Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		**Pública Clasificada**	X	**Pública Reservada**	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	LUZ MARINA OSORIO LOAIZA	DOCUMENTO	24319146
No. Carné	10218109	Fecha	23-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Hialuronato de sodio 4mg/ml, solucion oftalmica frasco por 15ml	Hialuronato de sodio [illegible] frasco por 15ml	FRASCO	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 4 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS
QUETIAPINA 25MG	QUETIAPINA FUMARATO 25MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
VALCOTE 250MG	VALPROICO ACIDO 250MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
FENOVAS 10	ACIDO FENOFIBRICO 135MG/ROSUVASTATINA 10MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
EUTIROX® 50 MCG	LEVOTIROXINA SODICA 50mcg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO
GASTROFAST ADVANCE SOBRE X10ML	ALGINATO DE SODIO/BICARBONATO/ MAGALDRATO/ SIMETICONA	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	USAR SOLO POR SINTOMAS GASTRICOS, COMO INDICO GASTROENETEROLOGIA
CITRAGEL	CALCIO/VITAMINA D 1500 MG/200UI	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1775-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

10.218109

1.733.617

CUFE: a9547fa0d0d30e01ceaa29584e83af6a157a5fa2e6801b5236bcdcfe5b8eb68af4f96e6cc5d5bf151beb52bf6a3

OBS:

CASINO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI GENERA

DATOS DEL MEDICO,
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS Proto
www.farmacia1aspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
TELEFONO: 311/33501/

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192855
FECHA: 24-09-2026 10:39
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236369
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-HIALFEARS INST. GOTAS OFTALMICAS 0.4 % FRASCO 15 ML
98,682 3 0 0 296,046
213658-QUETIAPINA MK (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
15,540 3 0 0 46,620
001844-VALCOTE ER(RG) TABLETAS 250 MG CAJA X 30 UNDS
33,900 3 0 0 101,700
116507-FENOVAS INST CAPSULAS BLANDAS 10MG/135MG CAJA X 30 UNDS
242,820 3 0 0 728,460
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS
7,650 2 0 0 15,300
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 10 ML CAJA X 12 UNDS
51,288 8 0 0 410,304
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS
40,560 3 0 0 121,680

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,720,110
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,720,110
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,720,110 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1775
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO LOAIZA DE MEZA LUZ MARINA
CC 24319146
CR 27 # 36 SUR - 159 UNIDAD BALTICO APTO 604 ENVIGA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo José Edgar Meza G. identificado con cédula número 10.218.109, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Sept 26

SENA

Versión: 02
Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA	MICELLY TABARES DE GUILLEN				CEDULA 32396632			
CARNET	508035				Fecha 18-sep-26			
GENERICO	COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ATORVASTATINA 20 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
LOSARTAN 50 MGR	SATOREN			ORAL		90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
DENOSUMAB 60 MGR	PROLIA	JERINGA PRERLLENADA	1 APLICACIÓN	SUBCUTANEA	CADA 6 MESES	180 DIAS	1 UNA	APLCIAR SUBCUTANEA CADA 6 MESES
DIASCEREINA 50 MGR	ARTRODAR	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUE SDEL DESAYUNO
CITRATO D E CALCIO 315 / VITAMINA D 200 UI	CITRAGEL	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL ALMUERZO
PREGABALINA 75 MG	LYRICA	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
COMPLEJO B AMPOLLA	NEUROBION	JERINGA PRELLENADA	1 AMPOLLA	INTRAMUSCULAR	DIA POR MEDIO	12 DIAS	6 SEIS	EN CADERA INTRAMUSCULAR DIA POR EMDIO
POR 3 MESES								

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 1086-T

GTH-F-005 V.01

Micelly Tabares G.
32396632

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: Micelly Tabares G.
c.32396392

CUFE: a890bf6a590d150aed1349691370
05722493c8171e28df04d5410b99b6e68c
7594212774662d3401c132adc36b9b40e

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)

CRA 43 # 30SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2309/97
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1995
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192046
FECHA: 18-09-2026 13:37
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235560
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
60,240 3 0 0 180,720
115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
281,100 3 0 0 843,300
115001-PROLIA (CF) (RG) INST. J.PRELLENADA 60 MG X 1 UND
627,229 1 0 0 627,229
100280-ARTRODAR INST RG (DIACEREINA) TABLETAS 50 MG CAJA X 60 UNDS
50,730 1 30 0 76,095
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS
40,560 3 0 0 121,680
662001-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,290 3 0 0 138,870
203521-NEUROBION DC J.PRELLENADA 10000 CAJA X 3 UND
210,609 2 0 0 421,218

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,409,112
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,409,112
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,409,112 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 508035
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TABARES DE GUILLEN MICELLY DE JESUS
CC 32396632
CL 32 SUR # 47 - 46 PORTAL DEL VALLE BLOQUE 6 APTO 318
TELEFONO: 3127285342
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA Micelly Tabares.

FECHA 19-09-26

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ROCIO CADAVID D E RODRIGUEZ	CEDULA 32330409
No. Carné	42899648	Fecha 18-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
DESVENLAFAXINA 50 MGR LIBERACION PROLONGADA	PRISTIQ	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL DESAYUNO
ROSUVASTATINA 20 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CDA 24	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
MIIRTAZAPINA 30 MG	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
ACETAMINOFEN 500 MGR	DOLEX VANZADO	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270 DOSCIENTOS SETENTA	3 AL DIA
PANTOPRAZOL 20 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN AYUNAS
				POR 3 MESES				

CODIGO: 1153-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

GTH-F-005 V.01

32.330.409

Rocio cadavid

Rocio cadavid

32 330 409

CUFE: d3b838b34daa818bd1a0a02d4205
0c9937537964a4791a49da69f37a641488 2
39ed58b3817ed00809 6e6a1653 36b23560

OBS:

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192056
FECHA: 18-09-2026 14:22
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235570
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249615-PRISTIQ (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 28 UNDS
38,780 3 0 0 116,340
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
186,180 3 0 0 558,540
213207-MIRTAZAPINA MK TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
16,290 3 0 0 48,870
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 0 90 0 109,080
213223-PANTOPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
73,590 3 0 0 220,770

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,053,600
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,053,600
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,053,600 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 42899648
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CADAVID DE RODRIGUEZ ROCIO
CC 32330409
TV 32C SUR # 32 - 6
TELEFONO: 3317503
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

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA septiembre 18 - 2026

FECHA Rocio cadavid

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**MARYORI BALVIN HERRERA**	**CEDULA 32321357**	
No. Carné	**70078706**	**Fecha**	**18-sep-26**

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
PREDNISOLONA 10 MGR/ML		FRASCO X 5 ML		OFTALMICA	SEGÚN INDICACIONES	12 DIAS	1 UMO	1 GOTA EN OJO INTERVENIDO CADA 6 HORS POR 3 DIAS , LUEGO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS , LUEGO CADA 12 HORAS POR 3 DIAS Y TERMINAR CON 1 GOTA DIARIA POR 3 DIAS MAS
				TRANSCRIPCION DE OFTALMOLOGIA				

CODIGO: 1570-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

GTH-F-005 V.01

70078706

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989,
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
048
FECHA: 18-09-2026 13:44
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235562
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

