith identificado con cédula número 41397513, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Danny de Smith

FECHA 23-9/25



7E1A6E3641762351EACBA0B5D3E90E4AEF6
83BCACC325407B3B109A0E8B9D1506B2E
CUFE: 93B4315CC2724A12531709E61C3
OBS:
41397513
BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio

No. de Orden
10032

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY STELLA ARANGO DE NIETO	Documento	41397513
No. Camé	17092995 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CRA 77B 47-123 AP.401 velodromo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB	ATORVASTATINA 40MG	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE POR TRES MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG CX30CAP	INDACATEROL MALEATO 110µGDGLICOPIRRONIO	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
ISOKLON 3MG CJX14TAB	ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO OCH

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA NOCHE

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

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

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

Nombre Funcionario:	GERARDO DE JESUS NIETO ZAPATA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 41397513
Télefono: 4139495

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10032

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: FANNY STELLA ARANGO DE NIETO | Documento: 41397513
No. Camé: 17092995 - C | Fecha autorización: 23/09/25
Dirección: CRA 77B 47-123 AP.401 velodromo
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ATORVASTATINA 40MG CJX30TAB	ATORVASTATINA 40MG	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE POR TRES MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG CX30CAP	INDACATEROL MALEATO 110µGDGLICOPIRRONIO	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
ISOKLON 3MG CJX14TAB	ESZOPICLONA 3MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO OCH

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA NOCHE

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

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

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

Nombre Funcionario: GERARDO DE JESUS NIETO ZAPATA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 41397513
Télefono: 4139495

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 10032

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FANNY STELLA ARANGO DE NIETO	Documento	41397513
No. Camé	17092995 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CRA 77B 47-123 AP.401 velodromo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
Gastrofast Advance	**Alginato de sodio, Bicarbonato de sodio, Magaldrato,**	SOBRE	NOVENTA

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

TOMAR UN SOBRE CADA 8 HORAS SOLO SI SINTOMAS

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

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

APLICAR UNA GOTA EN

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG**	TABLETAS	CIEN

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	GERARDO DE JESUS NIETO ZAPATA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 41397513
Télefono: 4139425

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 10032

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FANNY STELLA ARANGO DE NIETO	Documento	41397513
No. Camé	17092995 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CRA 77B 47-123 AP.401 velodromo		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
Gastrofast Advance	**Alginato de sodio, Bicarbonato de sodio, Magaldrato,**	SOBRE	NOVENTA

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

TOMAR UN SOBRE CADA 8 HORAS SOLO SI SINTOMAS

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

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

APLICAR UNA GOTA EN

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 10 AM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
EUTIROX® 100 MCG CAJA POR 30 TABLETAS	**LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG**	TABLETAS	CIEN

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

TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	GERARDO DE JESUS NIETO ZAPATA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 41397513
Télefono: 4139425

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

80

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: E317155
114
FECHA: 23-09-2025 17:06
VENDEDOR: CHRISTIAN ESTEBAN TAMAYO
SECUENCIA: 1483210
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
115001-PROLIA (CF) (RG) INST. J.PR
ELLENADA 60 MG X 1 UND
677,573 1 0 0 677,573

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 699,533
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 699,533
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 699,533 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10037 domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY
CC 21362649
CL 50 # 15A - 8 BUENOS AIRES ALE
JANDRO ECHAVARRIA
TELEFONO: 2221286
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Rodolfo Clavijo A
cc. 10053486
tel 222 12 86

OBS:

CUFE: 2599cfe036fdbb9e4d4bf4ad9ae1
ceae82d5befc35b868562323553fb95fb5
2885231019b594080adcbafa3f8ee535ea

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Rodolfo Alcuri identificado con cédula número 70085180, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 23/09/2025.



No. de Orden
10037

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	Documento	21362649
No. Camé	70119494 - A	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 8 NRO 84F-190 TORR 1 APTO 1113		
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

TOMAR CADA 24 HORAS POR SEIS MESES, ENTREGA 1/6

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	SUBCUTANEA	DOSIS ÚNICA	1

APLICAR EN DOSIS ÚNCA DE ACUEDO CON ESQUEMA ORDENADO POR ESPECIALISTA

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO CLAVIJO ARCILA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1000368
Télefono: 2121280

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10037

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	Documento	21362649
No. Camé	70119494 - A	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 8 NRO 84F-190 TORR 1 APTO 1113		
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

TOMAR CADA 24 HORAS POR SEIS MESES, ENTREGA 1/6

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	SUBCUTANEA	DOSIS ÚNICA	1

APLICAR EN DOSIS ÚNCA DE ACUEDO CON ESQUEMA ORDENADO POR ESPECIALISTA

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO CLAVIJO ARCILA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1000368
Télefono: 2121280

Fecha de vencimiento: 08/10/25

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: E317155
125
FECHA: 23-09-2025 17:31
VENDEDOR: CHRISTIAN ESTEBAN TAMAYO
SECUENCIA: 1483221
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117202-DESONIDA MEGALABS INST. LOC
ION 0.1% CAJA 30 ML
15,784 1 0 0 15,784
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3) IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X
32,100 1 30 0 48,150
669316-IMIPRAMINA HUMAX INST. TABL
ETAS 25 MG CAJA X 100 UNDS
10,300 0 90 0 9,270

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 73,204
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 73,204
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 73,204 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10053 domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MOSQUERA CEREN MARIA ALEJANDRA
CC 1045498528
CR 70 # 30A - 26 APT 102
TELEFONO: 3104777789
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Maria Alejandra Mosquera
1045498528
3128692969
CUFE: 1e2b6e7c10a9a41c474c309c183d
091eac210d83240cb061c22d6bfd3f6efa
8fa003a2f0deb13881421a20589156ed06

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Maria Alejandra Mosquera identificado con cédula número 1045418528, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 23/09/2025

No. de Orden
10053

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA ALEJANDRA MOSQUERA CEREN	Documento	1045498528
No. Camé	71983748 - E	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CRA 69C NRO 30C -15 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR SEGUN RECOMENDACIÓN DEL DERMATOLOGO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP	**VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
IMIPRAMINA HCL 25 MG CJ 50 TAB	**IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 9 PM POR SEIS MEES. ENTREGA 3/6

Nombre Funcionario:	JOSE ROMALDO MOSQUERA GIRALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Maria Alejandra
Documento: 1045498528
Télefono: 3128692969

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10053

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA ALEJANDRA MOSQUERA CEREN	Documento	1045498528
No. Camé	71983748 - E	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CRA 69C NRO 30C -15 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR SEGUN RECOMENDACIÓN DEL DERMATOLOGO

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP	**VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
IMIPRAMINA HCL 25 MG CJ 50 TAB	**IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 9 PM POR SEIS MEES. ENTREGA 3/6

Nombre Funcionario:	JOSE ROMALDO MOSQUERA GIRALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Maria Alejandra
Documento: 1045498528
Télefono: 3128692969

Fecha de vencimiento: 08/10/25

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: E317155123
FECHA: 23-09-2025 17:25
VENDEDOR: MELISSA GUTIERREZ CHANCI
SECUENCIA: 1483219
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132011-ACICLOVIR GENFAR INST. TABLETAS 800 MG CAJA X 10 UNDS
3,080 4 0 0 12,320
115800-VIREX INST. UNGUENTO CAJA 30 G
64,548 2 0 0 129,096
662021-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
16,671 1 0 0 16,671
203521-NEUROBION DC J.PRELLENADA 10000 CAJA X 3 UND
121,890 2 0 0 243,780

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 401,867
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 401,867
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	401,867	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10061-domiclio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ OSSA MARTA ELENA
CC 43494526
CL 2 SUR # 53 - 67 GUAYABAL FRENTE A LOS COLEGIOS COMFAMA
TELEFONO: 3105208338
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 3105208338

OBS: Martha Elena Gomez 43494526

CUFE: 83ee5fca...

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

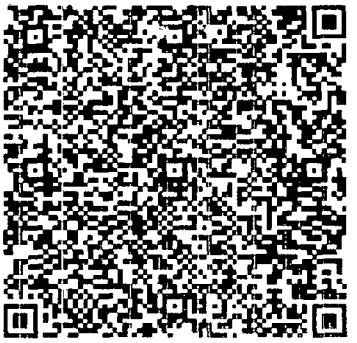
Certificación recibo a satisfacción

Yo Martha Elena Gomez identificado con cédula número 43494520 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Martha Gomez

FECHA 23-9-2025.



d09703a08786144ec54c37960f71f99760
394d4c6710673015dca754ea7fe1a20c12

No. de Orden
10061

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTHA ELENA GOMEZ OSSA	Documento	43494526
No. Carné	70114661 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 2 SUR 53-67 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
ACICLOVIR 800MG CJX10TAB	**ACICLOVIR 800MG Tableta**	TABLETAS	CUARENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 4 HORAS	7

TOMAR UNA CADA 5 HORAS (4AM - 9AM - 2PM - 7PM - 12AM) POR 7 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VIREX 5% UNG TOP	**ACICLOVIR 5G Ungüento**	TUBO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 4 HORAS	15

APLICAR CUATRO A ASEIS VECES AL DÍA SOBRE LAS VESICULAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
LYRICA 25MG CJX30CAP	**PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR 15 DÍAS

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA SEMANA	20

APLICAR UNA IM CADA 3 DÍAS POR 6 DOSIS

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO NARANJO VELEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43494526
Télefono: 3105208338

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10061

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARTHA ELENA GOMEZ OSSA	Documento	43494526
No. Carné	70114661 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 2 SUR 53-67 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
ACICLOVIR 800MG CJX10TAB	**ACICLOVIR 800MG Tableta**	TABLETAS	CUARENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 4 HORAS	7

TOMAR UNA CADA 5 HORAS (4AM - 9AM - 2PM - 7PM - 12AM) POR 7 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
VIREX 5% UNG TOP	**ACICLOVIR 5G Ungüento**	TUBO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 4 HORAS	15

APLICAR CUATRO A ASEIS VECES AL DÍA SOBRE LAS VESICULAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
LYRICA 25MG CJX30CAP	**PREGABALINA 25MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR 15 DÍAS

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 AMPOLLAS	INTRAMUSCULAR	CADA SEMANA	20

APLICAR UNA IM CADA 3 DÍAS POR 6 DOSIS

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO NARANJO VELEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43494526
Télefono: 3105208338

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

58

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: E317155
286
FECHA: 24-09-2025 12:33
VENDEDOR: CRISTIAN ANDRES JIMENEZ P
SECUENCIA: 1483382
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

043013-BAYCUTEN-N CREMA CAJA 35 G
48,496 2 0 0 96,992
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 139,198
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 139,198
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 139,198 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10084-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
NAVARRO BERRERA CRISTIAN DAVID
CC 1091964416
CR 83A # 40A - 37 SIMON BOLIVAR
TELEFONO: 3006784905
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Cristian Navarro B.
CC-1091964416

CUFE: 5fc73dadbe39de2ffa56f46ea317
d44286f6f69564e560b2386dabc2b6571c
3e7a46e2fe3cd3ed9c48b8a5597e3077ca

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cristian David Navarro Barrera identificado con cédula número 1039454416, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Cristian Navarro B.

FECHA 24-sept-2025

No. de Orden
10084

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CRISTIAN DAVID NAVARRO BARRERA	Documento	1091964416
No. Camé	88142252 - A	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	MIGRADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
BAYCUTEN-N 1% CR TUBX20G	CLOTRIMAZOL 10MGGNEOMICINA SULFATO	TUBO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 COLOCAR	TÓPICA	N/A	90

APLICAR 2 VECES AL DIA POR 7 DIA S SI S E EXACERBA , D ELO COTRARIO SOLO ANTES

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

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

TOMA R 1 TABLTA 3 HORAS ANTES D E ACOSTARSE

Nombre Funcionario:	JOSE LUIS NAVARRO PEREZ

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 09/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10084

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	CRISTIAN DAVID NAVARRO BARRERA	Documento	1091964416
No. Camé	88142252 - A	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	MIGRADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
BAYCUTEN-N 1% CR TUBX20G	CLOTRIMAZOL 10MGGNEOMICINA SULFATO	TUBO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 COLOCAR	TÓPICA	N/A	90

APLICAR 2 VECES AL DIA POR 7 DIA S SI S E EXACERBA , D ELO COTRARIO SOLO ANTES

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

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

TOMA R 1 TABLTA 3 HORAS ANTES D E ACOSTARSE

Nombre Funcionario:	JOSE LUIS NAVARRO PEREZ

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Cristian Navarro
Documento: CC. 1091964426
Télefono: 3006784905

Fecha de vencimiento: 09/10/25

GTH-F-005 V.01

49

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: E317155
340
FECHA: 24-09-2025 15:47
VENDEDOR: CRISTIAN ANDRES JIMENEZ P
SECUENCIA: 1483436
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115507-SYNTHROID INST. TABLETAS 25
MCG CAJA X 90 UNDS
75,240 1 0 0 75,240

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 75,240
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 75,240
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 75,240 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10113-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LARA DE MORALES LENNY
CC 21336428
CL 34C # 88B - 55 AP 226 BL13 PL
AZA CAMPESTRE
TELEFONO: 5367519
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: Guillermo L. Morales Vega
C.C. 2920342
Tel 3013544600
CUFE: f226fa2b523d5036c3b15b0090c2
bbd81b247a1e7296dc4b5a5f906a053835
9827f50f869e07cdc00e07a653d1262bba

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Guillermo J. Morales Vera identificado con cédula número 2920342, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 24/09/2025

No. de Orden
10113

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LENNY LARA DE MORALES	Documento	21336428
No. Carné	2920342 - C	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	CLL 34C N 88B-55 APT.226 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SYNTHROID 25 MCG CJ X 90 TAB	LEVOTIROXINA SODICA	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN AYUNA S DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	GUILLERMO MORALES VEGA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: C.C. 2920342
Télefono: 3013544600

Fecha de vencimiento: 09/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10113

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LENNY LARA DE MORALES	Documento	21336428
No. Carné	2920342 - C	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	CLL 34C N 88B-55 APT.226 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
SYNTHROID 25 MCG CJ X 90 TAB	LEVOTIROXINA SODICA	TABLETAS	NOVENTA

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

1 EN AYUNA S DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	GUILLERMO MORALES VEGA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: C.C. 2920342
Télefono: 3013544600

Fecha de vencimiento: 09/10/25

GTH-F-005 V.01

88

90

16

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: E317155
722
FECHA: 26-09-2025 10:36
VENDEDOR: CRISTIAN ANDRES JIMENEZ P
SECUENCIA: 1483818
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3) IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X
32,100 2 0 0 64,200
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 106,406
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 106,406
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 106,406 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10157-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MEZA MARTELO JUAN ESTEBAN
CC 1068417437
CL 54 # 63AA - 19 CARLOS E RESTR
REPO BLOQUE 66 APT 102
TELEFONO: 3218469748
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: Juan Esteban Meza Martelo
3218469748 - 1068417437

CUFE: e4fcbf0b4ae0ac2fa2cad42a5ceb
d66cd3d9d71c249b9fb2767e8db3824b2a
8afeaf750527e986b483ae5313d6dc8b2b

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Esteban Meza M identificado con cédula número 1068417143, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 26/09/2025

No. de Orden
10157

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JUAN ESTEBAN MEZA MARTELO	Documento	1068417437
No. Camé	78714193 - D	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	MANZANA 27 LOTE 4 MOGAMBO		
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
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	120

TOMAR CADA DÍA A LAS 10 AM POR CUATRO MESES. ENTREGA ÚNICA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	**MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	CIENTO VEIN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	120

TOMAR CADA NOCHE POR CUATRO MESES. ENTREGA ÚNICA

Nombre Funcionario:	ALVARO AUGUSTO MEZA SUAREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Juan E Meza
Documento: 1068417437
Télefono: 3218469746

Fecha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10157

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JUAN ESTEBAN MEZA MARTELO	Documento	1068417437
No. Camé	78714193 - D	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	MANZANA 27 LOTE 4 MOGAMBO		
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
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	120

TOMAR CADA DÍA A LAS 10 AM POR CUATRO MESES. ENTREGA ÚNICA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL	**MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	CIENTO VEIN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	120

TOMAR CADA NOCHE POR CUATRO MESES. ENTREGA ÚNICA

Nombre Funcionario:	ALVARO AUGUSTO MEZA SUAREZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Juan E Meza
Documento: 1068417437
Télefono: 3218469746

Fecha de vencimiento: 10/10/25

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: E317155
775
FECHA: 26-09-2025 14:26
VENDEDOR: CHRISTIAN ESTEBAN TAMAYO
SECUENCIA: 1483871
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

