SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Yaira Gamboa identificado con cédula número 1078456542, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Yaira Gamboa

FECHA 14/11/025

MEDI.GENERAL

Yaira Gamboa

OBS: 1078456542

CUFE: a11fd5651726c484402ede39add
875283400224600a10aafccca f41dc8f28
fdf4e75089ec2306df21bc3c6c2b099b81

No. de Orden
12054

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	JOHAN DAVID PERLAZA CAICEDO	Documento	1003970378
No. Carné	11795736 - G	Fecha autorización	13/11/25
Dirección	CARRERA 17 26B-63		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CROMUS 0.1% UNG TBOX30G	**TACROLIMUS HIDRATO 1MGG Ungüento**	TUBO	DOS 2

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

APLICAR SIGUIENDO INDICACIÓN DE DERMATOLOGÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DERMOVATE 0.05% LOC FCOX60ML	**CLOBETASOL PROPIONATO 0.5MGML Loción**	FRASCO	DOS 2

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

APLICAR CADA 72 HORAS SIGUIENDO RECOMENDACION DE DERMATOLOGÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MOMETASONA FUROATO 0.1% TUBX15G	**MOMETASONA FUROATO HIDRATO 1MGG Emulsión**	TUBO	UN 1

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

APLICAR SIGUIENDO INDICACIÓN DE DERMATOLOGÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	**ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO**	TABLETAS	NOVENTA 90

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	BENNY PERLAZA MOSQUERA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Yaiza
Documento: 1678938542
Télefono: 3106606547

Fecha de vencimiento: 27/11/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
12054

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	JOHAN DAVID PERLAZA CAICEDO	Documento	1003970378
No. Carné	11795736 - G	Fecha autorización	13/11/25
Dirección	CARRERA 17 26B-63		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
CROMUS 0.1% UNG TBOX30G	**TACROLIMUS HIDRATO 1MGG Ungüento**	TUBO	DOS 2

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

APLICAR SIGUIENDO INDICACIÓN DE DERMATOLOGÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
DERMOVATE 0.05% LOC FCOX60ML	**CLOBETASOL PROPIONATO 0.5MGML Loción**	FRASCO	DOS 2

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

APLICAR CADA 72 HORAS SIGUIENDO RECOMENDACION DE DERMATOLOGÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
MOMETASONA FUROATO 0.1% TUBX15G	**MOMETASONA FUROATO HIDRATO 1MGG Emulsión**	TUBO	UN 1

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

APLICAR SIGUIENDO INDICACIÓN DE DERMATOLOGÍA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	**ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO**	TABLETAS	NOVENTA 90

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR CADA 24 HORAS

Nombre Funcionario:	BENNY PERLAZA MOSQUERA

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 27/11/25

GTH-F-005 V.01

225

226

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: E24934932
FECHA: 14-11-2025 15:30
VENDEDOR: YIRMA PAOLA CAÑAS LONDOÑO
SECUENCIA: 324264
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213044-BETAMETASONA MK CREMA 0.05 % CAJA 20 G
3,883 3 0 0 11,649
117202-ROZELAIC INST. GEL 15 % CAJA 30 G
50,433 3 0 0 151,299
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UNDS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 163,248
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 163,248
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	162,948	
IMPOCONSUMO	0	0
FORMULA: 12059		0

NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ORBES CAICEDO DIANA GABRIELA
CC 1138525721
CL 64 # 40 - 16 PISO 2 VILLA HERMOSA
TELEFONO: 3156766267
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: Diana Orbes
1138525721

CUFE: b3958f283376dfb69db4c7099f6e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Diana Orhus Caicedo identificado con cédula número 1138525721, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 14/11/2025



e8fbfbf46e236ca90c7f4c03e0cf62ee0

No. de Orden
12059

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DIANA GABRIELA ORBES CAICEDO	Documento	1138525721
No. Carné	12999903 - D	Fecha autorización	13/11/25
Dirección	CALLE 22 14-82		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
BETAMETASONA 0.05% CR TBX20G	**B E T A M E T A S O N A DIPROPIANATO 0.05G Crema**	TUBO	TRES

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

ENTREGAR MK. APLICAR CONFORME A RECOMENDACIÓN DERMATOLOGÍA.

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

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

APLICAR CONFORME A RECOMENDACIÓN DERMATOLOGÍA.