292738-SOPHIPREN (PREDNISOLONA) GO
TAS OFTALMICAS CAJA 5 ML
46,673 1 0 0 46,673

--------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 46,673
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 46,673
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 46,673 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 70078706
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BALVIN HERRERA MARYORY
CC 32321357
CR 27F # 34DD S - 52 TORRE 2 VIEN
TOS DE ARAGON APA 506
TELEFONO: 3015195818
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: 70078706

CUFE: 85b9bd2ad1b5e5240dcf2114a940
acffebeabf76f1896c85767a96f161fd06
63d7a736986540813dc1ba868fa13d3074

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo José Ricardo Cardona Toro identificado con cédula número 70078706 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 18-09-2026

5

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ROSA OFELIA MARTINEZ DE PATIÑO	CEDULA	21799291
No. Carné	70562878-A	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
LOSARTAN 50MG	LOSARTAN 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS .
PANTOPRAZOL 20MG	PANTOPRAZOL 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS 20MIN ANTES DEL DESAYUNO
ATORVASTATINA 40MG	ATORVASTATINA 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
CLOPIDOGREL 75MG	CLOPIDOGREL 75MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS .
ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA ANTES DEL ALMUERZO.
WINADEINE TABLETA 325/8MG	ACETAMINOFEN/CODEINA TABLETA 325/8MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS SOLO POR DOLOR.

FORMULA

CODIGO: 994- T

a. Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

42.877.567

CUFE: d857dc1c88698f0267461f7a6a43a3f1b9d1d17fab84fe8dcc3b1cfe67f3ca40c4d25e68986e7da1307d83def8ad51620

OBS:

ESPECIALIDAD MEDI.GENERAL

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941662 1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192036
FECHA: 18-09-2026 12:54
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235550
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213218-LOSARTAN MK TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
20,910 3 0 0 62,730
213223-PANTOPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
73,590 3 0 0 220,770
132066-ATORVASTATINA GENFAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 150 UNDS
352,050 0 90 0 211,230
213131-CLOPIDOGREL MK(RG) TABLETAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
14,250 3 0 0 42,750
132040-ACIDO ACETILSALICILIC GF INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 900 UNDS
44,100 0 90 0 4,410
683006-WINADEINE INST. TABLETAS 325/8MG CAJA X 100 UNDS
38,800 1 80 0 69,840

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 611,730
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 611,730
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 611,730 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 70562878
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARTINEZ DE PATINO ROSA OFELIA
CC 21799291
CR 24E # 40 SUR - 36
TELEFONO: 3113979780
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Beatriz Patiño identificado con cédula número 42877567, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 18/9/2026

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	LUCILA DIAZ DE MUÑOZ	CEDULA 37804861
No. Carné	5566625	Fecha 18-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
CARBONATO D E CALCIO 500/ VITAMINA D 200UI	BIOCALCIUM D	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 SOBRE DILUIDO EN AGUA DIARIAMENTE
LEVOTIROXINA 25 MC	EUTIROX	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1TABLETA EN AYUNAS DIARIAMENTE
				PARA 3 MESES				

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

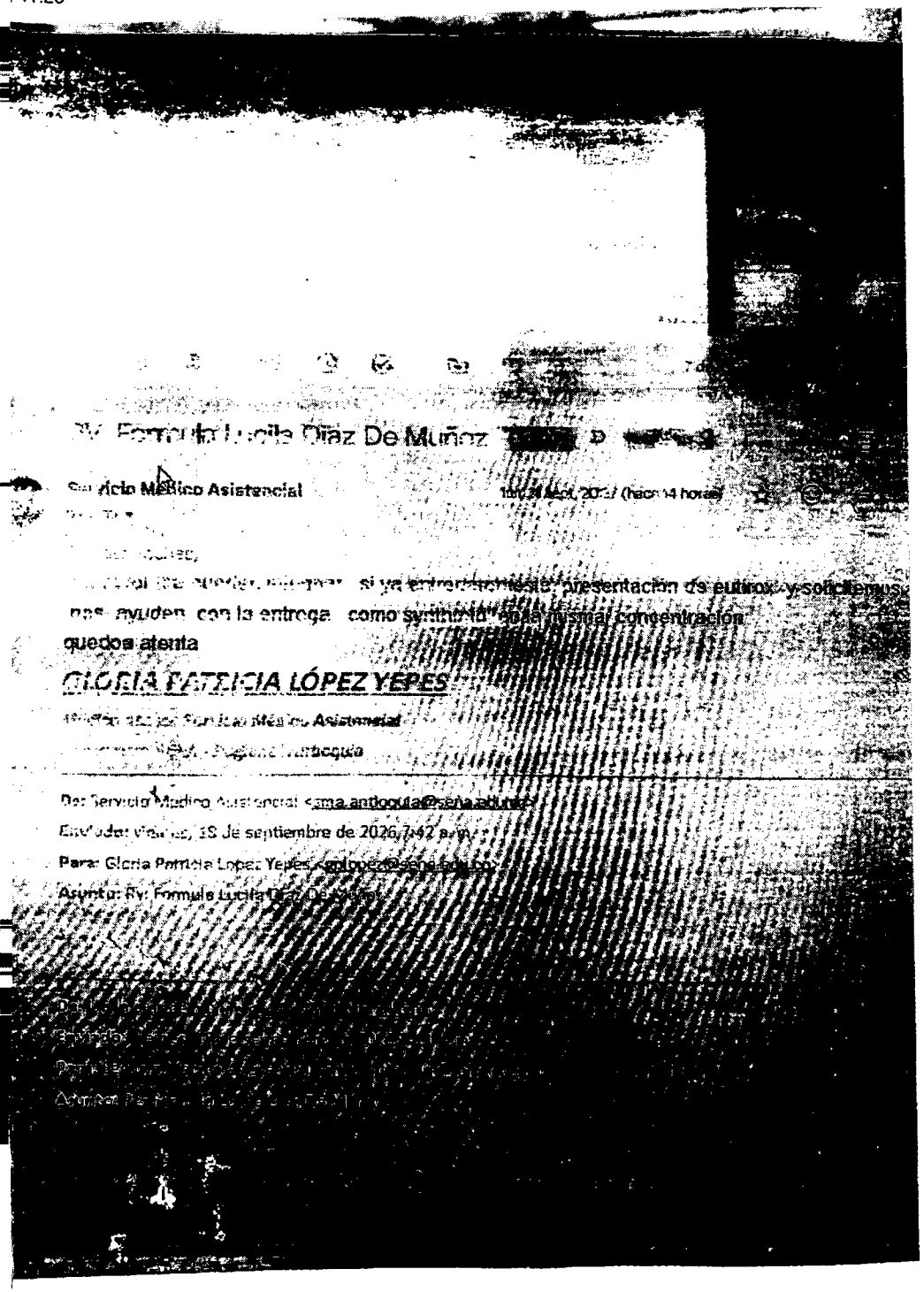
CODIGO: 1155-T

GTH-F-005 V.01

Lucila Diaz de Muñoz
C.C 37804861.

37804861
Lucila Diaz de Muñoz

CUFE: 558e5b0b89e/255cfe13b0b5d5a
869 1e5aa5c3c401 8cb2d503733771 06e44
3282oc76525 11b9dbc31dba25cd62eb635



RV: Formula Lucila Diaz De Muñoz

Servicio Medico Asistencial

si ya entregaron la presentación de eutirox y solicitamos nos ayuden con la entrega como syntheroid 50 mg normal concentración

quedo a atenta

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES

Servicio Medico Asistencial

Regional Antioquia

De: Servicio Medico Asistencial <sma.antioquia@sena.edu.co>

Enviado: viernes, 19 de septiembre de 2026 7:42 a. m.