375747-SERETIDE DISKUS (RG) POLVO
PARA INHALACION 50/500 MCG CAJA 60 D
128,820 1 0 0 128,820
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL)
INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
14,286 2 0 0 28,572

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 157,392
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 157,392
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 157,392 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10167----DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MONTOYA CARDONA TRINIDAD
CC 42975319
CL 8 # 84F - 190 INT 11-13 TORRE
1 DE BALVUENA
TELEFONO: 3182225404
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: Tolima
3136142503

CUFE: 610a338d4e8dbaa962ec5f96f11e
13bobfac3cd8b8dbaa979defef4af3fe1a
3fb49c62d6e14774a84fb12709673621a7

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan David Chavez D. 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 26/09/2025

No. de Orden
10167

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	TRINIDAD DEL S. MONTOYA CARDONA	Documento	42975319
No. Carné	70119494 - C	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CLL 8 NRO 84F-190 TORR 1 APTO 1113		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
SERETIDE DISKUS 50+500µg PIO CJX60Dosis	SALMETEROL + FLUTICASONA Propionato 50+500µg PIO	CAJA	UN

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

1 PUFF DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS	SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol	INHALADO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 PUFF	INHALATORIA	CADA 8 HORAS	60

2 PUFF , 3 VECES AL DIA

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO CLAVIJO ARCILA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70119494
Télefono: 3136142583

Fecha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10167

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	TRINIDAD DEL S. MONTOYA CARDONA	Documento	42975319
No. Carné	70119494 - C	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CLL 8 NRO 84F-190 TORR 1 APTO 1113		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
SERETIDE DISKUS 50+500µg PIO CJX60Dosis	SALMETEROL + FLUTICASONA Propionato 50+500µg PIO	CAJA	UN

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

1 PUFF DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS	SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol	INHALADO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 PUFF	INHALATORIA	CADA 8 HORAS	60

2 PUFF , 3 VECES AL DIA

Nombre Funcionario:	JOHN JAIRO CLAVIJO ARCILA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70119494
Télefono: 3136142583

Fecha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

3 de 3

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
F. 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: E317155
733
FECHA: 26-09-2025 11:31
VENDEDOR: CRISTIAN ANDRES JIMENEZ P
SECUENCIA: 1483829
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

721136-METRONIST OVULOS 500 MG CAJ
A X 10 UNDS
44,728 1 0 0 44,728

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 44,728
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 44,728
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 44,728 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10168-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
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: Luz Eugenia Sierra
1128955546

CUFE: a10360da150f2623747cd65e14a5
f7836e708da554910b59db908ee175bf5c
93c3067294ed2d81a23ba18f10a75dc917

3012664461

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lozfogeny Serna V 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 26-09-2025

No. de Orden
10168

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA CAMILA SIERRA VIANA	Documento	1017928972
No. Carné	42895546 - D	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CALLE 9 SUR NRO 79C -151 APTO 1815 BELEN RODEO ALTO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
METRONIST 100.000UI/500MG CJX10 OVU	**METRONIDAZOL 500MGNISTATINA 100000UI**	ÓVULOS	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA 24 HORAS	7

1 EN LA NOCHE POR 7 DIAS

Nombre Funcionario:	LUZ EUGENIA SIERRA VIANA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42895546
Télefono: 3012664461

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10168

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA CAMILA SIERRA VIANA	Documento	1017928972
No. Carné	42895546 - D	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CALLE 9 SUR NRO 79C -151 APTO 1815 BELEN RODEO ALTO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
METRONIST 100.000UI/500MG CJX10 OVU	**METRONIDAZOL 500MGNISTATINA 100000UI**	ÓVULOS	DIEZ

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA 24 HORAS	7

1 EN LA NOCHE POR 7 DIAS

Nombre Funcionario:	LUZ EUGENIA SIERRA VIANA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42895546
Télefono: 3012664461

Fecha de vencimiento: 11/10/25

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: E317155781
FECHA: 26-09-2025 14:40
VENDEDOR: CHRISTIAN ESTEBAN TAMAYO
SECUENCIA: 1483877
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

169665-QUETIAPINA GENFAR (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
16,770 3 0 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: 10205------DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ BAUTISTA BEATRIZ
CC 41300634
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR AYER Y HOY
TELEFONO: 3148511087
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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 Claudia Vargas
43828-391

OBS: 6042509320

CUFE: 6a08135ee2a9da079dd4c580cd8eb56ed7e2fc1ad511c00739aad3b3b63b1f8f2b7f48348918ceab2fab538ecaaa1f0b



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Claudia Vargas identificado con cédula número 43828395, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Claudia Vargas

FECHA Sept 26/2025

No. de Orden
10205

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BEATRIZ GOMEZ BAUTISTA	Documento	41300634
No. Carné	11436245 - B	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	Cra 76A # 36 35 Apto 607		
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 TOMAR	ORAL	CADA 12 HORAS	90

DAR MEDIA TABELTA EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE Y DOSIS ADICIONAL SI HAY SINTOMAS

Nombre Funcionario:	SERGIO BERMUDEZ GOMEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Claudia Vanegas
Documento: 43828391
Télefono: 604 2509320

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10205

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	BEATRIZ GOMEZ BAUTISTA	Documento	41300634
No. Carné	11436245 - B	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	Cra 76A # 36 35 Apto 607		
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 TOMAR	ORAL	CADA 12 HORAS	90

DAR MEDIA TABELTA EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE Y DOSIS ADICIONAL SI HAY SINTOMAS

Nombre Funcionario:	SERGIO BERMUDEZ GOMEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Claudia Vanegas
Documento: 43828391
Télefono: 604 2509320

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

26

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: E317156
533
FECHA: 29-09-2025 11:00
VENDEDOR: CHRISTIAN ESTEBAN TAMAYO
SECUENCIA: 1484629
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: 10219----- domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HINCAPIE PEREZ SILVIA ESTER
CC 21637658
CL 31C # 89E - 77 BELEN TEL 2382
668
TELEFONO: 3122492267
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: 21637658 3122492265

CUFE: d42632e94cdfff11ef81f5be9c3e
11bfc71cd5e1ff557c7ff7885da3984cb1
4ff8be925fb17949b437276a387d73d4a2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Silvia Yurley identificado con cédula número 21637665, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 29 09 25

No. de Orden
10219

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ	Documento	21637658
No. Carné	8221178 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	CLL 31 C 89E-77 B.Belen		
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 DIARIA POR 7 DIAS Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	PABLO EMILIO PAREJA

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Silvia Yepes
Documento: 21637665
Télefono:

Fecha de vencimiento: 13/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10219

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	SILVIA ESTER HINCAPIE PEREZ	Documento	21637658
No. Carné	8221178 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	CLL 31 C 89E-77 B.Belen		
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 DIARIA POR 7 DIAS Y SUSPENDER

Nombre Funcionario:	PABLO EMILIO PAREJA

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Silvia Yepes
Documento: 21637665
Télefono: 2361992

Fecha de vencimiento: 13/10/25

GTH-F-005 V.01

99

100

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: E317156591
FECHA: 29-09-2025 15:48
VENDEDOR: CRISTIAN ANDRES JIMENEZ P
SECUENCIA: 1484687
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115106-PANTOPRAZOL MK INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
15,270 1 0 0 15,270
117200-PRESIDERM INST. UNGUENTO 2 % CAJA 15 G
14,959 2 0 0 29,918
115503-ESTEINE INST. (RG) OVULOS 3.5 MG CAJA X 6 UNDS
133,872 1 0 0 133,872

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 179,060
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 179,060
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	179,060	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10222-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LONDONO OLAYA NELCY
CC 43075746
CL 20 # 72 - 69 SAN BERNARDO-3005037820
TELEFONO: 3002260952
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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

Cesar Olaya
OBS: 3005037820

CUFE: 8adddabe95b10b083596c1352557
03ca9be77f81dd0c424cd1af0511f88837

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA _____

FECHA 29/09/2025

b8b32c5df80435e31be64dd19a8d36d266

No. de Orden
10222

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	NELCY DEL SOCORRO LONDONO OLAYA	Documento	43075746
No. Camé	71633498 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	CRA 72A NRO 22-15 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 3 HORAS	30

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
PANTOPRAZOL 40MG CJX30 TAB	**PANTOPRAZOL 40MG**	TABLETAS	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	RECTAL	CADA 3 HORAS	30

MK , PARA 1 EN AYUNA S

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
ESTEINE 3.5MG CJX6OVU+6APLI	**ESTRIOL 3.5MG Ovulo de liberación sostenida**	ÓVULOS	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA MES	30

1 SEMANAL EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CESAR AUGUSTO OCAMPO FLOREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71633498
Télefono: 3005037820

Fecha de vencimiento: 14/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10222

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	NELCY DEL SOCORRO LONDONO OLAYA	Documento	43075746
No. Camé	71633498 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	CRA 72A NRO 22-15 BELEN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 3 HORAS	30

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
PANTOPRAZOL 40MG CJX30 TAB	**PANTOPRAZOL 40MG**	TABLETAS	TREINTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	RECTAL	CADA 3 HORAS	30

MK , PARA 1 EN AYUNA S

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 6
ESTEINE 3.5MG CJX6OVU+6APLI	**ESTRIOL 3.5MG Ovulo de liberación sostenida**	ÓVULOS	SEIS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA MES	30

1 SEMANAL EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CESAR AUGUSTO OCAMPO FLOREZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 71633498
Télefono: 3005037820

Fecha de vencimiento: 14/10/25

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: E317156
615
FECHA: 29-09-2025 17:31
VENDEDOR: CHRISTIAN ESTEBAN TAMAYO
SECUENCIA: 1484711
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100250-ENSURE TWOCAL 2.0 SOLUCION
ORAL VAINILLA FRASCO 200 ML
9,675 30 0 0 290,250

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 290,250
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 290,250
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 290,250 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 91-011607-----domici
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CUERVO DE JARAMILLO LUZ ESTELLA
CC 32424341
CL 65BB # 39 - 46 VILLA HERMOSA
TELEFONO: 5859352
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 0de7b6346f8e1d62ee10a73a6e9e
59701271039155f26c3f44e96fb049fc47
5539fa0463fd3c55b57796eaa699b35c49

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jhon Moreno identificado con cédula número 71668079 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 29 09 25

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 32424341

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

Fecha **29 SEPTIEMBRE 2025**

ENSURE TWO CAL*200ML BOTELLA	**VIA ORAL: TOMAR UNA DIARIA, POR UN MES**	**30 BOT**	**TREINTA**
FORMULA ÚNICA (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	TRANSCRIPCIÓN HOSPITALIZACIÓN ALTA TEMPRANA- HPTU		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 10243

Amor Mendez
71669079
3194426676

6

64

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: E317156
762
FECHA: 30-09-2025 12:57
VENDEDOR: MELISSA GUTIERREZ CHANCI
SECUENCIA: 1484862
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

200619-PROCICAR CREMA CAJA 60 G
48,811 2 0 0 97,622

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 97,622
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 97,622
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	97,622	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10262--domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ BAUTISTA BEATRIZ
CC 41300634
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR AYER Y HOY
TELEFONO: 3148511087
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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 Qolicfm DH

OBS: 1063786858
3177502887

CUFE: 0ebe62b7a4b2eb5565e0a99657a2
e4f741947fe93d3ef4401ef3594ef14af3
9dba05a2f64f191f09448da7e187b53c85



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Yuliana De Moro identificado con cédula número CC 37686838, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Yuliana DM

FECHA 30/09/2025

No. de Orden
10262

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BEATRIZ GOMEZ BAUTISTA	Documento	41300634
No. Camé	11436245 - B	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	Cra 76A # 36 35 Apto 607		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
PROCICAR 5% CR TBOX60G	**ZINC OXIDO 5GCALAMINA 5G Crema**	TUBO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	120

MAÑANA Y NOCGE EN HERIDAS CAUSADAS POR RASCADO HASTA QUE MEJOREN

Nombre Funcionario:	SERGIO BERMUDEZ GOMEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Yulieth DH
Documento: 1063786858
Télefono: 3177507887

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10262

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	BEATRIZ GOMEZ BAUTISTA	Documento	41300634
No. Camé	11436245 - B	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	Cra 76A # 36 35 Apto 607		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
PROCICAR 5% CR TBOX60G	**ZINC OXIDO 5GCALAMINA 5G Crema**	TUBO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 12 HORAS	120

MAÑANA Y NOCGE EN HERIDAS CAUSADAS POR RASCADO HASTA QUE MEJOREN

Nombre Funcionario:	SERGIO BERMUDEZ GOMEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Yulieth DH
Documento: 1063786858
Télefono: 3177507887

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

105

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: E317156
777
FECHA: 30-09-2025 14:21
VENDEDOR: CHRISTIAN ESTEBAN TAMAYO
SECUENCIA: 1484877
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
72,600 2 70 0 196,020
132064-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
11,700 0 90 0 3,510
529765-SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS
.
13,920 5 0 0 69,600
100280-ARTRODAR INST RG (DIACEREIN
A) TABLETAS 50 MG CAJA X 60 UNDS
54,810 1 30 0 82,215
155488-MELIBA COMPRIMIDOS 150 MG C
AJA X 1 UND
69,214 3 0 0 207,642
116800-SYSTANE ULTRA INST. GOTAS O
FTALMICAS CAJA 10 ML
36,114 1 0 0 36,114
203240-GLUCOPHAGE INST. (METFORMIN
A) TABLETAS 850 MG CAJA X 30 UNDS
66,600 3 0 0 199,800
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLE
TAS 100/12.5 MG CAJA X 30 UNDS
10,740 3 0 0 32,220
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
151,200 3 0 0 453,600

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,280,721
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,280,721
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,280,721 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10265----- domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTRO MONTOYA LUZ MARY
CC 32516214
CR 79 # 34A - 82 AP 201 ED JARDI
N DE SANTA TERESA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Tatiana Castaño identificado con cédula número 43117700, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA TAN

FECHA 30-09-2025.



TELEFONO: 3216641108
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: TAN 43117700 -

CUFE: e6b2bcf9a15a3116fcfe83ada f02
4a7e878a3544f88d1efe35027da1c682b54
ed679d9baaf8a0536427e897b91477cf9a

Col 3022483192

No. de Orden
10265

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARY CASTRO MONTOYA	Documento	32516214
No. Carné	70059129 - C	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

3 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
AMLODIPINO 10MG CJX30TAB	**AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta**	TARRO	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB	**ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIEN

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ARTRODAR 50MG CJX30CAP	**DIACERREINA 50MG Cápsula de cubierta dura**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43117700
Télefono: 3022483192

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10265

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MARY CASTRO MONTOYA	Documento	32516214
No. Carné	70059129 - C	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

3 AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
AMLODIPINO 10MG CJX30TAB	**AMLODIPINO BESILATO 10MG Tableta**	TARRO	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 100
SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB	**ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIEN

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

1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
ARTRODAR 50MG CJX30CAP	**DIACERREINA 50MG Cápsula de cubierta dura**	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA

Gloria J L

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43117700
Télefono: 3022483192

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

67

No. de Orden
10265

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARY CASTRO MONTOYA	Documento	32516214
No. Carné	70059129 - C	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
MELIBA 150MG CJX1COMP	IBANDRONATO SODIO HIDRATO 150MG Tableta	TABLETAS	TRES

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

1 TABELTA EN AYUNAS CADA MES , NO ACOSTARSE NI COMER POR 1 HORA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CAPRIMIDA D 1500MG+200UI TNR CJX30TAB	CALCIO CITRATO VITAMINA D	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
SYSTANE ULTRA 4/3mgXml SGS CJXFCO10ml	POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL	FRASCO	UN

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

3 AL DIA EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB	METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL ALMUERZO

Nombre Funcionario:	ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA

Recibido Por:

Firma:
Documento: 42117700
Télefono: 3002483192

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10265

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MARY CASTRO MONTOYA	Documento	32516214
No. Carné	70059129 - C	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
MELIBA 150MG CJX1COMP	IBANDRONATO SODIO HIDRATO 150MG Tableta	TABLETAS	TRES

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

1 TABELTA EN AYUNAS CADA MES , NO ACOSTARSE NI COMER POR 1 HORA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
CAPRIMIDA D 1500MG+200UI TNR CJX30TAB	CALCIO CITRATO VITAMINA D	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
SYSTANE ULTRA 4/3mgXml SGS CJXFCO10ml	POLIETILENGLICOL 400 PROPILENGLICOL	FRASCO	UN