Nombre Funcionario:	ORLANDO DAVID ORBES GOMEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma: Diana Orbes
Documento: 1138525721
Télefono: 3193711167

Fecha de vencimiento: 28/11/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
12059

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	DIANA GABRIELA ORBES CAICEDO	Documento	1138525721
No. Carné	12999903 - D	Fecha autorización	13/11/25
Dirección	CALLE 22 14-82		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 3
BETAMETASONA 0.05% CR TBX20G	**B E T A M E T A S O N A DIPROPIANATO 0.05G Crema**	TUBO	TRES

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

ENTREGAR MK. APLICAR CONFORME A RECOMENDACIÓN DERMATOLOGÍA.

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

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

APLICAR CONFORME A RECOMENDACIÓN DERMATOLOGÍA.

Nombre Funcionario:	ORLANDO DAVID ORBES GOMEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 28/11/25

GTH-F-005 V.01

227

228

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: E249349
03
FECHA: 14-11-2025 11:39
VENDEDOR: YIRMA PAOLA CAÑAS LONDOÑO
SECUENCIA: 324235
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115106-PANTOPRAZOL MK INST. TABLET
AS 40 MG CAJA X 30 UNDS
15,270 4 0 0 61,080
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
36,336 30 0 0 1,090,080
213658-QUETIAPINA MK (RG) TABLETAS
25 MG CAJA X 30 UNDS
16,770 4 0 0 67,080
125601-BOLSA MAHIZ GRANDE X 250 UN
DS
75,008 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,218,540
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,218,540
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS: 1,218,240		0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 12060
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARCIA DE VALENCIA DORA EMILIA
CC 32458563
CR 82 # 49BB - 13 CASA 1 BR CAL
AZANS
TELEFONO: 3234577197
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 Dora E Garcia
5944032

OBS:

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dora E Garcia identificado con cédula número 32458562, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 14 11 noviembre 2025

CUFE: c8c79ce6db029b0dfc45b6e7349b
416e6de3cd4770631140e532ef4d2776 3
0282ca9506 1bf5347 8e80d8326 1f1360 1a

32458562.

No. de Orden
12060

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	DORA EMILIA GARCIA	Documento	32458563
No. Carné	8288748 - C	Fecha autorización	13/11/25
Dirección	CRA 82 49BB-13 CALAZANS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
PANTOPRAZOL 40MG CJX30 TAB	PANTOPRAZOL 40MG	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

MK , PARA 1 EN AYUNA S

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB	QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

MK PARA 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 360
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML	ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +	SOBRE	TRESCIENTO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SOBRE	ORAL	CADA 8 HORAS	120

3 AL DIA

Dra C Garcia
32458563
4 94 70 32

Nombre Funcionario:	GUSTAVO VALENCIA JIMENEZ

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 28/11/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
12060

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	DORA EMILIA GARCIA	Documento	32458563
No. Carné	8288748 - C	Fecha autorización	13/11/25
Dirección	CRA 82 49BB-13 CALAZANS		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
PANTOPRAZOL 40MG CJX30 TAB	PANTOPRAZOL 40MG	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

MK , PARA 1 EN AYUNA S

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 120
QUETIAPINA 25MG CJX30TAB	QUETIAPINA FUMARATO 25MG Tableta Recubierta	TABLETAS	CIENTO VEIN

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

MK PARA 1 EN LA NOCHE

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 360
GAVISCON MENT DOBL ACCION CJX12SACHX10ML	ALGINATO sodio + CARBONATO calcio +	SOBRE	TRESCIENTO

Dosis	Vía Admon.	Frecuencia	Tiempo tratamiento
1 SOBRE	ORAL	CADA 8 HORAS	120

3 AL DIA

Nombre Funcionario:	GUSTAVO VALENCIA JIMENEZ

Gloria J

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: _____
Documento: _____
Télefono: _____

Fecha de vencimiento: 28/11/25

GTH-F-005 V.01

229

230

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: E249349
18
FECHA: 14-11-2025 14:18
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 324250
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213307-FEXOFENADINA ECAR INST. TAB
LETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,790 9 0 0 79,110
258859-VITAMINA C MK T. MASTICABLE
S MANDARINA CAJA X 100 UNDS
61,157 0 90 0 55,041
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 134,451
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 134,451
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	252	48
EXCLUIDAS:	134,151	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1075
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DE LA ROSA DAVID LUISA FERNANDA
CC 1006868818
CL 57 # 69 - 27 RINCON DEL BOSQU
E APT 762 TO 3
TELEFONO: 3023736569
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
1123636857