Para: Gloria Patricia Lopez Yepes <gplopez@sena.edu.co>

Asunto: Rv: Formula Lucila Diaz De Muñoz

Lucila Diaz de Muñoz
C.C 37'804 861

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IV

FACT. ELECTRO[illegible]A DE VEN E328192
957
FECHA: 25-09-202[illegible]09:35
VENDEDOR.: LEIDY MARCELA M[illegible]OYA PAT
SECUENCIA: 1236472
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO [illegible]AL

258[illegible]60-BIOCALCIUM-D[illegible] V SC [illegible]TE S
OBRES CAJA X 30 UNDS
48,360 3 0 0 45,080
181281-SYN HROID TABLETAS 75 MCG C
AJA X 90 UNDS
111,060 1 0 0 111,060

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 256,140
----------[FORMAS DE PAGO ----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 256,140
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: [illegible]25[illegible] 140 0
IMPOCONSU 0 0 0
FORMULA: [illegible]155T
NIT: 899[illegible]99034
DATOS DE CLIE[illegible]
DIAZ DE MU[illegible]07 A
CC 37804861
CR 25 # 10 - [illegible] : [illegible]306
TELEFONO: 5400[illegible]
USTED HACE PART[illegible] CLUB PASTEUR
POLITICA [illegible] 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 Lucila Díaz de Muñoz identificado con cédula número 37804861, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 28/09/26

8

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	GLORIA VARGAS DE BERNAL	DOCUMENTO	37795854
No. Carné	8216918-A	Fecha	18-sep-26

R/

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
MICARDIS AMLO 80MG/10MG	TELMISARTAN [illegible]ODIPINO BESILATO	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
METOPROLOL S0 MG	METOPROLOL TARTRATO 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
ATORVASTATINA 20MG MK	ATORVASTATINA CALCIO 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
ACIDO IBANDRONICO 150MG	IBANDRONATO SODIO MONOHIDRATO 150MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA MES	90 DIAS	3	TOMAR UNA CADA MES
NATRILIX SR 1.5MG	INDAPAMIDA 1.5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR CADA 24 HORAS
DEFEPOL 2000UI	VITAMINA D3 2000UI	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR CADA 24 HORAS
CITRAGEL 315MG+200UI	[illegible]CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
DICLOFEN 1% AEY FCOX200ML	DICLOFENACO DIETILAMONIO [illegible]00000G Aerosol, Spray	FRASCO	1 APLICACIÓN	TOPICO	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR SOBRE LAS RODILLAS CADA 12 HORAS, POR DOLOR.
DOLEX FORTE NF 500/65mgC	ACETAMINOFEN CAFEINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR CADA 12 HORAS POR DOLOR.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1171-T

GTH-F-005 V.01

Yainis Barrios
C.C. 63.514.900
tel. 318 637 90 85

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,244,433 0
EXENTAS: 394,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1171-t
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS DE BERNAL GLORIA
CC 37795854
CL 65 SUR # 42B - 14 AP 306 12 PA
SEO SAN FRANCISCO
TELEFONO: 3153504745
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

OBS:

CUFE: 1655572dfa0a3712155f04bc533
5e4120cb813bbe1399bee57d00cefec8e6
f82fcc5aa3b845/7865322162402efb1fc7

C.C. 63.514.900
tel. 318 637 90 85
Yainis Barrios

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192213
FECHA: 19-09-2026 14:47
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235727
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253475-MICARDIS AMLO (RG) COMPRIMIDOS 80/10 MG CAJA X 28 UNDS
78,960 3 0 0 236,880
138033-BETALOC ZOK (RG) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
17,130 6 0 0 102,780
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
60,240 3 0 0 180,720
213325-IBANDRONATO MK TABLETA 150 MG CAJA X 1 UND
65,301 3 0 0 195,903
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1.5 MG CAJA X 30 UNDS
11,190 3 0 0 33,570
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)INST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 30 UNDS
25,020 3 0 0 75,060
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJA X 30 UNDS
40,560 6 0 0 243,360
600351-DICLOFEN INST. PROCAPS AEROSOL FRASCO 200 ML
58,720 1 0 0 58,720
039072-DICLOFEN AEROSOL FRASCO 200 ML
58,720 2 0 0 117,440
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,638,813
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,638,813
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jaime B Cano identificado con cédula número 63514900, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Jaime B Cano

FECHA 19 de septiembre de 2026

9

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	CARMEN JULIA PEREZ DE ZAPATA	DOCUMENTO	21376863
No. Carné	43068041	Fecha	18-Sep-26

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Orocal D 1500mg/200UI	Carbonato de calcio/	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR UNA CADA 8 HORAS
Atorvastatina 40MG	Atorvastatina 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
ACID MANTLE N LOC FCOX400ML	ALUMINIO ACETATO 0.33MG/ML Loción	FRASCO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR 2 A 3 VECES AL DIA SOBRE LA PIEL
GAZ	ALGINATO DE SODIO 5gr	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNO CADA 12 HORAS POR NECESIDAD
DEF		CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
VITAMINA B-12 1 ML AMP	Solución Inyectable	AMPOLLA	1 AMPOLLA	INTRAMUSCULAR	CADA MES	90 DIAS	3	APLICAR UNA AMPOLLA CADA MES
OMEPRAZOL 20MG	OMEPRAZOL 20MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO
CAR	CARVEDILOL 12.5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
DO 500/65mgC	ACETAMINUPEN CAFEINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR DOLOR.
ACI	ACIDO FOLICO 1MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
TRAZODONA 50MG	TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG	TABLETA	2 TABLETAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR 2 TABLETAS CADA NOCHE
AMLODIPINO 5MG	AMLODIPINO BESILATO 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
NA		TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
EUTIROX 88 MCG	88 MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA DÍA, EN AYUNAS, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO
MICARDIS 80MG	TELMISARTAN 80MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CALCITRIOL 0.5 MCG	CALCITRIOL 0.5MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CARDIOASPIRINA 100MG	ACETIL SALICILICO ACIDO	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CARMISUR TEARS SO FCOX 15ML	CARBOXIMETILCELULOSA Sodica 0.5%	FRASCO	2 GOTAS	OFTALMICA	CADA 6 HORAS	90 DIAS	3	1 GOTA EN CADA OJO, CADA 6 HORAS

FO

CODIGO: 1228-T

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS RM 08-2183-12
Médico

GTH-F-005 V.01

Sandra Vacca
1076333068
319 782 6215

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
485
FECHA: 21-09-2026 16:26
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235999
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213214-ATORVASTATINA MK TABLETAS 4
0 MG CAJA X 30 UNDS
78,360 3 0 0 235,080
024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA L
OCION OFERTA 400 + 120ML
57,495 3 0 0 172,485
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 1
0 ML CAJA X 12 UNDS
51,288 15 0 0 769,320
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 30 UN
DS
25,020 3 0 0 75,060
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 100
0 MCG AMPOLLA 1 CC
3,313 3 0 0 9,939
100279-OMEPRAZOL NOVAMED INST. CAP
SULAS 20 MG CAJA X 600 UNDS
50,400 0 90 0 7,560
132060-CARVEDILOL GENFAR INST. (RG
) TABLETAS 12.5MG CAJA X 300 UNDS
165,000 0180 0 99,000
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
682560-ACIDO FOLICOECAR INST. 1 MG
CAJA X 1000 UNIDS
71,000 0 90 0 6,390
404257-TRITTICO CAPSULAS 50 MG CAJ
A X 50 UNDS
195,700 3 30 0 704,520
683032-AMLODIPINO GENFAR INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 300 UNDS
8,700 0 90 0 2,610
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
11,190 3 0 0 33,570
600586-EUTIROX INST. TABLETAS 88 M
CG CAJA X 50 UNDS