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

3 AL DIA EN AMBOS OJOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GLUCOPHAGE 850MG CJX30TAB	METFORMINA CLORHIDRATO 850MG Tableta	TABLETAS	NOVENTA

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

1 DESPUES DEL ALMUERZO

Nombre Funcionario:	ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA

Recibido Por:

Firma:
Documento: 42117700
Télefono: 3002483192

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10265

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARY CASTRO MONTOYA	Documento	32516214
No. Camé	70059129 - C	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DESPUE SDEL DESAYUNO

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

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

MK PARA 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43117700
Télefono: 3022483192

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10265

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MARY CASTRO MONTOYA	Documento	32516214
No. Camé	70059129 - C	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

1 DESPUE SDEL DESAYUNO

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

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

MK PARA 1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43117700
Télefono: 3022483192

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

102

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: E317153960
FECHA: 19-09-2025 10:58
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1482056
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-FORTISIP COMPACT PROTEIN BEBIDA BOTELLA 125 ML
25,000 69 0 0 1,725,000

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,725,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,725,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,725,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9357-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SIERRA VIANA MARIA CAMILA
CC 1017928972
CL 9 S # 79C - 151 URB MIRADOR DE LA ARBOLEDA APT 1815
TELEFONO: 3012664461
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: 35b4e85c8fe0e6e80300d52d5d08bd3f9904141710ecd966e1a7f00a235b842a6ae6b63b7970f736fe02f292baf0f589

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: E317151477
FECHA: 09-09-2025 16:14
VENDEDOR: MELISSA GUTIERREZ CHANCI
SECUENCIA: 1479573
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-FORTISIP COMPACT PROTEIN BEBIDA BOTELLA 125 ML
25,000 21 0 0 525,000

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 525,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 525,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 525,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9357-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SIERRA VIANA MARIA CAMILA
CC 1017928972
CL 9 S # 79C - 151 URB MIRADOR DE LA ARBOLEDA APT 1815
TELEFONO: 3012664461
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: f1e50dcc7e18e4456fdb1ee3644b13092d1f564163bd51bd3e003ee2f4c9f68089c9b56c063704667855cfd6ea1ed5a6

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo _____ identificado con cédula número 4089554 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 06-09-2025

110

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

Nombre **MARIA CAMILA SIERRA VIANA**	**FECHA** **05 09 25**	***CC 1017928972***

LUGAR: MEDELLIN

R/	**Cantidad**
SUPLEMENTO PROTEINAS,VITAMINAS Y MINERALES (FORTISIP COMPACT125 ML) TOMAR 1 BOTELLA DIARIAMENTE POR 3 MESES	90 NOVENTA
CODIGO9357	
TRANSCRIPCION DE NUTRICIONISTA	

Firma y Sello del Médico

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT 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: E317153276
FECHA: 16-09-2025 14:44
VENDEDOR: CHRISTIAN ESTEBAN TAMAYO
SECUENCIA: 1481372
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 1 0 0 56,100

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 56,100
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 56,100
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	56,100	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9691-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.ª Amparo Arroyave 32469954 3206602704

CUFE: b5b620d7a4100c731d8b1068bc82bc4921e84a5ac2fd30d561c47195f133e23557aa02de58714f95391d843fff17832c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo M.ª Amparo Arroyave identificado con cédula número 32469974, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 16-9-2025

No. de Orden
9691

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS	Documento	32469954
No. Carné	8277001 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	**CALCIO CITRATO VITAMINA D3**	TABLETAS	TREINTA

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

2 AL DIA , AJUSTA A FORMULA DE L 12 DE JULIO POR CAMBIO EN DOSIS

Nombre Funcionario:	ROBERTO OSORNO QUINTERO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32469954
Télefono: 3206602704

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9691

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS	Documento	32469954
No. Carné	8277001 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CALLE 8 SUR NRO 51-34 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	**CALCIO CITRATO VITAMINA D3**	TABLETAS	TREINTA

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

2 AL DIA , AJUSTA A FORMULA DE L 12 DE JULIO POR CAMBIO EN DOSIS

Nombre Funcionario:	ROBERTO OSORNO QUINTERO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32469954
Télefono: 3206602704

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

112

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: E317153281
FECHA: 16-09-2025 15:05
VENDEDOR: CRISTIAN ANDRES JIMENEZ P
SECUENCIA: 1481377
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100279-DIMOFLAX INST. TABLETAS CAJA X 60 UNDS
73,740 3 0 0 221,220
119400-HISTOTAL INST. (COLECALCIFERO) AMPOLLAS BEBIBLES 25000 UI CAJA
64,652 3 0 0 193,956
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS
113,850 3 0 0 341,550
132132-CIPROFLOXACINA GENFAR INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
3,740 1 0 0 3,740

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 760,466
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 760,466
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 760,466 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9699-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LARA DE MORALES LENNY
CC 21336428
CL 34C # 88B - 55 AP 226 BL13 PLAZA CAMPESTRE
TELEFONO: 5367519
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

C.C. 29203422
OBS: 3013544600

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Guillermo Morales Vega identificado con cédula número 1920342, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 16/09/2025

CUFE: 443c9c50fa918237ca345c1b17c7
59a5409bcd6b4eecb1708433f566a9671
a2baa94e71e1f4f16a49715467978acb53

No. de Orden
9699

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LENNY LARA DE MORALES	Documento	21336428
No. Camé	2920342 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CLL 34C N 88B-55 APT.226 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
CIPROFLOXACINA 500MG TNR CJX10TAB	CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500MG	TABLETAS	DIEZ

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

2 AL DIA POR 5 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
DIMOFLAX 150/80/25MG CJA X 60 TAB	PANQUEATRINA 150MGSIMETICONA	TABLETAS	CIENTO O

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

1 ANTES DE CADA COMIDA PRINCIPAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 13
HISTOTAL 25000UI CJA X 4 AMPOLLAS	COLECALCIFEROL 25000UI Solución	AMPOLLA	TRECE

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

1 AMPOLLA BEBIBLA CADA SEMANA

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 3 HORAS	90

1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO

Nombre Funcionario:	GUILLERMO MORALES VEGA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: C.E. 2920342
Télefono: 3013544600

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9699

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LENNY LARA DE MORALES	Documento	21336428
No. Camé	2920342 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CLL 34C N 88B-55 APT.226 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 10
CIPROFLOXACINA 500MG TNR CJX10TAB	CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500MG	TABLETAS	DIEZ

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

2 AL DIA POR 5 DIAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
DIMOFLAX 150/80/25MG CJA X 60 TAB	PANQUEATRINA 150MGSIMETICONA	TABLETAS	CIENTO O

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

1 ANTES DE CADA COMIDA PRINCIPAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 13
HISTOTAL 25000UI CJA X 4 AMPOLLAS	COLECALCIFEROL 25000UI Solución	AMPOLLA	TRECE

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

1 AMPOLLA BEBIBLA CADA SEMANA

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 3 HORAS	90

1 CAPSULA 10 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO

Nombre Funcionario:	GUILLERMO MORALES VEGA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: C.E. 2920342
Télefono: 3013544600

Fecha de vencimiento: 01/10/25

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
278
FECHA: 16-09-2025 14:50
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1481374
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115104-FLAVOXATO (BLADURIL) INST.
GRAGEAS 200 MG CAJA X 10 UNDS
34,090 2 0 0 68,180

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 68,180
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 68,180
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 68,180 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9706-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LARA DE MORALES LENNY
CC 21336428
CL 34C # 88B - 55 AP 226 BL13 PL
AZA CAMPESTRE
TELEFONO: 5367519
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Guillermo Morales Vega
C.C. 2920342
Tel 3013544600

CUFE: 556e98e416997081410b0351e218
510e2dc39f9137704cd495a36fc9ead599
e3425d08c862946e1d96bfd22c046f7e8e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Guillermo Morales Vas identificado con cédula número 2920342, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 16/09/2025

No. de Orden
9706

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LENNY LARA DE MORALES	Documento	21336428
No. Carné	2920342 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CLL 34C N 88B-55 APT.226 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
BLADURIL 200MG CJX10GRAG	**FLAVOXATO CLORHIDRATO 200MG Tableta Recubierta**	GRAGEA	VEINTE

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

3 al dia por 5 dias

Nombre Funcionario:	GUILLERMO MORALES VEGA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: C.C. 1920342
Télefono: 3013544602

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9706

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LENNY LARA DE MORALES	Documento	21336428
No. Carné	2920342 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CLL 34C N 88B-55 APT.226 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
BLADURIL 200MG CJX10GRAG	**FLAVOXATO CLORHIDRATO 200MG Tableta Recubierta**	GRAGEA	VEINTE

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

3 al dia por 5 dias

Nombre Funcionario:	GUILLERMO MORALES VEGA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: C.C. 1920342
Télefono: 3013544602

Fecha de vencimiento: 01/10/25

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
338
FECHA: 16-09-2025 18:44
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1481434
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

137041-URBADAN CLOBAZAM DCONT TABL
ETA 20 MG CAJA X 30 UNDS
152,000 2 0 0 304,000

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 304,000
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 304,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 304,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9707-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSPINA ZAPATA JOSE MIGUEL
CC 1036960816
CR 53A # 59C - 30 HORIZONTES
TELEFONO: 5778596
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Ofra Oleic Dep. 10
3943244 / 3148522287

CUFE: ca5568b3c71e6b95c3b391ac950f
308f7c6fcac40976a9965f09f50cea2918
a55efbcc54bc00916998cc1b32c6927506

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Blara Elena Lapato identificado con cédula número 39432441, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Blara Elena Lapato

FECHA 16-09-2025

118

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
JOSE MIGUEL OSPINA ZAPATA
No. Carné 8245164-G

Cédula 1036960816

Fecha **16 SEPTIEMBRE 2025**

CLOBAZAM (CLOBAZAM 20mg CJX20TAB)	**VÍA ORAL: UNA CADA 12 HORAS POR CUATRO MESES. ENTREGA PARA UN MES**	**60 TAB**	**SESENTA**
FÓRMULA POR UN MES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)	FÓRMULA EN RECETARIO DE CONTROL PARA UN MES		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO:9707

Alara Eleuc Dgs JV
3943244
3148527287

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: E317153560
FECHA: 17-09-2025 16:39
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1481656
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682991-CLOZAPINA HUMAX INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS
22,900 0 30 0 6,870

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 6,870
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 6,870
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	6,870	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9708-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CUERVO DE JARAMILLO LUZ ESTELLA
CC 32424341
CL 65BB # 39 - 46 VILLA HERMOSA
TELEFONO: 5859352
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Monica Jaramillo
OBS: CC 1.533.198 300 4494921

CUFE: fbffe3825639955a923ecb4468ea3fd3bda7399d3b338616e47143eb65c1926c8924b1e12f931bd1f05fb5879c6f237b

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Monica Jaramillo identificado con cédula número 43.533.148, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 17/09/5.

120

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

Versión: 01

Código: GTH-F-005

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

Cédula 32424341

Fecha **16 SEPTIEMBRE 2025**

CLOZAPINA 100mg TAB CJX100TAB	VIA ORAL: TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR UN MES	30 TAB	TREINTA

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

TRANSCRIPCIÓN PSIQUIATRÍA (entrega 2/3)

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO:9708

Monica Jaramillo
42 533.198
300 4494921

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
275
FECHA: 16-09-2025 14:32
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1481371
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

258289-HIDROXIDO ALUM.MAGNES.SIMET
SUSPENSION FRASCO 150 ML
18,160 2 0 0 36,320

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 36,320
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 36,320
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 36,320 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9713-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTRO MONTOYA LUZ MARY
CC 32516214
CR 82 # 45C - 41 APT 501 CORCEGA

TELEFONO: 3216641108
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: TATIANA C. 4311770030224831 02

CUFE: fefd102cd3a17b201c229c5b180d
4e64adb923090104ff7ebd51216607c284
4734fdb2be1ee631f26172fa5683a47fe2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Tatiana Cataño identificado con cédula número 43117700, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 16/09/25

No. de Orden
9713

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ MARY CASTRO MONTOYA	Documento	32516214
No. Carné	70059129 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
DITOPAX LIQUIDO SUSP FCOX360ML	MAGNESIO HIDROXIDO 56,736MGMLALUMINIO	FRASCO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
10 c.c.	ORAL	N/A	90

SOLO SI HAY SINTOMAS

Nombre Funcionario:	ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96	Recibido Por: Firma: Documento: 43177700 Télefono: 3022483192

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9713

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ MARY CASTRO MONTOYA	Documento	32516214
No. Carné	70059129 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	Cra 82 No.45C 41 Apto.501 Medellin		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
DITOPAX LIQUIDO SUSP FCOX360ML	MAGNESIO HIDROXIDO 56,736MGMLALUMINIO	FRASCO	DOS

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
10 c.c.	ORAL	N/A	90

SOLO SI HAY SINTOMAS

Nombre Funcionario:	ALBERTO DE JES CATANO VALENCIA
GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES RM: 5-1607-96	Recibido Por: Firma: Documento: 43177700 Télefono: 3022483192

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

221

123

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: E317153488
FECHA: 17-09-2025 12:39
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1481584
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

842066-IPRASYNT (IPRATROPIO) (RG) INHALADOR 20 MCG CAJA 200 DOSIS
19,560 2 0 0 39,120
257425-SALIVAR NF SPRAY FRASCO 120 ML
50,543 3 0 0 151,629

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 190,749
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 190,749
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	127,419	24,210
EXCLUIDAS:	39,120	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9753-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CASTAÑO DE BETANCUR TERESA
CC 21331693
CL 32E # 65B - 21 BELEN FATIMA P ISO 2
TELEFONO: 3016901659
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Olga Betancur 32348710

CUFE: dde9b33bd680a45819a32b22b939071530ef467b8f707b42ea1be0f5feb206b158a8fbae42e5ab602c4da6c2918747e0

3016901659

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Elena Betancur identificado con cédula número 32348710, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Elena Betancur

FECHA 17/9/2025

32

No. de Orden
9753

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	TERESA CASTANO DE BETANCUR	Documento	21331693
No. Camé	32479129 - A	Fecha autorización	17/09/25
Dirección	CALLE PRIMERA AA NRO 65-62 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
BROMURO IPATROPIO20MCG INH FCOX200DOS	IPRATROPIO BROMURO 20µGD Solución	INHALADO	DOS

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

2 PUFF EN LA MAÑANA Y LA NBOCHE POR 3 EMSES CON INHALOCAMARA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SALIVAR 175MG SOL FCOX120ML	POTASIO CLORURO 1,2266MGMLMAGNESIO	FRASCO	TRES

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

2 SPRAY CADA 4 HORAS EN BOCA

Nombre Funcionario:	MARIA EUGENIA BETANCUR CASTANO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32341510
Télefono: 3016901659

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9753

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	TERESA CASTANO DE BETANCUR	Documento	21331693
No. Camé	32479129 - A	Fecha autorización	17/09/25
Dirección	CALLE PRIMERA AA NRO 65-62 GUAYABAL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 2
BROMURO IPATROPIO20MCG INH FCOX200DOS	IPRATROPIO BROMURO 20µGD Solución	INHALADO	DOS

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

2 PUFF EN LA MAÑANA Y LA NBOCHE POR 3 EMSES CON INHALOCAMARA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SALIVAR 175MG SOL FCOX120ML	POTASIO CLORURO 1,2266MGMLMAGNESIO	FRASCO	TRES

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

2 SPRAY CADA 4 HORAS EN BOCA

Nombre Funcionario:	MARIA EUGENIA BETANCUR CASTANO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32341510
Télefono: 3016901659

Fecha de vencimiento: 01/10/25

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
756
FECHA: 18-09-2025 13:39
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1481852
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683160-DESONIDA SIEGFIRED (INST).
CREMA TÓPICA 0.1% TUBO 15 G
9,000 1 0 0 9,000

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 9,000
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 9,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 9,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9769-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PARDO VALENCIA MARIAN
CC 1025323365
CL 2B # 82A - 460 AP 404 URB PAS
EO DEL PARQUE
TELEFONO: 3227852273
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: Mariana Pardo Valencia
1025323765
3227852273

CUFE: 1101568b4ecb697ce2533e1fe871
42c0b1c6cead5b72856b1d77a81eaec0d5
ddd762f16da7c7ac4d6497927bf97a13d0



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Mariana Pardo Valencia identificado con cédula número 1025323365, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 18/09/2025

No. de Orden
9769

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIANA PARDO VALENCIA	Documento	1025323365
No. Carné	14887836 - H	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	cra 85C # 15 94 apto 102 torre 3		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DESONIDA 0.1% CR TBOX15G	**DESONIDA 1MGG Crema**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	0

EN LA NOCHE POR 1 SEMANA EN OREJAS SITIO AFECTADO .