OBS:

CUFE: 0b5ec1fcc5711a85e3ab72bdd141

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo José Alejandro de la Rosa Pava identificado con cédula número 1123636857, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 14/11/23

4a1989284d6988c09b8809224a73bd4ea9896
1ed424cbf2d0b6da41a9df4a58bb1cb653

No. de Orden
12075

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	LUISA FERNANDA DE LA ROSA DAVID	Documento	1006868818
No. Carné	18001179 - C	Fecha autorización	14/11/25
Dirección	AVENIDA NEWBALL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 5 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO	TABLETAS	NOVENTA

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR UNA DIARIA

Nombre Funcionario:	JOSE LUIS DE LA ROSA RODRIGUEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento: 1123636857
Télefono: 3007011165

Fecha de vencimiento: 28/11/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
12075

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	LUISA FERNANDA DE LA ROSA DAVID	Documento	1006868818
No. Carné	18001179 - C	Fecha autorización	14/11/25
Dirección	AVENIDA NEWBALL		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

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

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

TOMAR CADA NOCHE A LAS 5 PM

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 90
VITA C 500MG MAND TABMAS CJX12SOB	ASCORBICO ACIDO 213MGASCORBATO SODIO	TABLETAS	NOVENTA

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

ENTREGAR DE MK. TOMAR UNA DIARIA

Nombre Funcionario:	JOSE LUIS DE LA ROSA RODRIGUEZ

WENDY LAURA BUENO ARIZA
RM: 91-0116-07

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 28/11/25

GTH-F-005 V.01

237

232

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: E249349
20
FECHA: 14-11-2025 14:30
VENDEDOR: NATALIA JANETH GARCIA JIM
SECUENCIA: 324252
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

662009-ALDACTONE INST. TABLETAS 25
MG CAJA X 30 UNDS
31,920 1 0 0 31,920
253016-JARDIANCE (RG) TABLETAS 10
MG CAJA X 30 UNDS
110,880 1 0 0 110,880
125601-BOLSA MEDIANA MAHIZ X 250 U
NDS
75,000 0 1 0 300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 143,100
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 143,100
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 252 48
EXCLUIDAS: 142,800 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 12078
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO DE JARAMILLO OLIVA DEL SOCORI
CC 21465634
CR 45 # 1 - 59 AP 215 TORRE DEL
FUTURO
TELEFONO: 3007921118
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 CC39388605
MEDI.GENERAL Adriana B.

OBS:

CUFE: eea235a11ce545ff636fa10472bb

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Adriana B. identificado con cédula número 39388605, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 14 - 01 2025

74da5fbc65b246ad6940418683caa0a281
e46bf1736bbc507eb8958449274b116d0

No. de Orden
12078

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

Beneficiario	OLIVA DEL SOCORRO HENAO DE JARAMILLO	Documento	21465634
No. Carné	21831918 - A	Fecha autorización	14/11/25
Dirección	CLL 33C 88A-169 APT.616		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ALDACTONE 25MG CJX30TAB	**ESPIRONOLACTONA 25MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
JARDIANCE 10 mg CJX30TAB	**EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR 1 TABEKTA EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario:	MARIA PATRICIA JARAMILLO HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma: Adriana B.
Documento: 39388605
Télefono: 3147324913

Fecha de vencimiento: 29/11/25

GTH-F-005 V.01

No. de Orden
12078

SENA

FÓRMULA MEDICAMENTOS - SMA

COPIA

Beneficiario	OLIVA DEL SOCORRO HENAO DE JARAMILLO	Documento	21465634
No. Carné	21831918 - A	Fecha autorización	14/11/25
Dirección	CLL 33C 88A-169 APT.616		
Regional	ANTIOQUIA	Vigencia	2025

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
ALDACTONE 25MG CJX30TAB	**ESPIRONOLACTONA 25MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

1 EN LA MAÑANA

Medicamentos	Molécula	Tipo	Total 30
JARDIANCE 10 mg CJX30TAB	**EMPAGLIFLOZINA 10MG Tableta**	TABLETAS	TREINTA

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

TOMAR 1 TABEKTA EN LA MAÑANA

Nombre Funcionario:	MARIA PATRICIA JARAMILLO HENAO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM: 5-1607-96

Recibido Por:

Firma:
Documento:
Télefono:

Fecha de vencimiento: 29/11/25

GTH-F-005 V.01

233