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Patricia Vacca identificado con cédula número 1076333063 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Sandra Vacca

FECHA 21/SEP/2026

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 21/09/026 CÉDULA: 21376863

USUARIO: Carmenza Perez # ORDEN: 1228T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Dlocal D 1500/200	270	26/Sep/026

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Marcela Montoya	Envigado	6073802

47,400 2 0 0 94,800
253483-MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 8
0 MG CAJA X 28 UNDS
27,020 3 0 0 81,060
682417-CALCITRIOL COLMED INST. CAP
SULAS 0.5 MCG X 30 UNDS
9,690 3 0 0 29,070
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLET
AS 100 MG X 30 UNDS
49,620 3 0 0 148,860
115119-CARMELUB TEARS MK INST. GOT
AS OFTALMICAS 0.5 % CAJA 15 ML
12,373 1 0 0 12,373
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
45,997 1 0 0 45,997

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,922,074
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,922,074
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-----
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,527,694 0
EXENTAS: 394,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1228T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEREZ DE ZAPATA CARMEN JULIA
CC 21376863
CL 32B SUR # 45B SUR - 85 HOGAR GE
RONTOLOGICO REFLEJO PLATEADO
TELEFONO: 6042064321
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 93de3d642769a0bb26d6f072ef62
9f278c3e1cbbbbad0662d81c2c318f8168
263e0b8dc2fdb1c79d32b8d2e8c112dfd5

Sandra Vacca
CC 1076333068
319 782 6215

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	CARMEN JULIA PEREZ DE ZAPATA	DOCUMENTO	21376863
No. Carné	43068041	Fecha	18-Sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Orocal D 1500mg/200ui	Carbonato de calcio/ [illegible] 200ui	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR UNA CADA 8 HORAS
Atorvastatina 40MG	Atorvastatina 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
ACID MANTLE N LOC FCOX400ML	ALUMINIO ACETATO 0.55MGML Loción	FRASCO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR 2 A 3 VECES AL DIA SOBRE LA PIEL
GASTROFAST AD [illegible]	ALGINATO DE SODIO 5gr [illegible] 8gr	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNO CADA 12 HORAS POR NECESIDAD
DEFEROL 2000UI	[illegible] 2000UI	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
VITAMINA B-12 1 ML AMP	[illegible] MIN- 1MG/ML Solución inyectable	AMPOLLA	1 AMPOLLA	INTRAMUSCULAR	CADA MES	90 DIAS	3	APLICAR UNA AMPOLLA CADA MES
OMEPRAZOL 20MG	OMEPRAZOL 20MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO
CARVEDILOL 12.5MG	CARVEDILOL 12.5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
DOLEX FORTE NF 500/65mgC	ACETAMINOFEN CAFEINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR DOLOR.
ACIDO FOLICO [illegible]	[illegible] 1MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
TRAZODONA 50MG	TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG	TABLETA	2 TABLETAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR 2 TABLETAS CADA NOCHE
AMLODIPINO 5MG	AMLODIPINO BESILATO 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
NATRILIX S.R. 1.5M	[illegible]	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
EUTIROX 88 MCG	[illegible] NA SODIO 88MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA DÍA, EN AYUNAS, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO
MICARDIS 80MG	TELMISARTAN 80MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CALCITRIOL 0.5 MCG	CALCITRIOL 0.5MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CARDIOASPIRINA 100MG	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CARMELUB TEARS SO FCOX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA [illegible] g/ml SO	FRASCO	2 GOTAS	OFTALMICA	CADA 6 HORAS	90 DIAS	3	1 GOTA EN CADA OJO, CADA 6 HORAS

FORMULA

CODIGO: 1228-T

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS RM 08-2183-12

Sello del Médico

18/9/2611-6

18/9/2611

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192741
FECHA: 23-09-2026 14:53
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236255
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

454104-OROCAL D LAPROFF TABLETAS CAJA X 30 UNDS
8,040 9 0 0 72,360

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 72,360
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 72,360
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 72,360 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1228T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEREZ DE ZAPATA CARMEN JULIA
CC 21376863
CL 32B SUR # 45B SUR - 85 HOGAR GERONTOLOGICO REFLEJO PLATEADO
TELEFONO: 6042064321
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI:GENERAL

OBS:

CUFE: c9fafc88b1ee10cc6d74a0fee7914fd8fe7cc32f703aa3917de75a39c24868

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carmen Julia Perez identificado con cédula número 21376863, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 23/09/26

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 23/09/026 CÉDULA: 21376863

USUARIO: Carmen Julia Perez # ORDEN: 1228-T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Orocal D 150/200	270	23/09/026

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Marcela MP	Envigado	6073802

12

	Versión: 02 Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**C LARA INES VELASQUEZ ARANGO**	**CEDULA 32480975**	
No. Carné	8277530	**Fecha**	**23-sep-26**

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
LOSARTAN 50 MGR	**MK**	**TABLETA**	**1 TABLETA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 EN L AMAÑANA**
ATORVASTATINA 20 MGR	**MK**	**TABLETA**	**1 TABELTA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 EN L A NOCHE**
ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG	**CARDIOASPIRINA**	**TABLETA**	**1 TABLETA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DIARIAMENTE**
ACETAMINOFEN 500 GR	**DOLEX ACTIVGEL**	**CAPSULA**	**1 CAPSULA**	**ORAL**	**CADA 8 HORAS**	**90 DIAS**	**270 DOSCIENTOS SETENTA**	**3 AL DIA**
VITAMINA D3 2000UI	FARMA D	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL DESAYUNO
CARBOXIMETILCELULOSA 1 %	FREEGEN GEL	GOTAS	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3 TRES	APLCOIAR 3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS
FEXOFENADINA 120 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE

PARA 3 MESES

CODIGO:1399-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

OLGA CECILIA VELASQUEZ

CC 32405189

OBS: OLGA CECILIA VELASQUEZ
CC 32405189

CUFE: a1db3dcbbbdf82e68f19e05825 1c
5c739db6fa6ed37a59a516a7017 7be718f
ff3b619b5e68f48a7f676b807b802 0c5f6

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena, NIT: 890.980.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
TELEFONO: 3004479831

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
970
FECHA: 25-09-2026 11:08
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236485
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS
50 MG CAJA X 150 UNDS
49,650 0 90 0 29,790
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
60,240 3 0 0 180,720
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLET
AS 100 MG X 30 UNDS
49,620 3 0 0 148,860
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS
500 MG CAJA X 20 UNDS
33,957 14 0 0 475,398
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X\30 UNDS
84,120 3 0 0 252,360
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
70,619 3 0 0 211,857
213205-FEXOFENADINA MK TABLETAS 12
0 MG CAJA X 10 UNDS
28,550 9 0 0 256,950