Nombre Funcionario:	JAIME DIEGO ARIAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1025323365
Télefono: 3227852273

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9769

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIANA PARDO VALENCIA	Documento	1025323365
No. Carné	14887836 - H	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	cra 85C # 15 94 apto 102 torre 3		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 1
DESONIDA 0.1% CR TBOX15G	**DESONIDA 1MGG Crema**	TUBO	UN

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 APLICAR	TÓPICA	CADA 24 HORAS	0

EN LA NOCHE POR 1 SEMANA EN OREJAS SITIO AFECTADO .

Nombre Funcionario:	JAIME DIEGO ARIAS FIGUEROA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 1025323365
Télefono: 3227852273

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

126

127

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: E317153962
FECHA: 19-09-2025 11:12
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1482058
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJ . A X 5 UNDS
40,775 6 0 0 244,650

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 244,650
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 244,650
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	244,650	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9868-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: Jenny Rogers P. 32402838 cc med.

CUFE: 7fc4eb4fd46f0e46f47b67c90b40e6b7f1e606a430db3dc09c94a530ce2b5fdb33c8d1f552f1e5cb195bc89f23638700

3004210474

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jenny Rogers V. identificado con cédula número 32[illegible]838 de Medellín calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Jenny Rogers P.

FECHA 19 / 9 / 2025

No. de Orden
9868

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JENNY DEL SOCORRO ROGERS PATERNINA	Documento	32402838
No. Carné	8280159 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CLL 49E 83A-196 CALAZANS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
VERSATIS PARCHES 5% PAR CJx15	LIDOCAINA	PARCHE	TREINTA

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

APLICAR POR 12 HORAS, DESCANSAR 12 HORAS Y VOLVER A APLICAR

Nombre Funcionario:	FRANCISCO ALVAREZ GUERRA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Jenny Rogers
Documento: 32402838
Télefono: 4444399

Fecha de vencimiento: 03/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9868

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JENNY DEL SOCORRO ROGERS PATERNINA	Documento	32402838
No. Carné	8280159 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CLL 49E 83A-196 CALAZANS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
VERSATIS PARCHES 5% PAR CJx15	LIDOCAINA	PARCHE	TREINTA

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

APLICAR POR 12 HORAS, DESCANSAR 12 HORAS Y VOLVER A APLICAR

Nombre Funcionario:	FRANCISCO ALVAREZ GUERRA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Jenny Rogers P.
Documento: 32402838 de
Télefono: 6044444399

Fecha de vencimiento: 03/10/25

GTH-F-005 V.01

128

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
961
FECHA: 19-09-2025 11:05
VENDEDOR: CAMILA ALEJANDRA PUENTE
SECUENCIA: 1482057
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3) IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X
32,100 0 30 0 16,050

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 16,050
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 16,050
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 16,050 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9874-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS RAMIREZ MARIA FLOR
CC 21623700
CL 44 # 86 - 32 AP 303 TORRES DE
LA IGLESIA
TELEFONO: 5838886
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 21623700

CUFE: 311b4db2bd88ba14a46ea5804235
e65fa9506944c53e98f29222c6ea7ae424
70a061277bb48dec5969e27df2c5bc1311

3006136416

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jhon Vargas identificado con cédula número 21023000, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 19 9 05

No. de Orden
9874

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ	Documento	21623700
No. Camé	3435882 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP	**VITAMINA D3 2000UI** **Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21623700
Télefono: 3006136416

Fecha de vencimiento: 03/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9874

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ	Documento	21623700
No. Camé	3435882 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CLL 44 No 86 32 Apto 303 LA AMERICA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP	**VITAMINA D3 2000UI** **Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	ANTONIO JOSE GOMEZ LOPEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 21623700
Télefono: 3006136

Fecha de vencimiento: 03/10/25

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: E317154
821
FECHA: 22-09-2025 13:28
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1482917
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

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 33,321
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 33,321
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 33,321 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9952-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RENDON ALVAREZ FELIPE
CC 1027803314
CL 30 # 82A - 32
TELEFONO: 2385214
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: Felipe Rendon Alvarez
1027803314
CEL 3052355058
CUFE: 17650cc3a86f372d57fd5e51f813
e35ef616f0e44c444f7c16f25725ecc494
9d1d557091a03281a16bdd09d9992cfca0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Felipe Rendón Alcaraz identificado con cédula número 1027803314, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 22 / 09 / 2025

132

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 1027803314**

22 09 2025

FELIPE RENDON ALVAREZ

LUGAR: MEDELLIN

OLOPATADINA 0.2% **(OLOFTAL)** **APLCIAR EN AMBOS OJOS** **1 GOTA EN LA NOCHE POR** **6 MESES , PRIMERA** **ENTREGA**	**3 TRES**
PARA 3 **MESES**	

CODIGO:9952

FIRMA Y SELLO MÉDICO

Felipe Rendon Alvarez.
CC 1027803314
Cel. 3052355058

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: E317154
870
FECHA: 22-09-2025 16:51
VENDEDOR: CRISTIAN ANDRES JIMENEZ P
SECUENCIA: 1482966
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
067051-EXELON 4.6 MG/24H (RG) PARC
HE 9 MG CAJA X 30 UNDS
180,390 3 0 0 541,170
213313-CIPROFIBRATO MK(RG) TABLETA
S 100 MG CAJA X 30 UNDS
22,185 3 0 0 66,555
115110-PEG POLIETILENGLICO INST. 3
350 SOBRES X 12 SOBRES
26,412 7 6 0 198,090
133018-SERTRALINA GENFAR INST. TAB
LETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS
43,800 0 90 0 13,140
213501-MEMANTINA MK (RG) TABLETAS
20 MG CAJA X 30 UNDS
128,790 3 0 0 386,370
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
59,400 0180 0 11,880
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206
132064-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
11,700 0 30 0 1,170

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,469,921
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,469,921
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,469,921 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9962-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
URREGO DE MONROY FABIOLA
CC 32337947
CR 50 # 59 - 59 HOGAR PRADO CENT
RO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis F Carmona S identificado con cédula número 70320979, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Luis F Carmona S

FECHA 22-09-25



0e8da1b4612040bOcbf8f5f72bbec5d2366
7b7330b7348fe4980e12030e9663568d9
CUFE: 32692328ebb00084869db844f9c1

OBS: Luis F Carmona 70329793 4948187

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
sistema pos propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
TELEFONO: 3154745410

No. de Orden
9962

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FABIOLA URREGO DE MONROY	Documento	32337947
No. Camé	70515168 - A	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
EXELON 9MG PT CJX30PARCH	**RIVASTIGMINA 9MG Parche**	PARCHE	NOVENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	90

APLICAR UNO DIARIO

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

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

TOMAR CADA NOCHE a LAS 7 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	MONROY URREGO OSWALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70327973
Télefono: 4448789

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9962

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario FABIOLA URREGO DE MONROY | Documento 32337947
No. Camé 70515168 - A | Fecha autorización 22/09/25
Dirección CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
EXELON 9MG PT CJX30PARCH | RIVASTIGMINA 9MG Parche | PARCHE | NOVENTA
Dosis: 1 PARCHE | Vía Admon.: TRANSDÉRMICA | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
APLICAR UNO DIARIO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
FARMA D 5000UI FCO X 30 CAP | VITAMINA D3 5000UI | CÁPSULA | NOVENTA
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
CIPROFIBRATO 100MG CJX10TB | CIPROFIBRATO 100MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA NOCHE a LAS 7 PM

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
PEG POLIETILEN.3350 17g POV CJx12SOB | POLIETILENGLICOL 3350 17G Polvo | SOBRE | NOVENTA
Dosis: 1 SOBRE | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario: MONROY URREGO OSWALDO
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento: 70327973
Télefono: 4448789
Fecha de vencimiento: 07/10/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9962

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FABIOLA URREGO DE MONROY	Documento	32337947
No. Camé	70515168 - A	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
AMLODIPINO 5MG CJX10TAB	**AMLODIPINO BESILATO 5MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

USAR SOLO POR NECESIDAD

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 SIGUEINDO RECOMENDACIONES DE GERIATRA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
MEMANTINA 20mg TAB CJX30TAB	**MEMATINA CLORHIDRATO 20MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS. ENTREGAR DE MK

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
LOSARTAN 50MG X 30TAB	**LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CIENTO OCH

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

TOMAR CADA 12 HORAS

Nombre Funcionario:	MONROY URREGO OSWALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70327973
Télefono: 4448784

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 9962

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario FABIOLA URREGO DE MONROY | Documento 32337947
No. Camé 70515168 - A | Fecha autorización 22/09/25
Dirección CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30
AMLODIPINO 5MG CJX10TAB | AMLODIPINO BESILATO 5MG Tableta | TABLETAS | TREINTA
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 90
USAR SOLO POR NECESIDAD

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

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 90
MEMANTINA 20mg TAB CJX30TAB | MEMATINA CLORHIDRATO 20MG Tableta | TABLETAS | NOVENTA
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento 90
TOMAR CADA 24 HORAS. ENTREGAR DE MK

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 180
LOSARTAN 50MG X 30TAB | LOSARTAN POTASICO 50MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO OCH
Dosis 1 TABLETA | Vía Admon. ORAL | Frecuencia CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento 90
TOMAR CADA 12 HORAS

Nombre Funcionario: MONROY URREGO OSWALDO
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento: 70327973
Télefono: 4448784
Fecha de vencimiento: 07/10/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9962

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	FABIOLA URREGO DE MONROY	Documento	32337947
No. Carné	70515168 - A	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	MONROY URREGO OSWALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70377973
Télefono: 4448784

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9962

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	FABIOLA URREGO DE MONROY	Documento	32337947
No. Carné	70515168 - A	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CLL 41 No 88-81 Apto 803 B. La America		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	MONROY URREGO OSWALDO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70377973
Télefono: 4448784

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

136

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: E317154
865
FECHA: 22-09-2025 16:28
VENDEDOR: MELISSA GUTIERREZ CHANCI
SECUENCIA: 1482961
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

112701-TRAZODONA RECIPE INST. TABL
ETA 50 MG CAJA X 100 UNDS
11,000 0 90 0 9,900

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 9,900
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 9,900
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 9,900 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9963-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HURTADO VANEGAS LAURA CAROLINA
CC 1034994304
CR 67 # 15 - 34 CEL 3114382825
TELEFONO: 3162208
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
---
laura Hurtado V.
OBS: 1034994304

CUFE: e158caa0953261e01dcd75f59cbd
d6f22017b8baf0cc1c598cd2af7fba6f8c
ad17ba8faa41e5d78cba28f7add60dc8d4

3114382825

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Laura Hurtado Vanegas identificado con cédula número 1034994304, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Laura Hurtado V.

FECHA 22-09-25

137

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: E317155039
FECHA: 23-09-2025 11:01
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1483135
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

004070-ESCITALOPRAM MK (DEXAPRO) INST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
18,630 3 0 0 55,890

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 55,890
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 55,890
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 55,890 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9963-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HURTADO VANEGAS LAURA CAROLINA
CC 1034994304
CR 67 # 15 - 34 CEL 3114382825
TELEFONO: 3162208
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: Laura A. Hurtado V. CC 1034994304 3114382825

CUFE: c25ad86c9c9a1042e4c481184c1ed5f671e2a3d8da90df8252d69e27b4aa4f306e4b3939eab206bed075eb297a9d0581



No. de Orden
9963

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LAURA CAROLINA HURTADO VANEGAS	Documento	1034994304
No. Carné	11794961 - E	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CRA 67 NRO 15-34 CASA 058 URB. PARQUES DE STA FE		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
IPRAN 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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
TRAZODONA 50MG CJX50TAB	**TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	MARTIN ALBERT HURTADO JAUREGUI

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Laura HurtadoV
Documento: 1034994304
Télefono: 3114382825

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9963

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LAURA CAROLINA HURTADO VANEGAS	Documento	1034994304
No. Carné	11794961 - E	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	CRA 67 NRO 15-34 CASA 058 URB. PARQUES DE STA FE		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
IPRAN 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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
TRAZODONA 50MG CJX50TAB	**TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG Tableta**	TABLETAS	NOVENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	MARTIN ALBERT HURTADO JAUREGUI

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Laura HurtadoV
Documento: 1034994304
Télefono: 3114382825

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

158

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: E331282
162
FECHA: 24-09-2025 16:30
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2722974
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

169139-DIOSMINA/HESPERIDINA.GENFAR
RG TABLETAS 450/50 MG CAJA X 30 UND
26,310 2 0 0 52,620
115119-CARMELUB TEARSGEL INST. SOL
UCION OFTALMICA 1 % CAJA 15 ML
11,154 3 0 0 33,462

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 86,082
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 86,082
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 86,082 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 10103
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA
CC 21822509
CL 5 # 7 - 10 CALDAS ANTIOQUIA
TELEFONO: 3146188596
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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

708/2938

OBS:

CUFE: 75ae68974bc69c003fffdd52d97f
566ac1b198706f9050424d8cce89999a06
feada875563b4e1d5e95f799661ec794f7

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ruben Dario Correa identificado con cédula número 70812938, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 24-09-2025

No. de Orden
10103

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA	Documento	21822509
No. Carné	70812938 - A	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	CRA 5a GIRARDOT 7-10		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DIOSMINA 500MG CJX30TAB	D I O S M I N A 450MGHESPERIDINA 50MG	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA POR 6 MESES. ENTREGA 3/6

Nombre Funcionario:	RUBEN DARIO CORREA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70812938
Télefono: 3146188596

Fecha de vencimiento: 09/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10103

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA	Documento	21822509
No. Carné	70812938 - A	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	CRA 5a GIRARDOT 7-10		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DIOSMINA 500MG CJX30TAB	D I O S M I N A 450MGHESPERIDINA 50MG	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA POR 6 MESES. ENTREGA 3/6

Nombre Funcionario:	RUBEN DARIO CORREA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70812938
Télefono: 3146188596

Fecha de vencimiento: 09/10/25

GTH-F-005 V.01

104

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: E331282158
FECHA: 24-09-2025 16:23
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2722970
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115119-CARMELUB TEARSGEL INST. SOLUCION OFTALMICA 1 % CAJA 15 ML
11,154 3.0 0 33,462

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 33,462
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 33,462
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	33,462	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: DOMICILIO - 10104
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CORREA VELEZ LUIS GABRIEL
CC 3510338
CL 5 # 7 - 10 CALDAS ANTIOQUIA
TELEFONO: 3146188596
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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
70812938

OBS:

CUFE: b0d1da79ddc07c0414348a77c581
7b61aec5fc86490df05870d2a9d13be80d
24b3cd508770a6d5d2031439d3c213d455

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ruben Dario Correa identificado con cédula número 70817938, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 24-09-2025

No. de Orden
10104

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUIS GABRIEL CORREA VELEZ	Documento	3510338
No. Carné	70812938 - B	Fecha autorización	24/09/25
Dirección	CRA 5a GIRARDOT 7-10		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

UNA GOTA EN CADA OJO CVADA 8 HORAS POR 6 MESES. ENTREGA 3/6

Nombre Funcionario:	RUBEN DARIO CORREA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70812938
Télefono: 3146188596

Fecha de vencimiento: 09/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10104

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: LUIS GABRIEL CORREA VELEZ | Documento: 3510338
No. Carné: 70812938 - B | Fecha autorización: 24/09/25
Dirección: CRA 5a GIRARDOT 7-10
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML | Molécula: CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML | Tipo: FRASCO | Total 3: TRES

Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 90

UNA GOTA EN CADA OJO CVADA 8 HORAS POR 6 MESES. ENTREGA 3/6

Nombre Funcionario: RUBEN DARIO CORREA GALLEGO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 70812938
Télefono: 3146188596

Fecha de vencimiento: 09/10/25

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: E331282
563
FECHA: 25-09-2025 18:01
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2723375
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100280-GASTROFAST ADVANCE INST. ME
NTA CAJA X 12 SACHET
36,564 10 0 0 365,640
682043-HIDROCLOROTIAZIDA GENFAR IN
ST. TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
9,900 0 60 0 1,980
213404-IRBESARTAN MK (RG) CAPSULA
150 MG CAJA X 30 UNDS
18,803 2 0 0 37,606
662003-ELIQUIS INST. (RG) (APIXABA
N) TABLETAS 5 MG CAJA X 60 UNDS
314,200 2 0 0 628,400
118600-HIALTEARS INST. GOTAS OFTAL
MICAS 0.4 % CAJA 10 ML
15,946 2 0 0 31,892
365098-DITOPAX E.X TABLETAS LIMON/
NARANJA CAJA X 50 UNDS
38,771 1 10 0 46,525
255191-EZOLIUM CAPSULAS 40 MG CAJA
X 30 UNDS
220,711 2 0 0 441,422
119600-GASPRID M INST. (MOSAPRIDA)
TABLETAS 5 MG CAJA X 30 UNDS
19,500 6 0 0 117,000