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,555,935
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,555,935
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,555,935 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1399T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VELASQUEZ ARANGO CLARA INES
CC 32480975
CR 46B # 43 SUR - 122 CS 122 EXTE
RNA MILAN 5

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo OLGA C. VELASQUEZ identificado con cédula número 32405189, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Olga Cecilia Velasquez

FECHA 25-9-2026

13

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	LUZ ELENA ESTRADA TORRES	CEDULA 32507934	
No. Carné	8298832	**Fecha**	24-sep-26

GENERICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ESZOPICLONA 3 MGR	ISOKLON	TABLETA	1 TAB	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	28 VEINTIOCHO	TOMAR SEGÚN INDICACION
DESLORATADINA 5 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE
LEVOTIROXINA 25 MCG	EUTIROX	TABLETA	1TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	100 CIEN	1 EN AYUNAS
ALGINATO DE SODIO/ SBICARBONATO SODIO Y CALCIO	GAVISCON DOBLE ACCION	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270 DOSCIENTOS SETENTA	3 AL DIA
ACETAMINOFEN 325/HIDROCODONA 5 MG	SINALGEN	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
FUMARATO FERROSO/ASCORBICO/ FOLICO	FERRIMED PLUS	TABLETA	TABELTA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 ANTES DEL ALMUERZO
GABAPEPTINA 300MGR	MK	TABLETA	TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
VITAMINA D3 5000UI	FARMA D	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL		90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE

PARA 3 MESES

CODIGO:1400-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

GTH-F-005 V.01

Luz Elena Estrada Torres
32507934

bc3c28af77b3191d14e62c2c326d7d74dd

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192900
FECHA: 24-09-2026 16:15
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236414
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404342-ISOKLON (DCONT) TABLETAS 3 MG CAJA X 14 UNDS
125,682 2 0 0 251,364

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 251,364
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 251,364
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 251,364 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1400t
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESTRADA TORRES LUZ ELENA
CC 32507934
CL 43 SUR # 47 - 17 AP 407 BL 4 U R 16 MILAN
TELEFONO: 3137950933
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

Luz Elena Estrada Torres
OBS: 32507934

CUFE: cea8e2e2ea1c835f54[illegible]2811b8
9756bc30f9c11787769298f8a2675b840f

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Elena Estrada Torres identificado con cédula número 32507934, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Sep 2026

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ Pública Clasificada ☐ Pública Reservada ☐

FORMULA MEDICA

Beneficiario LUZ ELENA ESTRADA TORRES — **CEDULA** 32507934

No. Carné 8298832 — **Fecha** 24-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ESZOPICLONA 3 MGR	ISOKLON	TABLETA	1 TAB	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	28 VEINTIOCHO	TOMAR SEGÚN INDICACION
DESLORATADINA 5 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE
LEVOTIROXINA 25 MCG	EUTIROX	TABLETA	1TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	100 CIEN	1 EN AYUNAS
ALGINATO DE SODIO/ SBICARBONATO SODIO Y CALCIO	GAVISCON DOBLE ACCION	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270 DOSCIENTOS SETENTA	3 AL DIA
ACETAMINOFEN 325/HIDROCODONA 5 MG	SINALGEN	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
FUMARATO FERROSO/ASCORBICO/ FOLICO	FERRIMED PLUS	TABLETA	TABELTA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 ANTES DEL ALMUERZO
GABAPEPTINA 300MGR	MK	TABLETA	TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
VITAMINA D3 5000UI	FARMA D	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL		90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE

PARA 3 MESES

CODIGO:1400-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

GTH-F-005 V.01

Recibido:
Luis Alberto Dávila Y.
C.C. 8298832
TEL.: 311/7567586

Luis Alberto Dávila Y.
C.C. 8298832
TEL.: 311/7567586

OBS:

CUFE: dc6ff9c7e4eb1101740354 7d16f3
9574f6cccb0f38c2bf5e2b295cc71f2ad
6b228de747d5b8e83de16920 5bc3a7a6a9

TELEFONO: 3137950933
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

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
977
FECHA: 25-09-2026 11:42
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236492
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

030129-++++DESLORATADINA MK INST.
TABLETAS 5 MG X 10 UNDS
21,060 9 0 0 189,540
600189-EUTIROX INST. TABLETAS 25 M
CG CAJA X 50 UNDS
40,650 2 0 0 81,300
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
43,716 23 0 0 1,005,468
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5MG
/325 MG CAJA X 90 UNDS
151,830 2 0 0 303,660
364307-FERRIMED PLUS INST. TABLETA
S CAJA X 60 UNDS
147,480 2 0 0 294,960
115109-GABAPENTIN MK INST. (RG) CA
PSULAS 300 MG CAJA X 30 UNDS
13,230 3 0 0 39,690
405554-FARMA D INST. CAPSULAS 5000
UI CAJA X 30 UNDS
87,000 3 0 0 261,000

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,175,618
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,175,618
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,175,618 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1400t
NIT: 899999034-1
DATOS.DEL CLIENTE:
ESTRADA TORRES LUZ ELENA
CC 32507934
CL 43 SUR # 47 - 17 AP 407 BL 4 U
R 16 MILAN

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Alberto Avila V. identificado con cédula número 8298832, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 de Septbre/2026

15

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ADRINA ROMAN LEDEZMA	CEDULA 71624783
No. Carné	71624783	Fecha 18-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
QUETIAPINA 25 MG	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN L ANOCHE
FUROATO D E FLUTICASONA NASAL	AVAMYS	DPRAY NASAL	1 TBLETA	NASAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	2 DOS	1 PUFF EN LA NOCHE EN CADA FOSA NASAL
VENLAFAXINA XR75 MGR	EFEXOR XR	1 TABLETA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	DESPUES DEL ESAYUNO
CARBOXIMETILCELULOSA 0.5%	FREEGEN	GOTA	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3 TRES	3 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS
VITAMINA D3 200	FARMA D	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	1 PUF EN ADA FOSA EN LA NOCHE	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL DESAYUNO
TRIMEBUTINA200/SIMETICONA120	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	1 TABLETA EN AYUNS Y EN L NOHE
ACETAMINOFEN500/CAFEINA65	DOLEX FORTE	DOLEX FORTE	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
CIANOCOBALAMINA 1 ML		AMPOLLA 1 ML	1 AMPOLLA	INTRAMUSCULAR	CADA MES	90 DIAS	3 TRES	1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR EN CADERA
ESOMEPRAZOL 20 MGR	MK	TABLETA	1 TALELTA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN YUNAS
ROSUVASTATIN 20 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
				POR 3 MESES				

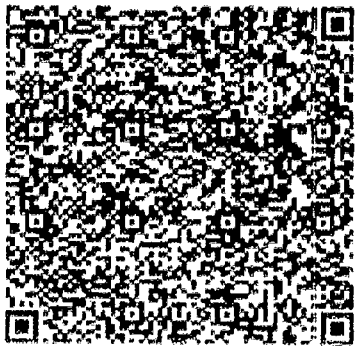
CODIGO: 1500-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM 5160796

GTH-F-005 V.01

Jhon Leiro Garcia
71624783
3019323567



OBS:

CUFE: 30d29ff127a2c6856b47c878fb9d
526a57bff615a6b2c7fc7383fea404943a9
b0b13982e02bab71b3ab6b4791218b3be77

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD Jhon Leiro Garcia
MEDI.GENERAL 71624783

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspastaur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
OSTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
TELEFONO: 3042050480
DG 30A SUR # 34A SUR - 32
CC 71624783

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192197
FECHA: 19-09-2026 13:11
VENDEDOR: JUAN MANUEL RESTREPO GAVI
SECUENCIA: 1235711
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
155,400 0 90 0 46,620
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.5 MCG CAJA 120 DOSIS
27,489 2 0 0 54,978
249166-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
26,280 3 0 0 78,840
101219-FREEGEN PREPACK GOTAS OFTALMICAS 0.5 % FRASCO 15+10ML
45,220 2 0 0 90,440
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS
84,120 3 0 0 252,360
213783-TRIMEBUTINA SIMETICONA MK TABLETAS 200MG/120MG CAJA X 30 UNDS
80,940 6 0 0 485,640
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
98,790 3 0 0 296,370
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
186,180 3 0 0 558,540
364310-VITAMINA B12 ECAR INST. 1000 MCG AMPOLLA 1 CC
3,313 3 0 0 9,939

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,268,107
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,268,107
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,873,727 0
EXENTAS: 394,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1500-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GARCIA JHON JAIRO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jhon Jairo García identificado con cédula número 71624782, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 26

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARIA CARLINA QUINTERO ESCOBAR	CEDULA 21730136
No. Carné	42878926	Fecha 18-sep-26

GENERICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
CARBOXIMETILCELULOSA 0.5%	FREEGEN	GOTAS	GOTA	OFTALMICO	CADA 6 HORAS	90 DIAS	3 TRES	4 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS
LATANOPROST 0.05MGML	LATANOX	GOTAS	GOTA	OFTALMICO	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3 TRES	1 GOTA EN LA NOCHE EN AMBOS OJOS
DORZOLAMIDA 20MGTIMOLOL 5.0MGBRIMONIDINA 2MG	BRIMODOR	GOTAS	1 GOTA	OFTALMICO	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3 TRES	1 GOTA EN AMBOS OJOS CADA 12 HORAS
LEVOTIROXINA 75 MCG	EUTIROX	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	100 CIEN	1 TABELTA EN AYUNAS DIARIAMENTE
ISPAGHULA HUSK 70,61G	EVBOGEL	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 SOBRE DILUIDO EN AGUA DIARIAMENTE
ACETAMINOFEN500/CAFEINA65	DOLEX FORTE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MGR		TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA MAÑANA
CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	CITRAGEL	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL ALMUERZO
LOSARTAN 50 MGR	GEN FAR	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
ATORVASTATINA 40 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 TABLETA EN LA NOCHE
				PARA 3 MESES				

CODIGO: 1554-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

GTH-F-005 V.01

OBS:

CUFE: c6d800f2cc7f1214277 5fe99995b4
56ffca2ebd5f2c446fd16a37295fa2a334
2fbec6ffe1cbda222e62e5f8516276ec98f

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
TELEFONO: 3173521721
752172
CR 47A # 38 SUR - 35 2DO PISO 314
CC 21730136
QUINTERO ESCOBAR MARIA CARLINA
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1
FORMULA: 1554T
IMPOCONSUMO 0 0
EXENTAS: 394,380 0
EXCLUIDAS: 1,504,673 0

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
469
FECHA: 21-09-2026 14:51
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235983
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

101219-FREEGEN PREPACK GOTAS OFTAL
MICAS 0.5 % FRASCO 15+10ML
45,220 3 0 0 135,660
255443-LATANOX (CF) (RG) GOTAS OFT
ALMICAS 0.05 MG/ML CAJA 5 ML
38,271 3 0 0 114,813
116511-BRIMODOR (TIMOL+DORZ+BR) IN
ST. SOLUCION OFTALMICA FRASCO X 1 UND
61,480 3 0 0 184,440
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
18,900 2 0 0 37,800
140210-FYBOGEL SOBRES CAJA X 10 UN
DS
49,250 9 0 0 443,250
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
115101-HIDROCLOROTIAZIDA MK INST.
TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
61,500 0 90 0 18,450
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
40,560 3 0 0 121,680
132001-LOSARTAN GENFAR INST. TABLE
TAS 50 MG CAJA X 900 UNDS
67,500 0180 0 13,500
213214-ATORVASTATINA MK TABLETAS 4
0 MG CAJA X 30 UNDS
78,360 3 0 0 235,080

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,699,053
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,699,053
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jhony Alejandro Lopez Polan identificado con cédula número 1037619459, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Jhony Alejandro Lopez T.

FECHA 21 de Septiembre 2026

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	CARMEN ELENA VARGAS ESPINOSA	DOCUMENTO	36540504
No. Carné	70054166-C	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
JARDIANCE 25 mg	EMPAGLIFLOZINA 25MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
DEFEROL 2000UI	VITAMINA D3 2000UI	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ATORVASTATINA 20MG	ATORVASTATINA CALCIO 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS, POR LA NOCHE
SERTRALINA 50MG	SERTRALINA CLORHIDRATO 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS, EN LA MAÑANA
ACETAMINOFEN FORTE 500/65MG	ACETAMINOFEN /CAFEINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR DOLOR.
MOMETASONA SPRAY NASAL ADULTOS FRASCO X 18ML.	MOMETASONA FUROATO SPRAY NASAL	FRASCO	2 PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	2 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA NOCHE

FORMULA

CODIGO: 1591-T

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

3017968654

8110460941.

OBS:

CUFE: 5451638d18899ecb74b99d35f6a0376739974cb31e371c1d3d4eb3a070bd137570bd2e53e77aa77fb45571e785fba

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

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

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
209
FECHA: 19-09-2026 14:13
VENDEDOR: JUAN MANUEL RESTREPO GAVI
SECUENCIA: 1235723
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116400-JARDIANCE INST. (RG) TABLET
AS 25 MG CAJA X 30 UNDS
166,500 3 0 0 499,500
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3)IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X 30 UN
DS
25,020 3 0 0 75,060
121216-ATORVASTATINA GENFAR TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
47,400 3 0 0 142,200
133018-SERTRALINA GENFAR INST. TAB
LETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS
47,400 0 90 0 14,220
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
213197-MOMETASONA MK SPRAY NASAL 0
.05% CAJA 18 G
173,556 3 0 0 520,668

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,646,028
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,646,028
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,251,648 0
EXENTAS: 394,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1591-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VARGAS ESPINOSA CARMEN ELENA
CC 36540504
CL 46 SUR # 46C - 100 APT 113
TELEFONO: 3799540
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Hernando identificado con cédula número 91026694[illegible], en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 19/09/2026.