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,670,465
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,670,465
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,670,465 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10142-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESTREPO MARIA NELLY
CC 32344944
CL 18 # 43G - 90 URB. BOSQUES DE
L RIO APT.2205 TORRE 1
TELEFONO: 3054373045
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

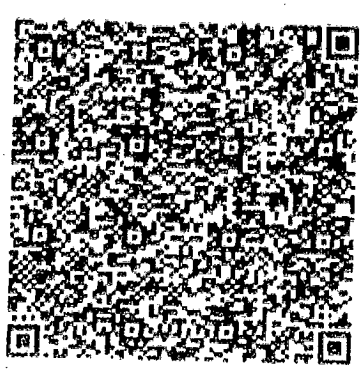
Certificación recibo a satisfacción

Yo Marie Nelly 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 25-09/2025



93b7bdc7f46a6eb3469bca51b900902fb
d8837e3f1df76b6ad1c03a5c3807db336
CUFE: 9876a4a855b024c5ac8cb10a92dce

OBS:

32344944

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO:

afactura cadena NIT: 890.930.534-0

PROVEEDOR TECNOLOGICO:

No. de Orden
10142

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA NELLY RESTREPO	Documento	32344944
No. Carné	14970611 - C	Fecha autorización	25/09/25
Dirección	CALLE 72 SUR NRO 46-33 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
MOSAPRIDA CITRATO 5MG TR CJX30TAB	**MOSAPRIDA CITRATO TR 5MG**	TABLETAS	CIENTO OCH

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
GASTROFAST ADVANCE	**ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr**	SOBRE	CIENTO VEIN

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB	**HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
IRBESARTAN 150mg TAB CJX30TAB	**IRBESARTAN 150mg Tabletas**	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario:	OSCAR MARINO RAMIREZ TAMAYO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32344944
Télefono: 3054373045

Fecha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10142

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario MARIA NELLY RESTREPO | Documento 32344944
No. Carné 14970611 - C | Fecha autorización 25/09/25
Dirección CALLE 72 SUR NRO 46-33 SABANETA
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos: MOSAPRIDA CITRATO 5MG TR CJX30TAB | Molécula: MOSAPRIDA CITRATO TR 5MG | Tipo: TABLETAS | Total 180: CIENTO OCH
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR CADA 8 HORAS (6AM - 2PM - 10PM)

Medicamentos: GASTROFAST ADVANCE | Molécula: ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr | Tipo: SOBRE | Total 120: CIENTO VEIN
Dosis: 1 SOBRE | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR UNA CADA 12 HORAS (7 AM - 7 PM)

Medicamentos: HIDROCLOROTIAZIDA 25MG CJX30TAB | Molécula: HIDROCLOROTIAZIDA 25MG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos: IRBESARTAN 150mg TAB CJX30TAB | Molécula: IRBESARTAN 150mg Tabletas | Tipo: TABLETAS | Total 60: SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR CADA 24 HORAS EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario: OSCAR MARINO RAMIREZ TAMAYO
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento: 32344944
Télefono: 3054373045
Fecha de vencimiento: 10/10/25
GTH-F-005 V.01

No. de Orden 10142

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA NELLY RESTREPO	Documento	32344944
No. Carné	14970611 - C	Fecha autorización	25/09/25
Dirección	CALLE 72 SUR NRO 46-33 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
ELIQUIS 5MG TNR CJX60TAB	**APIXABAN 5MG Tableta Recubierta**	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 2
HIALTEARS 0.4% FCOX15ML	**SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas**	FRASCO	DOS

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

UNA GOTA EN CADA OJO CUATRO VECES AL DÍA POR SEIS MESES. ENTREGA 5/6. PENDIENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DITOPAX TAB MASTICABLES CJX10TAB	**ALUMINIO HIDROXMAGN CARBON 282MGMAGNESIO**	TABLETAS	SESENTA

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

MASTICAR UNA TABLETA CADA DÍA 10 MINUTOS LUEGO DEL ALMUERZO

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 24 HORAS	60

TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario:	OSCAR MARINO RAMIREZ TAMAYO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32344944
Télefono: 3054373045

Fecha de vencimiento: 10/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 10142

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario MARIA NELLY RESTREPO | Documento 32344944
No. Carné 14970611 - C | Fecha autorización 25/09/25
Dirección CALLE 72 SUR NRO 46-33 SABANETA
Regional ANTIOQUIA | Vigencia 2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 120
ELIQUIS 5MG TNR CJX60TAB | APIXABAN 5MG Tableta Recubierta | TABLETAS | CIENTO VEIN
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 12 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM)

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 2
HIALTEARS 0.4% FCOX15ML | SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas | FRASCO | DOS
Dosis: 2 GOTA(S) | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 6 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
UNA GOTA EN CADA OJO CUATRO VECES AL DÍA POR SEIS MESES. ENTREGA 5/6. PENDIENTE

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60
DITOPAX TAB MASTICABLES CJX10TAB | ALUMINIO HIDROXMAGN CARBON 282MGMAGNESIO | TABLETAS | SESENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
MASTICAR UNA TABLETA CADA DÍA 10 MINUTOS LUEGO DEL ALMUERZO

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 60
EZOLIUM 40mg CDR FCOX30CAP | ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG Cápsula de | CÁPSULA | SESENTA
Dosis: 1 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO

Nombre Funcionario: OSCAR MARINO RAMIREZ TAMAYO
WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07
Recibido Por:
Firma:
Documento: 32344944
Télefono: 3054373045
Fecha de vencimiento: 10/10/25
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: E331283
222
FECHA: 27-09-2025 10:57
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2724034
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

682078-NISTATINA LABINCO INST. SUS
PENSION 100.000 UI/ML FRASCO 60 ML
4,128 7 0 0 28,896

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 28,896
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 28,896
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 28,896 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 10196
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOTERO BOTERO MARIA RAQUEL
CC 20982817
CR 50A # 26 - 36 URB.EL ENCANTO
2 INT.225 ITAGUI
TELEFONO: 3126197100
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: Luz Elena Mejia
CC 42895043

CUFE: a0eda1071b3859350a351594e069
084f7646519327c1cdff94716865a4eb68
dd87c49c9895737db15c7c7ba13ccb4e8d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Elena Mejía identificado con cédula número 42095[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 Luz Elena Mejía Mazo

FECHA 27/09/2025

No. de Orden
10196

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA RAQUEL BOTERO BOTERO	Documento	20982817
No. Carné	5816269 - C	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CRA 5 # 3 - 06 TABIO CUNDINAMARCA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 7
NISTATINA 100000 UI SHN FCOX60ml	**NISTATINA**	FRASCO	SIETE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
5 c.c.	ORAL	CADA 6 HORAS	20

HACXE R BUCHES Y TRAGARLO 4 VECE SLA DIA POR 20 DIA S . NO COMER NADA POR 2

Nombre Funcionario:	HERNANDO GAITAN MARQUEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42895063
Télefono: 3126197100

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10196

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA RAQUEL BOTERO BOTERO	Documento	20982817
No. Carné	5816269 - C	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	CRA 5 # 3 - 06 TABIO CUNDINAMARCA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 7
NISTATINA 100000 UI SHN FCOX60ml	**NISTATINA**	FRASCO	SIETE

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
5 c.c.	ORAL	CADA 6 HORAS	20

HACXE R BUCHES Y TRAGARLO 4 VECE SLA DIA POR 20 DIA S . NO COMER NADA POR 2

Nombre Funcionario:	HERNANDO GAITAN MARQUEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 42895063
Télefono: 3126197100

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

5

148

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: E331283
208
FECHA: 27-09-2025 10:17
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2724020
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

117202-DESONIDA MEGALABS INST. LOC
ION 0.1% CAJA 30 ML
15,784 1 0 0 15,784

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 15,784
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 15,784
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 15,784 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO-10198
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
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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 Maria Dioselina M.
---------- 22201824
OBS:

CUFE: ab76df79827e2af52a8096d483c8
ec644babb2cdb733233c2fb042e8f21771
9c9a54eda162dcf7b3aee02f806f401fe2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María 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 María Dioselina Montoya

FECHA 27 09 /2025

No. de Orden
10198

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA DIOSELINA MONTOYA LOPEZ	Documento	22201824
No. Carné	70660811 - C	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	Cra 50 No. 137A Sur 55 T3 Apto 711 B.Crito Rey		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR DE AUERDO CON RECOMENDACIONES DE DERMATOLOGÍA

Nombre Funcionario:	BERMUDEZ CARDONA HORACIO DE JESUS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: María Dioselina
Documento: 22201824
Télefono: 3017912454

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10198

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARIA DIOSELINA MONTOYA LOPEZ	Documento	22201824
No. Carné	70660811 - C	Fecha autorización	26/09/25
Dirección	Cra 50 No. 137A Sur 55 T3 Apto 711 B.Crito Rey		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

APLICAR DE AUERDO CON RECOMENDACIONES DE DERMATOLOGÍA

Nombre Funcionario:	BERMUDEZ CARDONA HORACIO DE JESUS

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: María Dioselina
Documento: 22201824
Télefono: 3017912454

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

46

150

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: E331283
302
FECHA: 27-09-2025 14:40
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2724114
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115135-MINOXIDIL FORTE INST. MK LO
CION 5% FRASCO 60 ML
29,152 1 0 0 29,152

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 29,152
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 29,152
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	29,152	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: DOMICILIO 10199
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
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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
---------- Maria Dioselina M.
22201824
OBS:

CUFE: ee4999fdd15fd3cccd42a3c62cac
1ab9e22e97d59b4899d6bf8e88cafe5d13
e167aedaff3244482d389b22e249996f3d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María 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 María Dioselina Montoya

FECHA 27 09 2025

151

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 DIOSELINA MONTOYA LOPEZ
No. Carné 70660811 - C

D.I. 22201824

Fecha **26 SEPTIEMBRE 2025**

MINOXIDIL 5G Solución (MINOXIDIL 5% FCO X 60 ML)	**VÍA tópica: USAR COMO BASE PARA FÓRMULA MAGISTRAL SUMANDO DUTASTERIDE 0.05% + D-PANTENOL 2% MYR Loción FRASCO GOTERO**	**01 FCO**	**UNO**
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamentos comerciales, por favor entregar genéricos)	TRANSCRIPCIÓN DERMATOLOGÍA		

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 10199

María Dioselina Montoya
22.201824
27 09 2025

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: E331284
412
FECHA: 30-09-2025 16:35
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2725224
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

013017-SYSTANE COMPLETE GOTAS OFTA
LMICAS 0.6 % CAJA 10 ML
71,489 3 0 0 214,467

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 214,467
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 214,467
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 214,467 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO 10214
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HERRERA DE OCAMPO EDELMIRA
CC 32460854
CR 52 # 68 - 26 BARRIO SANTA MAR
IA APT.301
TELEFONO: 3005767623
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: Nidia Ocampo H

CUFE: 1cd70c33ccc4ddb865f63c2c3342
c4fb0d2014d9c5bbf5d30e7da5186084d4
493dfad9b76829153bf129e702c498f009

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nidia Ocampo U. identificado con cédula número 43506579, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 30-09-2025.

No. de Orden
10214

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EDELMIRA HERRERA DE OCAMPO	Documento	32460854
No. Carné	8221547 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	Calle 92B No. 69 -42 B.Francisco Ant Zea Med		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SYSTANE® COMPLETE GOTAS LUBRICANTES	PROPILENGLICOL 6mg	FRASCO	TRES

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

3 VECE SLA DIA EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	GILBERTO OCAMPO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43506579
Télefono: 604-4096181

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10214

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EDELMIRA HERRERA DE OCAMPO	Documento	32460854
No. Carné	8221547 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	Calle 92B No. 69 -42 B.Francisco Ant Zea Med		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
SYSTANE® COMPLETE GOTAS LUBRICANTES	PROPILENGLICOL 6mg	FRASCO	TRES

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

3 VECE SLA DIA EN AMBOS OJOS

Nombre Funcionario:	GILBERTO OCAMPO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43506579
Télefono: 604-4096181

Fecha de vencimiento: 11/10/25

GTH-F-005 V.01

154

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: E331284
363
FECHA: 30-09-2025 14:26
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2725175
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
15,946 1 0 0 15,946

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 15,946
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 15,946
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDA$: 15,946 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10253-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GUTIERREZ SIERRA MARTHA CECILIA
CC 43033254
CL 62 # 55A - 32 BARRIO LA ALDEA
ITAGUI
TELEFONO: 5977570
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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

43033254.

OBS:

CUFE: 0ca844ebdad18d45c30aff39f485
45382752855ab3d62db7351[illegible]095610
a480a83a32b5ed7c3c29710f7b39e1d80e

[redacted]

[redacted]

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

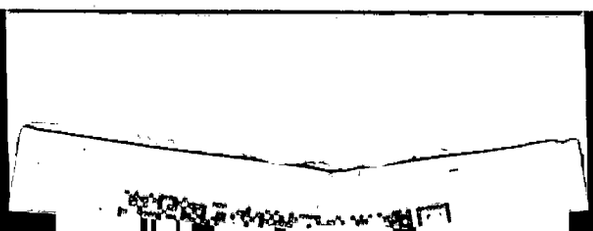
Certificación recibo a satisfacción

Yo Hector Cuesta Suarez identificado con cédula número 43033254, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 30-09-2025.



No. de Orden
10253

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTHA CECILIA GUTIERREZ SIERRA	Documento	43033254
No. Carné	70085917 - C	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	AV 46A NRO 67-8 APTO 202 NIQUIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

3 GOTAS AL DIA EN AMBOS OJOS , HASTA TERMINAR EL FRASCO

Nombre Funcionario:	LUIS CARLOS PEREZ MOLINA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43033254
Télefono: 3117659082

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10253

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTHA CECILIA GUTIERREZ SIERRA	Documento	43033254
No. Carné	70085917 - C	Fecha autorización	30/09/25
Dirección	AV 46A NRO 67-8 APTO 202 NIQUIA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

3 GOTAS AL DIA EN AMBOS OJOS , HASTA TERMINAR EL FRASCO

Nombre Funcionario:	LUIS CARLOS PEREZ MOLINA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 43033254
Télefono: 3117659082

Fecha de vencimiento: 15/10/25

GTH-F-005 V.01

156

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: E331279
327
FECHA: 17-09-2025 17:27
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2720139
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-HIALTEARS INST. GOTAS OFTAL
MICAS 0.4 % CAJA 10 ML
15,946 3 0 0 47,838

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 47,838
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 47,838
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 47,838 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 9673
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR ALZATE MIRIAM ELENA
CC 32526027
CL 106B SUR # 51 - 42 LA ESTRELLA
APT.202
TELEFONO: 3116655028
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: X Quintero E.

CUFE: d4039d64242dba68405577863c5f
958cc3eb0d333c7a58f73246f432d91773
5f01ebe6dbca5594bbcb0c21cc5a99b027

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA X

FECHA X 17/09/25

No. de Orden
9673

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MIRIAM ELENA ESCOBAR ALZATE	Documento	32526027
No. Carné	73075292 - B	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	Tranv. 40 # 26 - 20 Bruselas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
HIALTEARS 0.4% FCOX15ML	**SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas**	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS POR 6 MESES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	AVILA HILDEBERTO VILLALOBOS DE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: X
Documento: X 32526027
Télefono: X 3116655025

Fecha de vencimiento: 28/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9673

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MIRIAM ELENA ESCOBAR ALZATE	Documento	32526027
No. Carné	73075292 - B	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	Tranv. 40 # 26 - 20 Bruselas		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
HIALTEARS 0.4% FCOX15ML	**SODIO HIALURONATO 4MGML SoluciónGotas**	FRASCO	TRES

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

3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS POR 6 MESES , PRIMERA ENTREGA

Nombre Funcionario:	AVILA HILDEBERTO VILLALOBOS DE

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: X
Documento: X 32526027
Télefono: X 3116655025

Fecha de vencimiento: 28/09/25

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: E331279
315
FECHA: 17-09-2025 17:11
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2720127
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132030-AMOXICILINA GENFAR INST. CA
PSULAS 500 MG CAJA X 50 UNDS
12,800 1 10 0 15,360
115506-KLARICID INST. (CLARITROMIC
IN) TABLETAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
54,610 3 0 0 163,830
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 5 0 0 181,680
132495-METRONIDAZOL GENFAR INST. T
ABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
10,400 0 30 0 3,120
255191-EZOLIUM CAPSULAS 40 MG CAJA
X 30 UNDS
220,711 2 0 0 441,422

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 805,412
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 805,412
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 805,412 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 9678
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OCHOA MORENO MARTHA CECILIA
CC 43240028
CR 35 # 65 SUR - 135 EDIF. DUBLI
N APT.801 SABANETA
TELEFONO: 3014579450
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 Martha Cecilia Och.

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Yorthe Cecilia Ochoa M. identificado con cédula número 43240028, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Yorthe Cecilia Ochoa M.

FECHA 17-09-2025



CUFE: 1d3b31b5fa615c02d8d7e06e5865
39ac2e646c78a4057f28aad1ab8f4d1818
8547708f83c152e53aeff176ac40365313 8

OBS:

No. de Orden
9678

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTHA CECILIA OCHOA MORENO	Documento	43240028
No. Carné	43153515 - A	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	APARTADÓ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 56
AMOXICILINA 500MG CJX50CAPS	AMOXICILINA TRIHIDRATO 500MG Cápsula de cubierta	CÁPSULA	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 CÁPSULA	ORAL	CADA 12 HORAS	14

TOMAR 2 JUNTAS CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR 14 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
CLARITROMICINA 500MG CJX10TAB	CLARITROMICINA 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	14

VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR 14 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML	ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio +	SOBRE	SESENTA

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

VIA ORAL: TOMAR UN SOBRE DOS VECES AL DÍA POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
METRONIDAZOL 500mg TAB CJX100TAB	METRONIDAZOL	TABLETAS	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	14

VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR 14 DÍAS

Nombre Funcionario:	YENY LINEY ROMERO OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Martha Cecilia Ochoa M.
Documento: 43240028
Télefono: 3014579450

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9678

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARTHA CECILIA OCHOA MORENO	Documento	43240028
No. Carné	43153515 - A	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	APARTADÓ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 56
AMOXICILINA 500MG CJX50CAPS	AMOXICILINA TRIHIDRATO 500MG Cápsula de cubierta	CÁPSULA	CINCUENTA

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
2 CÁPSULA	ORAL	CADA 12 HORAS	14

TOMAR 2 JUNTAS CADA 12 HORAS (8AM - 8PM) POR 14 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
CLARITROMICINA 500MG CJX10TAB	CLARITROMICINA 500MG Tableta Recubierta	TABLETAS	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	14

VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR 14 DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
GAVISCON MENTA LIQ SACHET CJ12X10ML	ALGINATO sodio + BICARBONATO sodio +	SOBRE	SESENTA

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

VIA ORAL: TOMAR UN SOBRE DOS VECES AL DÍA POR UN MES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
METRONIDAZOL 500mg TAB CJX100TAB	METRONIDAZOL	TABLETAS	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	14

VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (9AM - 9PM) POR 14 DÍAS

Nombre Funcionario:	YENY LINEY ROMERO OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Martha Cecilia Ochoa M.
Documento: 43240028
Télefono: 3014579450

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

59

No. de Orden
9678

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTHA CECILIA OCHOA MORENO	Documento	43240028
No. Carné	43153515 - A	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	APARTADÓ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR UN MES

Nombre Funcionario:	YENY LINEY ROMERO OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Martha Cecilia Ochoa M.
Documento: 43240028
Télefono: 3014579450

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9678

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTHA CECILIA OCHOA MORENO	Documento	43240028
No. Carné	43153515 - A	Fecha autorización	15/09/25
Dirección	APARTADÓ		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

VIA ORAL: TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR UN MES

Nombre Funcionario:	YENY LINEY ROMERO OCHOA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Martha Cecilia Ochoa M.
Documento: 43240028
Télefono: 3014579450

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

60

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: E331279
555
FECHA: 18-09-2025 10:05
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2720367
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

255431-IFAXIM CBG CAPSULAS BLANDAS
550 MG CAJA X 28 UNDS
94,220 1 0 0 94,220

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 94,220
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 94,220
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 94,220 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9723-Domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA RALDO LUZ AMPARO
CC 325222[illegible]7
CR 43A # 71 S - 41 EDIFICIO LEMON
CIT[illegible] APTO 1202 X AVES MARIAS S
AB
TELEFONO: 5788730
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 Luis Castillo
----------8286810--------
OBS: 3136133672

CUFE: 124f33d31[illegible]9fe6a5ce16d292897
d86b7668b4c87f13bca9fcd86aed9fc204
17343b5ea5b68e44752252d[illegible]397ca5d6

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis E Castrillo identificado con cédula número 8286810, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 17/09/2025

No. de Orden
9723

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ AMPARO RIVERA GIRALDO	Documento	32522297
No. Carné	8286810 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 48A NRO 71 SUR 41 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
IFAXIM 550MG CBL CJX28CAP	**RIFAXIMINA 550MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 12 HORAS	14

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR 14 DÍAS

Nombre Funcionario:	LUIS ERNESTO CASTILLO BERMUDEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8286810
Télefono: 3136133632

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9723

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ AMPARO RIVERA GIRALDO	Documento	32522297
No. Carné	8286810 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 48A NRO 71 SUR 41 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 28
IFAXIM 550MG CBL CJX28CAP	**RIFAXIMINA 550MG Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	VEINTIOCHO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 CÁPSULA	ORAL	CADA 12 HORAS	14

TOMAR CADA 12 HORAS (7AM - 7PM) POR 14 DÍAS

Nombre Funcionario:	LUIS ERNESTO CASTILLO BERMUDEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8286810
Télefono: 3136133632

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

163

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: E331279
712
FECHA: 18-09-2025 16:18
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2720524
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 124,026
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	124,026	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 9789-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ RUIZ MARTA EDILMA
CC 39298296
CR 54 # 153 SUR - 89 APAR/201 TOR
R1 CALDAS VEREDA PRIMAVERA
TELEFONO: 3113516877
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Marta E Ruiz S.

CUFE: b54d9c7b8aebf2e82e6421b913d9
a9f001e4b40fa8ec29a86ca4317d4f2f30
feebf45fb2c3220899b5f05b9cc79c8ccf



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA Marta E. Ruiz G.

FECHA 18-09-25

No. de Orden
9789

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARTA EDILMA GOMEZ RUIZ	Documento	39298296
No. Carné	43913918 - A	Fecha autorización	18/09/25
Dirección			
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

ENTREGAR GAAP SI ESTA AGOTADO

Nombre Funcionario:	DIANA MARIA AGUDELO RUIZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Marta C. Ruiz
Documento: 39.298.296
Télefono: 3022841770.

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9789

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	MARTA EDILMA GOMEZ RUIZ	Documento	39298296
No. Carné	43913918 - A	Fecha autorización	18/09/25
Dirección			
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

ENTREGAR GAAP SI ESTA AGOTADO

Nombre Funcionario:	DIANA MARIA AGUDELO RUIZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Marta C. Ruiz
Documento: 39.298.296
Télefono: 302-2841770

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

165

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: E331279
577
FECHA: 18-09-2025 10:55
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2720389
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 1 0 0 56,100
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3) IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X
32,100 0 30 0 16,050

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 72,150
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 72,150
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 72,150 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9790-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RODRIGUEZ DE VELEZ AMPARO DEL SOC.
CC 39160573
CR 49 # 126 S - 12 BARRIO OLAYA
HERRERA CALDAS
TELEFONO: 6104870
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Adriana velez
43683997
OBS: 3132317592

CUFE: 15e6725e853a8f8950216327a5a1
c18bd74ea0162b790c1848a678855e14a9
4c72cd8da1c57a55c364148d4b1451d2f4

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Adriana Velez identificado con cédula número 43683993, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Adriana Velez

FECHA 18-09-2025

No. de Orden
9790

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMPARO DEL SOC. RODRIGUEZ DE VELEZ	Documento	39160573
No. Carné	15250663 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CRA 49 N- 126 SUR-12 CALDAS ANT.		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	**CALCIO CITRATO VITAMINA D3**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP	**VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	LUIS FERNANDO VELEZ RODRIGUEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Adranavelez
Documento: 43683997
Télefono: 3132317572

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9790

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMPARO DEL SOC. RODRIGUEZ DE VELEZ	Documento	39160573
No. Carné	15250663 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CRA 49 N- 126 SUR-12 CALDAS ANT.		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	**CALCIO CITRATO VITAMINA D3**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
DEFEROL 2000UI CBL CJX30CAP	**VITAMINA D3 2000UI Cápsula de gelatina blanda**	CÁPSULA	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	LUIS FERNANDO VELEZ RODRIGUEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma: Adranavelez
Documento: 43683997
Télefono: 3132317572

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

167

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: E331279
571
FECHA: 18-09-2025 10:42
VENDEDOR: VALENTINA CARDONA OQUENDO
SECUENCIA: 2720383
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-++++DOLEX INST. TABLETAS 50
0 MG CAJA X 200 UNDS
143,200 0 60 0 42,960
102004-ACERUMEN SPRAY CAJA 40 ML
67,226 1 0 0 67,226
165239-DRAMAMINE TABLETA 50 MG CAJ
A X 24 UNDS
15,720 1 0 0 15,720

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 125,906
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 125,906
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 125,906 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9796-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA GIRALDO LUZ AMPARO
CC 32522297
CR 48A # 71 SUR - 41 EDIFICIO LEM
ON CITRUS APTO 1202 X AVES MARIAS
SAB
TELEFONO: 5788730
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL x Luis Castillo

Tel 8-3136133632
OBS: C.C 92286810

CUFE: 65adc34f918a289debf97b6d8e0e
d02c60ad911c04f8774422d868b8acab37
30038fb68982c65f36db6edf76e762378b

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Castillo identificado con cédula número 8286810, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 18/09/2025

No. de Orden
9796

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ AMPARO RIVERA GIRALDO	Documento	32522297
No. Carné	8286810 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CRA 48A NRO 71 SUR 41 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DOLEX 500MG FCOX24 TR	ACETAMINOFEN 500MG TR	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS POR DOLOR DE CABEZA MUY FUERTE

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
3 GOTA(S)	ÓTICA	CADA 8 HORAS	10	Aprobado

3 SPRAYS EN OIDO DERECHO 3 VECES AL DÍA POR 10 DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DRAMAMINE 50MG CJX96TAB	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:	LUIS ERNESTO CASTILLO BERMUDEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8286810
Télefono: 3136133632

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9796

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ AMPARO RIVERA GIRALDO	Documento	32522297
No. Carné	8286810 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CRA 48A NRO 71 SUR 41 SABANETA		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
DOLEX 500MG FCOX24 TR	ACETAMINOFEN 500MG TR	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA 8 HORAS POR DOLOR DE CABEZA MUY FUERTE

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
3 GOTA(S)	ÓTICA	CADA 8 HORAS	10	Aprobado

3 SPRAYS EN OIDO DERECHO 3 VECES AL DÍA POR 10 DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 20
DRAMAMINE 50MG CJX96TAB	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:	LUIS ERNESTO CASTILLO BERMUDEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 8286810
Télefono: 3136133632

Fecha de vencimiento: 02/10/25

GTH-F-005 V.01

62

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: E331280
523
FECHA: 20-09-2025 16:00
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2721335
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
41,700 14 0 0 583,800
181303-SYNTHROID TABLETAS 125 MCG
CAJA X 90 UNDS
177,097 1 0 0 177,097
100280-DOLEX AVANZADO INST. TABLET
AS 500 MG CAJA X 100 UNDS
72,600 1 80 0 130,680

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 891,577
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 891,577
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 891,577 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 9881
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALMEIDA DE CARDONA ROSA MARIA
CC 41655129
CR 48 # 76D SUR - 34 ED. LAS VEGA
S PLAZA APT3017 PISO 3 SABANETA
TELEFONO: 3195533788
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Rosa María Almeida de C
CC 41655129
TR 3195533788

CUFE: 6f4cb58bc46e6683bcadcab28641
894a7d133d3c9b2c86163709e03acb005e
c52b1c5a144435166c5b9ef2f033881c4e



17

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: E331282
391
FECHA: 25-09-2025 09:12
VENDEDOR: BIBIANA MARIA RESTREPO RI
SECUENCIA: 2723203
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

102730-SICCAFLUID GEL 0.25% CAJA 1
0 G
37,581 2 0 0 75,162

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 75,162
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 75,162
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 75,162 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9881-Domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALMEIDA DE CARDONA ROSA MARIA
CC 41655129
CR 48 # 76D SUR - 34 ED. LAS VEGA
S PLAZA APT3017 PISO 3 SABANETA
TELEFONO: 3195533788
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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

LUKAS CARDONA
OBS:

CUFE: 3d1af39f01a6830581b8e3173096
080cd7f57a94c716c7148ff118ba38784b
8cfbcf34f909ec8b7d01376a4e2ba18e48

[redacted]

[redacted]

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo LUKAS CARDONA identificado con cédula número 8002801[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 LUKAS F. CARDONA

FECHA 25-09-25

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA Rosa María Almeida de C.

FECHA 26-09-25.

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 20/sep/25 CÉDULA: 41655129

USUARIO: Rosa Almeida # ORDEN: 9001

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Sicca fluid	2	

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
	Itagüí	3719200

No. de Orden
9881

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	ROSA MARIA ALMEIDA DE CARDONA	Documento	41655129
No. Carné	70072211 - C	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	Carrera 80 N°65A 20		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 420
CALTRATE 600 + D CJX30TAB	CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI	TABLETAS	CUATROCIEN

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

7 TABELTAS DIARIAS

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

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

1 EN AYUNA S

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 FRASCO	OFTÁLMICA	CADA 8 HORAS	60

3 VECES AL DIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 180
DOLEX 500MG CJX100TR	ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta	CÁPSULA	CIENTO OCH

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

3 AL DIA

Nombre Funcionario:	CESAR ARMANDO CARDONA ARANDA

Gloria J. L.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Rosa Almeida
Documento: 41655129
Télefono: 3195533288

Fecha de vencimiento: 04/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9881

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario: ROSA MARIA ALMEIDA DE CARDONA | Documento: 41655129
No. Camé: 70072211 - C | Fecha autorización: 19/09/25
Dirección: Carrera 80 N°65A 20
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos: CALTRATE 600 + D CJX30TAB | Molécula: CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI | Tipo: TABLETAS | Total 420: CUATROCIEN
Dosis: 7 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
7 TABELTAS DIARIAS

Medicamentos: SYNTHROID 125MCG CJX90TAB | Molécula: LEVOTIROXINA Sodio 125MCG Tableta | Tipo: TABLETAS | Total 90: NOVENTA
Dosis: 1 TABLETA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 6 HORAS | Tiempo tratamiento: 90
1 EN AYUNA S

Medicamentos: SICCAFLUID 0.25% GO FCOX10G | Molécula: POLIACRILICO ACIDO 2.5mcg GO | Tipo: FRASCO | Total 2: DOS
Dosis: 1 FRASCO | Vía Admon.: OFTÁLMICA | Frecuencia: CADA 8 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
3 VECES AL DIA

Medicamentos: DOLEX 500MG CJX100TR | Molécula: ACETAMINOFEN 500MG Tableta Recubierta | Tipo: CÁPSULA | Total 180: CIENTO OCH
Dosis: 3 CÁPSULA | Vía Admon.: ORAL | Frecuencia: CADA 24 HORAS | Tiempo tratamiento: 60
3 AL DIA

Nombre Funcionario: CESAR ARMANDO CARDONA ARANDA

Gloria J. L.

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Rosa Almeida
Documento: 41655129
Télefono: 3195533288

Fecha de vencimiento: 04/10/25

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: E331281
371
FECHA: 22-09-2025 16:52
VENDEDOR: HAMER HERNANDO QUINTERO F
SECUENCIA: 2722183
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

529765-SEDORM INST. 7.5 MG. 20 TBS
13,920 2 0 0 27,840
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
8,800 2 0 0 17,600
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
53,640 3 0 0 160,920
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 7 6 0 272,520
100280-VOLTAREN INST. EMULGEL FORT
E GEL CAJA 100 G
73,556 2 0 0 147,112

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 625,992
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 625,992
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 625,992 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: DOMICILIO - 9932
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HERRERA DE OCAMPO EDELMIRA
CC 32460854
CR 52 # 68 - 26 BARRIO SANTA MAR
IA APT.301
TELEFONO: 3005767623
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO
Nidia Maria Ocampo Herrera
LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD 43306579
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nidia María Ocampo H. identificado con cédula número 43508579 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Nidia Ocampo H.