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	LUZ MARINA VILLA ROJAS	CEDULA 22171647
No. Camé		Fecha 21-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
LOSARTAN 50/AMLODIPINO 2.5	ARAMAX	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 TABLETA DIARIA
INSULINA GLARGINA 300UI	LANTUS SOLOSTAR	JERINGA PRELLENADA	1 APLICACIÓN	SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	5 CINCO	APLICAR 16 UNIDADES DOSIS 1 VEZ AL DIA
INSULINA GLULISINA	APIDRA SOLOSTAR	JERINGA PRELLENADA	1 APLICACIÓN	SUBCUTANEA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	6 SEIS	APLICAR 6 UNIDADES SUBCUTANEA , 3 VECES AL DIA
SEMAGLUTIDE 1MG/ML	OZEMPIC	JERINGA PRELLENADA	1 APLICAICON	SUBCUTANEA	CADA SEMANA	90 DIAS	3 TRES	APLICAR 1 MG SEMANAL SUBCUTANEA
DAPAGLIFOZINA 5/ METFORMINA 1000	XIGDUO	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	224	2 AL DIA
ALOPURINOL		TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIA
TIRAS PARA GLUCOMEER	GLUCO QUICK	TIRAS	1 TIRA	SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	50 CINCUENTA	1 GUCOMETRIA A NECESIDAD
SERTRALINA 100 MG	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL DESAYUNO
ZOPICLONA 7.5	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	390 DIAS	30 TREINTA	1 EN LA NOCHE
ROSUVASTATINA 20 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
COLECALCIFERON 7000UI	NUEVI D	CAPSULA	2 CAPSULAS	ORAL	CADA SEMANA	90 DIAS	24 VEINTICUATRO	1 CAPSULA ABADO Y DOMINGO
ACIDO ACETIL SALICIILICO 100 NG	CARDIOASPIRINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE
LEVOTIROXINA 50 MCG	EUTIROX	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	100 CIEN	1 EN AYUNAS
				PARA 3 MESES				

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

CODIGO : 1600-T

Luz Marina Villa Rojas
22171647
3104138777

DATOS DEL CLIENTE:
VILLA ROJAS LUZ MARINA
CC 22171647
CR 45B # 29 SUR - 71 AP 510 EDIFI
CIO PALMANOVA
TELEFONO: 3104138777
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
RM 5160796

OBS:

CUFE: 74ef49e29f5bb1242fdc87a5e732
dfc3169da213603479ab44e0fe9cf1b4a1
a223566b06eae767d6bc8bccbf39af91ab

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93.
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192587
FECHA: 22-09-2026 10:55
VENDEDOR: JUAN MANUEL RESTREPO GAVI
SECUENCIA: 1236101
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

130026-ARAMAX CAPSULAS 2.5MG/50MG CAJA X 30 UNDS
96,870 3 0 0 290,610
100279-LANTUS SOLOSTAR INST. RG CF 100 MCG CAJA X 5 UNDS
177,450 1 0 0 177,450
137050-APIDRA SOLOSTAR CF (RG) SOLUCION INYECTABLE 100 UI CAJA 3 ML
22,284 6 0 0 133,704
832003-OZEMPIC CF (RG) SOLUCION INYECTABLE 1MG DOSIS CAJA X 1 UND
554,849 3 0 0 1,664,547
115300-XIGDUO XR INST. (RG) TABLETAS 5/1000 MG CAJA X 56 UNDS
146,048 4 0 0 584,192
209005-ALOPURINOL MEMPHIS TABLETAS 100 MG CAJA X 30 UNDS
20,940 3 0 0 62,820
116503-TIRILLAS GLUCOQUICK G30A INST. CAJA X 50 UNDS
846,100 1 0 0 846,100
100278-SERTRALINA MK INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 30 UNDS
98,400 3 0 0 295,200
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
186,180 3 0 0 558,540
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100 MG X 30 UNDS
49,620 3 0 0 148,860
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS
7,650 2 0 0 15,300

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 4,777,323
---- -----[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 4,777,323
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 4,777,323 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1600-T
NIT: 899999034-1

Pasteur Farmacia desde 1910

Luz del Mar
22171647

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 22/09/2026 CÉDULA: 22171647

USUARIO: LUZ. VILLA #ORDEN: 7600-T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Zopiclona 7.5 Mg	30	cuando tenga la formula remitida
Nuevid	24	Agotado / N.A

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Juan Manuel	P. Envigado	6073802

SENA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz M. Villa identificado con cédula número 22171647, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA Sept 22/26

19

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ALBA LUCIA GAVIRIA DE ZULETA	CEDULA 32508103
No. Carné	70045511	Fecha 21-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
LEVOTIROXINA 75 MCG	CUTIROX	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	100 CIEN	1 EN AYUNAS
PREGABALINA 75 MG	LYRICA	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
ATORVASTATINA 10 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN L ANOCHE
				POR 3 MESES				

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 5160796

CODIGO: 1626-T

GTH-F-005 V.01

Hernan Valencia
70601905

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192573
FECHA: 22-09-2026 09:15
VENDEDOR: JUAN MANUEL RESTREPO GAVI
SECUENCIA: 1236087
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS
18,900 2 0 0 37,800
662001-LYRICA INST. (RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,290 3 0 0 138,870
121031-ATORVASTATINA GENFAR TABLETAS 10 MG CAJA X 10 UNDS
19,530 9 0 0 175,770

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 352,440
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 352,440
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 352,440 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1626-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GAVIRIA DE ZULETA ALBA LUCIA
CC 32508103
CL 78 S # 40 - 211 PARQUES DE SAN REMO APT.1504 TORRE 1
TELEFONO: 3116236723
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: Hernan Valencia

CUFE: bcc0155cff24fed06bd23ebd942c2ae17f4bb19c2484e0fbb31547dcccba73326fcc79d9a3790ca56eb3182f6d6c92b0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Hernan Valencia identificado con cédula número 70601901, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 22-09-26

20

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARIA LUZ BETANCUR DE MONTOYA	**DOCUMENTO**	32483330
No. Carné	4327449-C	**Fecha**	21-sep-26

R/

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
FR... FCA...	CARBOXIMETILCELULOSA			OFTALMICA		90 DIAS	3	APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 4 VECES AL DIA.
ACRYLARM PLUS 0.2% GEL TUBX10G	ACIDO POLIACRÍLICO 2MG	TUBO	1 APLICACIÓN	OFTALMICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR EN CADA OJO CADA 12 HORAS
DEFERO...	...3000UI	CAPSULA	CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS A LAS 10AM.
CARVEDILOL ...	CARVEDILOL ...	...	...TA	ORAL	...HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
SERTR...	...	...	...TA	ORAL	...HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
ATORVASTATINA 10MG	ATORVASTATINA CALCIO ...	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
EUTIROX 50 MCG	LEVOTIROXINA SODICA 50MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO.
OF REDOXC 1G, TAB EFCV	Tableta Efervescente	...	...TA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
SALBUTAMOL 100MCG INH	...TO ...	...	...	INHALATORIA	CADA ...HORAS	90 DIAS	3	HACER DOS PUFF CADA 8 HORAS
LOSARTAN 50MG MK	... ... FOSFATO 50MG Tableta Recubierta	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
DETRUSITOL SR 4MG	TOLTERODINA L-TARTRATO ...	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
FEXOFENADINA ...	FEXOFENADINA ... 120MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR CADA 24 HORAS A LAS 6 PM
NEXIUM MUPS 40MG	ESOMEPRAZOL ... 40MG	...	...TA	ORAL	...HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO
TRELEGY ... (100/62.5/25)MCG PPI FCOx30 cncl.	... FUROATO A ... DIPIO + VILANTEROL	FRASCO	1 PUFF	INHALATORIA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	HACER UN PUFF DIARIO
D-DOLEX FORTE NF 500/65mg	... NAPROFEN CAFEINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR DOLOR.
OSTE... 1250mg/...	...	...TA	...TA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA A LAS 10AM.