FECHA 22.09.2025.



CUFE: 610c9428c26449133a8f254b3667
c0369ec870c85ab7e184ad38f8fcaec42f
f7a43a4e21fd4272155bfd856c46a280c

OBS:

No. de Orden
9932

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EDELMIRA HERRERA DE OCAMPO	Documento	32460854
No. Carné	8221547 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	Calle 92B No. 69 -42 B.Francisco Ant Zea Med		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB	ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CUARENTA

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

MEDIA EN LA NOCHE

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

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

EN AYUNA S 1 TABELTA D ELUNES A VIERNES Y 2 TABELTAS SABADO Y DOMINGO

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

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

MK , PARA 1 EN AYUNA S

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML	ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +	TARRO	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	GILBERTO OCAMPO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Nidia Ocampo
Documento: 43506579 1
Télefono: 604-489 6181

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9932

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA COPIA

Beneficiario: EDELMIRA HERRERA DE OCAMPO | Documento: 32460854
No. Carné: 8221547 - C | Fecha autorización: 22/09/25
Dirección: Calle 92B No. 69 -42 B.Francisco Ant Zea Med
Regional: ANTIOQUIA | Vigencia: 2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 40
SEDORM 7.5 MG PSI CJX20TAB	ZOPICLONA 7.5MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CUARENTA

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

MEDIA EN LA NOCHE

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

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

EN AYUNA S 1 TABELTA D ELUNES A VIERNES Y 2 TABELTAS SABADO Y DOMINGO

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

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

MK , PARA 1 EN AYUNA S

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML	ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +	TARRO	NOVENTA

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario: GILBERTO OCAMPO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Nidia Ocampo
Documento: 43506579 1
Télefono: 604-489 6181

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

134

No. de Orden
9932

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	EDELMIRA HERRERA DE OCAMPO	Documento	32460854
No. Carné	8221547 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	Calle 92B No. 69 -42 B.Francisco Ant Zea Med		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

EN LA OCHE EN RODILLAS

Nombre Funcionario:	GILBERTO OCAMPO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Nidia Ocampo
Documento: 43506579
Télefono: 604.489.6181

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9932

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	EDELMIRA HERRERA DE OCAMPO	Documento	32460854
No. Carné	8221547 - C	Fecha autorización	22/09/25
Dirección	Calle 92B No. 69 -42 B.Francisco Ant Zea Med		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

EN LA OCHE EN RODILLAS

Nombre Funcionario:	GILBERTO OCAMPO ACEVEDO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Nidia Ocampo
Documento: 43506579
Télefono: 604.489.6181

Fecha de vencimiento: 07/10/25

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: E238388
64
FECHA: 29-09-2025 13:48
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 356097
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
69,780 3 0 0 209,340
129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJ
A X 5 UNDS
40,775 3 0 0 122,325

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 331,665
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 331,665
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	331,665	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10228DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BERMUDEZ LUZ ESTELA
CC 32533440
CL 38B SUR # 26 - 2 AP 611 TR 1
MONTEVENTO
TELEFONO: 3152756193
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: 22a0d192f2...

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

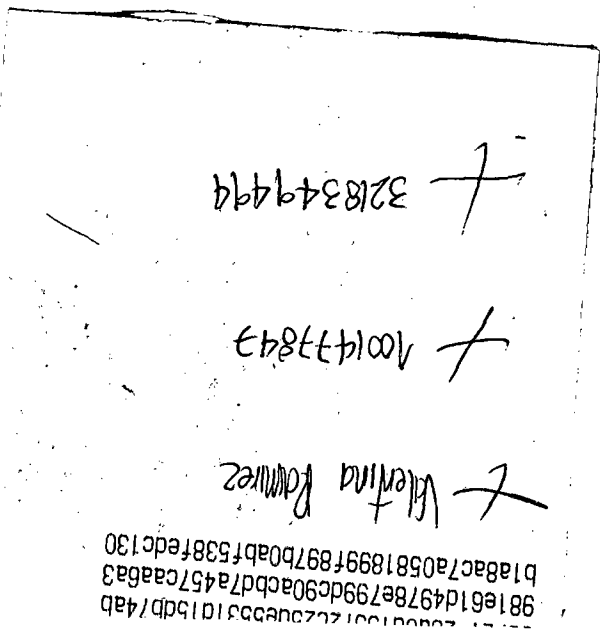
Certificación recibo a satisfacción

Yo Valentina Ramirez Osorno identificado con cédula número 1001477847, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Valentina Ramirez O

FECHA 29-09-2025



No. de Orden
10228

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ STELLA BERMUDEZ DE HIGUITA	Documento	32533440
No. Carné	8280138 - C	Fecha autorización	29/09/25
Dirección	CLL 39 SUR NRO 25B -130 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	15
VERSATIS PARCHES 5% PAR CJx15	**LIDOCAINA**	PARCHE	QUINCE	

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	15

COLOCAR EN LA MAÑANA EN PUNTOS DOLOROSO Y RETIRAR EN 12 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

1 DESPUES D EL DESAYUNO HASTA MNARZO/2026

Nombre Funcionario:	LIBARDO HIGUITA VALENCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Valentina Ramirez O
Documento: 1001477847
Télefono: 3218349494

Fecha de vencimiento: 14/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10228

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ STELLA BERMUDEZ DE HIGUITA	Documento	3253
No. Carné	8280138 - C	Fecha autorización	29
Dirección	CLL 39 SUR NRO 25B -130 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 PARCHE	TRANSDÉRMICA	CADA 24 HORAS	15

COLOCAR EN LA MAÑANA EN PUNTOS DOLOROSO Y RETIRAR EN 12 HORAS

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

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

1 DESPUES D EL DESAYUNO HASTA MNARZO/2026

Nombre Funcionario:	LIBARDO HIGUITA VALENCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Valentina Ramirez O
Documento: 1001477847
Télefono: 3218349494

Fecha de vencimiento: 14/10/25

GTH-F

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: E238380
38
FECHA: 16-09-2025 15:32
VENDEDOR: KAREN MARIN HENAO
SECUENCIA: 355271
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
28,950 3 0 0 86,850
253491-MICARDIS PLUS (RG) COMPRIMI
DOS 80/12.5 MG CAJA X 28 UNDS
48,384 3 0 0 145,152

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 232,002
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 232,002
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 232,002 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9690-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HOYOS SANCHEZ LUCY DE LA TRINIDAD
CC 22051115
CL 49C # 47C - 35 CENTRO
TELEFONO: 3137367880
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: ed187d42d8e63f07cd66713a5f9e
e49e2b8fcb3931044cca93744fb1c4c1af

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lucy Hoyos S. identificado con cédula número 22051.115, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Lucy Hoyos

FECHA 16 09 2025

6436ab6ec2a1e906a012222333abf3194a

No. de Orden
9690

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUCY DE LA TRINIDAD HOYOS SANCHEZ	Documento	22051115
No. Carné	15420795 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CLL 42C 63C-145 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	90
CITRAGEL 315mg/200UI TNR CJX90TAB	**CALCIO CITRATO VITAMINA D3**	TABLETAS	NOVENTA	

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	98
MICARDIS PLUS 80MG/12.5MG CJX28TAB	**TELMISARTAN 80MGHIDROCLOROTIAZIDA**	TABLETAS	NOVENTA Y O	

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	100
ROVARIL 10mg CBL CJx20 CAP POP	**ROSUVASTATINA CALCICA**	CÁPSULA	CIEN	

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CRISTOBAL GIRALDO VERGARA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Lucy Hoyos
Documento: 22051115
Télefono: 3117239316

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9690

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUCY DE LA TRINIDAD HOYOS SANCHEZ	Documento	22051115
No. Carné	15420795 - C	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CLL 42C 63C-145 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	90
CITRAGEL 315mg/200UI TNR CJX90TAB	CALCIO CITRATO VITAMINA D3	TABLETAS	NOVENTA	

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

1 DIARIAMENTE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	98
MICARDIS PLUS 80MG/12.5MG CJX28TAB	TELMISARTAN 80MGHIDROCLOROTIAZIDA	TABLETAS	NOVENTA Y O	

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	100
ROVARIL 10mg CBL CJx20 CAP POP	ROSUVASTATINA CALCICA	CÁPSULA	CIEN	

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

1 EN LA NOCHE

Nombre Funcionario:	CRISTOBAL GIRALDO VERGARA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Lucy Hoyos
Documento: 22051115
Télefono: 3117239316

Fecha de vencimiento: 30/09/25

GTH-F-005 V.01

180

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: E238380
40
FECHA: 16-09-2025 15:59
VENDEDOR: KAREN MARIN HENAO
SECUENCIA: 355273
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115519-CREON (PANCREATINA) INST. C
APSULAS 25000 CAJA X 50 UNDS
230,164 2 0 0 460,328
115502-CREON INST. CAPSULAS 25000
CAJA X 20 UNDS
86,879 1 0 0 86,879
323152-PAÑAL TENA SLIP COMFORT TAL
LA L BOLSA X 9 UNDS
29,288 27 0 0 790,784
375458-LAMICTAL (RG) TABLETA 200 M
G CAJA X 30 UNDS
105,480 4 0 0 421,920
682605-TOPAMAC (RG) INST TABLETAS
100 MG CAJA X 28 UNDS
55,047 4 0 0 220,188
100278-ROSUVASTATINA ECAR INST. TA
BLETAS 40 MG CAJA X 250 UNDS
133,750 0 60 0 32,100
001322-VALCOTE(RG) TABLETAS 500 MG
CAJA X 30 UNDS
73,200 2 0 0 146,400

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,158,599
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,158,599
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 664,524 126,260
EXCLUIDAS: 1,367,815 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9705-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSPINA ZAPATA JOSE MIGUEL
CC 1036960816
CR 53A # 59C - 30 HORIZONTES
TELEFONO: 5778596
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo K. Clara Elena Zapata identificado con cédula número X 39432441, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA X Clara Elena Zapata C

FECHA X 16-09-2025

X 3147 852 32 87

X 39 432 441

X Clara Elena Zapata C

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: b05c9335662385a86e538aafe4bd
57b3fcab766949b30646554bbaa6b4c425d
362a538eaf78c174a984bfa008c408dffa

No. de Orden
9705

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JOSE MIGUEL OSPINA ZAPATA	Documento	1036960816
No. Carné	8245164 - G	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 53A NRO 59C-30 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
CREON 25000 300MG CDR CJX20CAP	**PANCREATINA 300MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	CIENTO VEIN

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
1 UNIDADES	TRANSDÉRMICA	CADA 6 HORAS	60	Aprobado

PARA CUATRO CAMBIOS DIARIOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
LAMICTAL DISP 200MG CJX30TAB	**LAMOTRIGINA 200MG TABLETA DISPERSABLE**	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
TOPAMAC 100mg TAB FCOX28TAB	**TOPIRAMATO**	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

TOMAR UNA CADA 12 HORAS (8 AM - 8 PM)

Nombre Funcionario:	DARIO OSPINA MARIN

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39432441
Télefono: 3148527287

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9705

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JOSE MIGUEL OSPINA ZAPATA	Documento	1036960816
No. Carné	8245164 - G	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 53A NRO 59C-30 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
CREON 25000 300MG CDR CJX20CAP	PANCREATINA 300MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	CIENTO VEIN

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

TOMAR CADA 12 HORAS (8AM - 8PM)

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento	
1 UNIDADES	TRANSDÉRMICA	CADA 6 HORAS	60	Aprobado

PARA CUATRO CAMBIOS DIARIOS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
LAMICTAL DISP 200MG CJX30TAB	LAMOTRIGINA 200MG TABLETA DISPERSABLE	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
TOPAMAC 100mg TAB FCOX28TAB	TOPIRAMATO	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

TOMAR UNA CADA 12 HORAS (8 AM - 8 PM)

Nombre Funcionario:	DARIO OSPINA MARIN

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39432441
Télefono: 3148527287

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

18

No. de Orden
9705

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JOSE MIGUEL OSPINA ZAPATA	Documento	1036960816
No. Carné	8245164 - G	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 53A NRO 59C-30 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ROSUVASTATINA 40MG CJX28TAB	ROSUVASTATINA CALCICA 40MG Tableta Recubierta	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
VALCOTE 500MG FCOX30TAB	VALPROICO ACIDO 500MG Tableta de liberación	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	DARIO OSPINA MARIN

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39432441
Télefono: 3148523287

Fecha de vencimiento: 27/09/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9705

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JOSE MIGUEL OSPINA ZAPATA	Documento	1036960816
No. Carné	8245164 - G	Fecha autorización	16/09/25
Dirección	CRA 53A NRO 59C-30 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
ROSUVASTATINA 40MG CJX28TAB	ROSUVASTATINA CALCICA 40MG Tableta Recubierta	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 60
VALCOTE 500MG FCOX30TAB	VALPROICO ACIDO 500MG Tableta de liberación	TABLETAS	SESENTA

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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	DARIO OSPINA MARIN

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39432441
Télefono: 3148523287

Fecha de vencimiento: 27/09/25

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: E238381
01
FECHA 17-08-2025 14:20
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 355334
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

138121-FORXIGA (RG) TABLETAS 10 MG
CAJA X 28 UNDS
141,120 1 0 0 141,120
115111-ATORVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
14,310 1 0 0 14,310
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
42,206 1 0 0 42,206

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 197,636
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 197,636
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 197,636 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9760 DOMICILIO
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:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Blanca Ely Vasquez identificado con cédula número 39184.685 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Ely Vasquez.

FECHA 17-09-2025

CUFE: 959b7ea7304cc9b2221a9b92bc4
2108087 4cb0c199577f9fd2984e78fd291
f9c43a61206820932170970b05e5db8631f

No. de Orden
9760

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA DE JESUS TABARES DE VARGAS	Documento	21837354
No. Carné	15379599 - A	Fecha autorización	17/09/25
Dirección	CLL 110 N- 70-109 B. Florencia		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	28

FORXIGA 10 MG CJX28COM — **DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta** — TABLETAS — VEINTIOCHO

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

1 DIARIA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	30

ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB — **ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta** — TABLETAS — TREINTA

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

MK 1 EN LA NOCHE , SUSPENDER LA ROSUVASTATINA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	40

MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL — **MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda** — TABLETAS — CUARENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	LUIS CARLOS VARGAS TABARES

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39184085
Télefono: 3206260376

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9760

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA DE JESUS TABARES DE VARGAS	Documento	21837354
No. Carné	15379599 - A	Fecha autorización	17/09/25
Dirección	CLL 110 N- 70-109 B. Florencia		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 28

FORXIGA 10 MG CJX28COM — DAPAGLIFLOZINA 10MG Tableta Recubierta — TABLETAS — VEINTIOCHO

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

1 DIARIA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 30

ATORVASTATINA 20MG CJX30TAB — ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 20MG Tableta — TABLETAS — TREINTA

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

MK 1 EN LA NOCHE , SUSPENDER LA ROSUVASTATINA

Medicamentos | Molécula | Tipo | Total 40

MELATONINA 3mg CBL FCOx120CBL — MELATONINA 3MG Cápsula de gelatina blanda — TABLETAS — CUARENTA

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

1 DIARIAMENTE

Nombre Funcionario:	LUIS CARLOS VARGAS TABARES

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 39184085
Télefono: 3206260376

Fecha de vencimiento: 01/10/25

GTH-F-005 V.01

184

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: E238381
70
FECHA: 18-09-2025 13:01
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 355403
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 30 UNDS
50,010 1 0 0 50,010
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5MG
/325 MG CAJA X 90 UNDS
66,900 1 0 0 66,900

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 116,910
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 116,910
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMB 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDOS: 116,910 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 9841 domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BERMUDEZ LUZ ESTELA
CC 32533440
CL 38B SUR # 26 - 2 AP 611 TR 1
MONTEVENTO
TELEFONO: 3152756193
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Nataly Ramirez A. identificado con cédula número 1036946987, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Nataly Ramirez A

FECHA 18.09.2025

OBS:

CUFE: b48c497a3e968891741 5a78a91375
a07020c15318a9f2686cb2a567d942f2a3
c71fcda77cd77f8491292 0f2e3c15c3a6d

X Nataly Ramirez A.

X 1036946983

X 3156584133

No. de Orden
9841

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUZ STELLA BERMUDEZ DE HIGUITA	Documento	32533440
No. Carné	8280138 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CLL 39 SUR NRO 25B -130 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
LYRICA 75 MG CJX30CAP	**PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	TREINTA

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

1 EN LA NOCHE

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 4 HORAS	30

3 AL DIA

Nombre Funcionario:	LIBARDO HIGUITA VALENCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Nataly Ramirez A.
Documento: 1036946987
Télefono: 3156584137

Fecha de vencimiento: 03/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9841

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUZ STELLA BERMUDEZ DE HIGUITA	Documento	32533440
No. Carné	8280138 - C	Fecha autorización	18/09/25
Dirección	CLL 39 SUR NRO 25B -130 ENVIGADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
LYRICA 75 MG CJX30CAP	**PREGABALINA 75MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	TREINTA

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

1 EN LA NOCHE

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 4 HORAS	30

3 AL DIA

Nombre Funcionario:	LIBARDO HIGUITA VALENCIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma: Nataly Ramirez A.
Documento: 1036946987
Télefono: 3156584137

Fecha de vencimiento: 03/10/25

GTH-F-005 V.01

188

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: E238382
60
FECHA: 19-09-2025 14:51
VENDEDOR: LUZ STELLA HENAO MONTOYA
SECUENCIA: 355493
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121144-TINIDAZOL GENFAR TABLETAS 1
G CAJA X 4 UNDS
4,359 1 0 0 4,359
213375-ALBENDAZOL MK TABLETAS-200
MG CAJA X 2 UNDS
3,218 1 0 0 3,218

---------[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: 9901DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OROZCO URREGO JERONIMO
CC 1036251503
CL 63A # 31 - 54 SECTOR CIMARRON
AS
TELEFONO: 3193421354
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: 2ef5b82935c5c7df861126f433b7

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

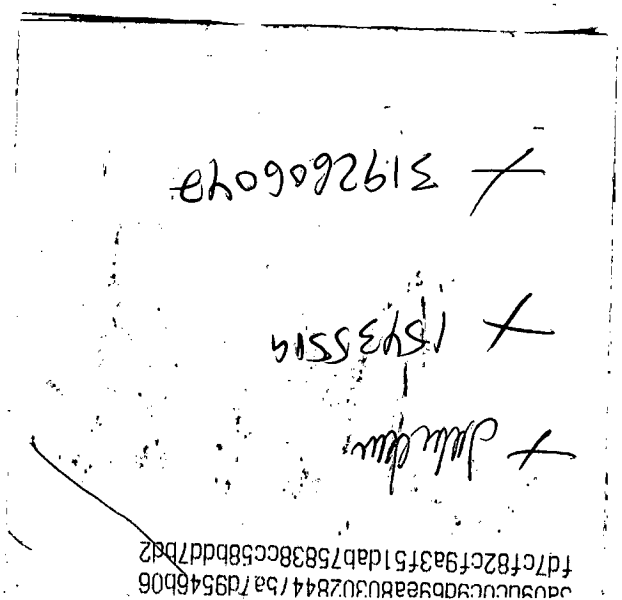
Certificación recibo a satisfacción

Yo Julio C. Orozco Franco identificado con cédula número 15435579, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 19-Sep-2025



No. de Orden
9901

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JERONIMO OROZCO URREGO	Documento	1036251503
No. Carné	15435519 - E	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CRA 52 50-13 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	2

MK TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DEAYUNO Y DEL ALMUERZO POR 2 DIAS

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 DESAYUNO GEN FAR

Nombre Funcionario:	JULIO CESAR OROZCO FRANCO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 15435519
Télefono: 3192606047

Fecha de vencimiento: 04/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
9901

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JERONIMO OROZCO URREGO	Documento	1036251503
No. Carné	15435519 - E	Fecha autorización	19/09/25
Dirección	CRA 52 50-13 RIONEGRO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	2

MK TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DEAYUNO Y DEL ALMUERZO POR 2 DIAS

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 DESAYUNO GEN FAR

Nombre Funcionario:	JULIO CESAR OROZCO FRANCO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:
Firma:
Documento: 15435519
Télefono: 3192606047

Fecha de vencimiento: 04/10/25

GTH-F-005 V.01

8991

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: E249323
26
FECHA: 25-09-2025 13:33
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 321657
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600484-UREADERM INST. 15% CMA 60 G
M
24,274 3 0 0 72,822
100278-ESCITALOPRAM MK INST. TABLE
TAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
50,200 3 0 0 150,600
669548-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 1!
8,504 3 0 0 25,512
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
56,100 1 0 0 56,100
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 0 20 0 31,020
115105-ETORICOXIB GENFAR INST. TAB
LETAS 90 MG CAJA X 14 UNDS
25,676 1 0 0 25,676
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 362,030
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 362,030
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION / BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 330,710 0
EXENTAS: 31,020 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 10010
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ MONTOYA AMILVIA DE JESUS
CC 32460019
CL 40 # 101A - 165 AP 314 BQ 14
ANDA LUCIA
TELEFONO: 3014233236
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
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: Ornelvio Orozco
3246001[illegible]

CUFE: 660a2d8e3eac1b59a5be[illegible]ec5?30a
d5e2014c3d692d24180efafd669aa685a2
dfc3b3c67836c89cc1fb4eb6653b566799



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Omaira Orozco identificado con cédula número 32460019, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Omaira Orozco

FECHA 25-9-25

No. de Orden
10010

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMILVIA DE JESUS ALVAREZ MONTOYA	Documento	32460019
No. Carné	8291272 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	Medellín Cll 50a 86-450		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	3
UREADERM® 15%	**UREA 15GR**	TUBO	TRES	

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

APLICAR DE LA FORMA HABITUAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	84
ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB	**ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	OCHENTA Y	

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	30
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	**CALCIO CITRATO VITAMINA D3**	TABLETAS	TREINTA	

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	SANTIAGO VARGAS RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento: 32460019
Télefono: 3176914

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10010

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMILVIA DE JESUS ALVAREZ MONTOYA	Documento	32460019
No. Carné	8291272 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	Medellín Cll 50a 86-450		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
UREADERM® 15%	UREA 15GR	TUBO	TRES

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

APLICAR DE LA FORMA HABITUAL

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 84
ESCITALOPRAM 10MG CJX28TAB	ESCITALOPRAM OXALATO 10MG Tableta Recubierta	TABLETAS	OCHENTA Y

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

TOMAR CADA 24 HORAS

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

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

UNA GOTA EN CADA OJO TRES VECES AL DÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
CALCIBON D 800UI TNR FCOX30 TAB	CALCIO CITRATO VITAMINA D3	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	SANTIAGO VARGAS RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:
Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10010

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMILVIA DE JESUS ALVAREZ MONTOYA	Documento	32460019
No. Carné	8291272 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	Medellín Cll 50a 86-450		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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	10

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	14
ETORICOXIB 90 MG CJX14TAB	**ETORICOXIB 90MG Tableta**	TABLETAS	CATORCE	

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

TOMAR CADA 24 HORAS SOLO POR DOLOR MUY FUERTE

Nombre Funcionario:	SANTIAGO VARGAS RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Amilvia Alvarez
Documento: 32460019
Télefono: 4769114

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10010

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	AMILVIA DE JESUS ALVAREZ MONTOYA	Documento	32460019
No. Carné	8291272 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	Medellín Cll 50a 86-450		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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	10

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total	14
ETORICOXIB 90 MG CJX14TAB	**ETORICOXIB 90MG Tableta**	TABLETAS	CATORCE	

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

TOMAR CADA 24 HORAS SOLO POR DOLOR MUY FUERTE

Nombre Funcionario:	SANTIAGO VARGAS RESTREPO

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 08/10/25

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: E249321
71
FECHA: 23-09-2025 16:44
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 321502
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-ETORICOXIB GENFAR INST. TAB
LETAS 60 MG CAJA X 14 UNDS
42,910 0 5 0 15,325
115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA)
CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS
153,500 9 0 0 1,381,500
169665-QUETIAPINA GENFAR (RG) TABL
ETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
16,770 3 0 0 50,310
249468-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 14 UNDS
23,338 6 6 0 150,030
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,597,465
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,597,465
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	1,597,165	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10016
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DUQUE MEJIA CLARA ESTER
CC 1017923049
CR 43D # 14A - 60 ED. PINAR APT.
206
TELEFONO: 3146197740
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

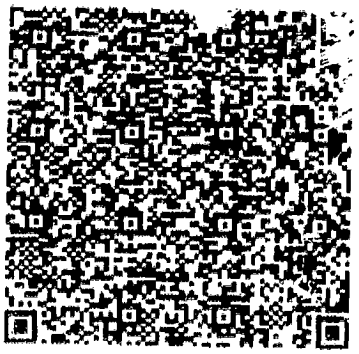
Certificación recibo a satisfacción

Yo Clara Ester Duque Mejia identificado con cédula número 1017923049, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Clara Duque.

FECHA 23 de Septiembre 2025



OBS: Clara Duque 1017923049

CUFE: 40ccbcad6ac2c982da171a74d931
61c0786a047f3b7a46f4d0facb0bb8498c
5adc53a732b6ff059700df462d7e21e984

No. de Orden
10016

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CLARA ESTER DUQUE MEJIA	Documento	1017923049
No. Carné	42771408 - D	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CRA 43D NRO 14A -60 EL POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ETORICOXIB 60MG TNR CJX14TAB	**ETORICOXIB 60MG Tableta Recubierta**	TABLETAS	CINCO

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR CINCO DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MOLTOBEN 20MG CJX20CAP	**FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta**	CÁPSULA	CIENTO OCH

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA DÍA

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

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	GLORIA PATRICIA MEJIA SERNA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Clara Duque
Documento: 1017923049
Télefono: 3053165225

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10016

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	CLARA ESTER DUQUE MEJIA	Documento	1017923049
No. Carné	42771408 - D	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CRA 43D NRO 14A -60 EL POBLADO		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ETORICOXIB 60MG TNR CJX14TAB	ETORICOXIB 60MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CINCO

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

TOMAR CADA 24 HORAS POR CINCO DÍAS

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MOLTOBEN 20MG CJX20CAP	FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG Cápsula de cubierta	CÁPSULA	CIENTO OCH

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

TOMAR DOS JUNTAS CADA DÍA

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

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

TOMAR CADA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
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

TOMAR CADA NOCHE

Nombre Funcionario:	GLORIA PATRICIA MEJIA SERNA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

194

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: E249321
51
FECHA: 23-09-2025 14:13
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 321482
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
77,550 3 30 0 279,180
100278-ROSUVASTATINA ECAR INST. TA
BLETAS 40 MG CAJA X 250 UNDS
133,750 0 80 0 42,800
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: 331,550
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 331,550
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	52,070	0
EXENTAS:	279,180	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10020
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MORENO ECHAVARRIA BLANCA SORAYA
CC 42765497
CR 65 # 16 - 86 CASA 171 VILLAS
DEL PARQUE
TELEFONO: 3136809050
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

BUENO ARIZA WENDY LAURA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Blanca Soraya M.
OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Blanca Soraya Moreno identificado con cédula número 42765497, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Soraya M.

FECHA 23-9-2025

CUFE: ee686083aa5e083f5a17a937a8f4
ee7130e8d1095545b3ffad7ac32d4f96f52
7a55e751af6db2251b2b6b7d3775955b31

No. de Orden
10020

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	BLANCA SORAYA MORENO ECHAVARRIA	Documento	42765497
No. Carné	70509129 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 9A SUR 51 98 GUAYABAL MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ROSUVASTATINA 40MG CJX28TAB	ROSUVASTATINA CALCICA 40MG Tableta Recubierta	TABLETAS	84 OCHENTA Y

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

TOMAR CADA NOCHE por TRES MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
IMIPRAMINA 25mg TRP CJX300TAB	IMIPRAMINA CLORHIDRATO	TABLETAS	90 NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE POR TRES MESES

Blanca Soraya M.
42765497
3125514860

Nombre Funcionario:	GUSTAVO DE JESUS VALENCIA CORREA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 07/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
10020

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	BLANCA SORAYA MORENO ECHAVARRIA	Documento	42765497
No. Carné	70509129 - C	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 9A SUR 51 98 GUAYABAL MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

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

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
ROSUVASTATINA 40MG CJX28TAB	ROSUVASTATINA CALCICA 40MG Tableta Recubierta	TABLETAS	84 OCHENTA Y

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

TOMAR CADA NOCHE por TRES MESES

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
IMIPRAMINA 25mg TRP CJX300TAB	IMIPRAMINA CLORHIDRATO	TABLETAS	90 NOVENTA

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

TOMAR CADA NOCHE POR TRES MESES

Nombre Funcionario:	GUSTAVO DE JESUS VALENCIA CORREA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

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

Fecha de vencimiento: 07/10/25

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: E249322
51
FECHA: 24-09-2025 13:41
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 321582
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

203521-NEUROBION DC J.PRELLENADA
10000 CAJA X 3 UND
125,425 1 0 0 125,425
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 125,725
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 125,725
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	125,425	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10025
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ MONTOYA AMILVIA DE JESUS
CC 32460019
CL 40 # 101A - 165 AP 314 BQ 14
ANDA LUCIA
TELEFONO: 3014233236
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 Amilvia Alvarez

OBS: 32460019

CUFE: 4fe6a6c15b370..a98787506d30fa
ea11edbf878b8418038b7a6b87cb5ff3cd
5d353e38475d609dc63c 382f512a30aa2

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Onelio Orozco - identificado con cédula número 32460019, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Onelio Orozco.

FECHA 25-9-25

198

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
AMILVIA DE JESUS ALVAREZ MONTOYA
No. Carné 8291272 - C

Cédula 32460019

Fecha **23 SEPTIEMBRE 2025**

NEUROBION DC 10.000 CJX3JER PRELL (PIRIDOXINA CLORHIDRATO 5 0 M G M L TIAMINA)	**APLICAR UNA INTRAMUSCULAR CADA MES**	**03 AMP**	**TRES**
FORMULA PARA TRES MESES (Si no hay disponibilidad de medicamento comercial descrito, por favor entregar genérico o comercial equivalente)			

Firma y Sello del Médico

WENDY BUENO ARIZA
RM 91-011607

CODIGO 10025

Onibrio Arroyo M.
32460019
4769114

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: E249321
49
FECHA: 23-09-2025 13:56
VENDEDOR: CLAUDIA CECILIA GRISALES
SECUENCIA: 321480
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213188-CLINDAMICINA CLOTRIMAZOL MK
OVULOS CAJA X 3 UND
68,505 1 0 0 68,505
213374-FLUCONAZOL MK CAPSULAS 200
MG CAJA X 4 UNDS
13,698 1 0 0 13,698
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 82,503
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 82,503
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	82,203	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 10038
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CORREDOR PAEZ MARIA DEL CARMEN
CC 1007604007
CL 3 S # 38 - 112 AP 102 ED PLAZA
DE ALEJANDRIA
TELEFONO: 3137441935
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Maria C.
1007604007-3505099367
CUFE: d1dd20a9e4bbf3b116f4e2519db6
cd235d3e89e74bcad5bc3723a5ba46411c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María del Carmen Correa identificado con cédula número 1007604007, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 23/09/2025

No. de Orden 10038

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA DEL CARMEN CORREDOR PAEZ	Documento	1007604007
No. Carné	42895438 - D	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 3 SUR 38-112 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLINDAMICINA/CLOTRIMA100mg/200 mgCJX3OVU	**C L O T R I M A Z O L 200MGCLINDAMICINA**	ÓVULOS	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA 24 HORAS	3

MK par a 1 en la noche por 3 dias

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
FLUCONAZOL 200MG CJX4CAP	**FLUCONAZOL 200MG Cápsula de cubierta dura**	CÁPSULA	CUATRO

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

MK para 1 despues del almuerzo cada semana por 1 mes

Nombre Funcionario:	ANA MARIA PAEZ GOMEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden 10038

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	MARIA DEL CARMEN CORREDOR PAEZ	Documento	1007604007
No. Carné	42895438 - D	Fecha autorización	23/09/25
Dirección	CLL 3 SUR 38-112 MEDELLIN		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
CLINDAMICINA/CLOTRIMA100mg/200 mgCJX3OVU	C L O T R I M A Z O L 200MGCLINDAMICINA	ÓVULOS	TRES

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 ÓVULOS	INTRAVAGINAL	CADA 24 HORAS	3

MK par a 1 en la noche por 3 dias

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 4
FLUCONAZOL 200MG CJX4CAP	FLUCONAZOL 200MG Cápsula de cubierta dura	CÁPSULA	CUATRO

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

MK para 1 despues del almuerzo cada semana por 1 mes

Nombre Funcionario:	ANA MARIA PAEZ GOMEZ

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: María C.
Documento: 1007604007
Télefono: 3505099567

Fecha de vencimiento: 08/10/25

GTH-F-005 V.01