FORMULA

... Castro ... 1700-T

... CASTRO BARRIOS RM 08-2185-12

... Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Luz M. Betancur M.
32483330

Nota: faltó Lozartan.

Obs: se Contacta a la Paciente y Sí le llegó el losartan, solo que no lo había Visto.

29/790 0 90 0 150

MG CAJA X 150 UNDS

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
721
FECHA: 23-09-2026 13:08
VENDEDOR: JUAN MANUEL RESTREPO GAVI
SECUENCIA: 1236235
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
70,619 3 0 0 211,857
600008-ACRYLARM INST. GEL CAJA 10
G
59,739 3 0 0 179,217
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3) IN
ST. CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X
25,020 3 0 0 75,060
213707-CARVEDILOL MK (RG) TABLETAS
6.25 MG CAJA X 30 UNDS
8,250 3 0 0 24,750
682631-ATORVASTATINA GENFAR INST.
TABLETAS 10 MG CAJA X 100 UNDS
41,700 0 90 0 37,530
213319-SERTRALINA MK TABLETAS 50 M
G CAJA X 30 UNDS
169,020 3 0 0 507,060
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
7,650 2 0 0 15,300
024125-REDOXON TOTAL T. EFERVESCEN
TES NARANJA TUBO 3 X 10 UNDS
64,469 3 0 0 193,408
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL)
INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
17,321 3 0 0 51,963
249155-DETRUSITOL SR (RG) CAPSULAS
4 MG CAJA X 30 UNDS
129,600 3 0 0 388,800
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
12,570 9 0 0 113,130
115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
204,680 3 0 0 614,040
115001-TRELEGY ELLIPTA INST. INHAL
ADOR 100MCG/62.5MCG/25MCG CAJA 30 DO
336,391 3 0 0 1,009,173
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
100279-OSTEOCAL D (CALCIO) INST.++
+ TABLETAS 1250MG/330UI CAJA X 70 UNI
18,970 0 90 0 2,439
115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Luz Botero identificado con cédula número 32483330 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 23-09-2026

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 3,847,897
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,847,897
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	162,528	30,880
EXCLUIDAS:	3,260,109	0
EXENTAS:	394,380	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1700-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BETANCUR DE MONTOYA MARIA LUZ
CC 32483330
CL 34DD SUR # 27D - 90 AP 9807 MI
RADOR GUADAL CANAL
TELEFONO: 3013073780
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 32483330

CUFE: 2676801b2de8e8ff4bf5030bcf65
be1b407ea09da739219eb5437830caf144
0af6bc1195ef945425bef201ef59744f99

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	CLARA OFELIA ZULUAGA ACEVEDO	DOCUMENTO	32345277
No. Carné	43562551-A	Fecha	22-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
EUTIROX® 75 MCG	LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, EN AYUNAS UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS EN LA MAÑANA
TELMISARTAN 80MG	TELMISARTAN 80MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
IBANDRONATO 150MG	IBANDRONATO SODIO HIDRATO 150MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA MES	90 DIAS	3	TOMAR UNA CADA MES
CITRAGEL 315MG+200UI	CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ESCITALOPRAM 10MG MK	ESCITALOPRAM OXALATO 10MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ESOMEPRAZOL 40MG MK	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO
COLCHICINA 0.5mg	COLCHICINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
GASTROFAST ADVANCE	ALGINATO DE SODIO 5gr MAGALDRATO 8gr	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CON EL ALMUERZO Y ANTES DE ACOSTARSE
GLICOLUB ULTRA®	POLIETILENGLICOL 4mg PROPILENGLICOL 3mg	FRASCO	2 GOTAS	OFTALMICA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 4 HORAS

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1714-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Clara Zuluaga A
32345277

Clara Zuluaga A
32345277

4cd8afc747a6940c1ac28ebebe7def31
9c23cfceb160275940c3e6f4f3e3ca735ba

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192746
FECHA: 23-09-2026 15:28
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236260
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253483-MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 80 MG CAJA X 28 UNDS
27,020 3 0 0 81,060

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 81,060
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 81,060
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 81,060 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1714T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZULUAGA AGUDELO OFELIA
CC 32345277
CR 24D # 39C SUR - 91 EL SALADO EDIFICIO MANDALA - TORRE 1 - INTERIOR 91
TELEFONO: 3015321552
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUE ebbd23d62deb3e8e89a4bd3ac32e

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Olga Zuluaga identificado con cédula número 32345277, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Olga Zuluaga

FECHA 23-9-2026

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
716
FECHA: 23-09-2026 12:40
VENDEDOR: JUAN MANUEL RESTREPO GAVI
SECUENCIA: 1236230
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
18,900 2 0 0 37,800
115101-HIDROCLOROTIAZIDA MK INST.
TABLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
61,500 0 90 0 18,450
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
40,560 3 0 0 121,680
004070-ESCITALOPRAM MK (DEXAPRO) I
NST TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
161,310 3 0 0 483,930
213663-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 40
MG CAJA X 30 UNDS
260,430 3 0 0 781,290
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICI
NA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,520 2 10 0 64,170
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 1
0 ML CAJA X 12 UNDS
51,288 15 0 0 769,320
100251-GLICOLUB ULTRA INST GOTAS 0
.4% / 0.3% FRASCO 10 ML
70,366 3 0 0 211,098
213325-IBANDRONATO MK TABLETA 150
MG CAJA X 1 UND
65,301 3 0 0 195,903

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 2,683,641
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,683,641
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,683,641 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1714-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZULUAGA AGUDELO OFELIA
CC 32345277
CR 24D # 39C SUR - 91 EL SALADO E
DIFICIO MANDALA - TORRE 1 - INTERI
OR 91
TELEFONO: 3015321552

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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 3245277

CUFE: 6abb3f9b5c962d6243b8338cb481
0a4a7d5f45110cfb797f8f47320d718911
2e0c8433b7669422bbd3b48847f8b3b073



Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**LUZ ESTELLA GIL PEÑA**	**CEDULA**	**32467499**
No. Carné	70041537	**Fecha**	**22-sep-26**

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ACIDO POLIACRILICO GEL 0.2%	**ACRYLARM GEL**	**TUBO**	**1 GOTA**	**OFTALMICA**	**CADA 12 HORAS**	**90 DIAS**	**3 TRES**	**EN AMBO SOJOS 2 VECES AL DIA**
ACETAMINOFEN 500 MGR	**DOLEX**	**TABLETA**	**2 TABLETAS**	**ORAL**	**CADA 12 HORAS**	**90 DIAS**	**360 TRESCIENTOS SESENTA**	**2 EN LA MAÑANA Y 2 EN LA NOHE**
LOSARTAN 50 MGR	**SATOREN**	**TABLETA**	**1 TABLETA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 EN LA MAÑANA**
SERTRALINA 100 MGR	**NK**	**TABLETA**	**1 TABLETA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DESPUES DEL DESAYUNO**
TRAZODNA 50 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
PREGABALINA 75 MGR	LYRICA	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE
ROSUVASTATINA 10/ FENOFIBRATO135	STAFEN	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
LIDOCAINA 5 %	VERSATIS X 15	PARCHE	1 APLICAICON	TRANSDERMICA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	60 SESENTA	PARTIR Y COLOCAR EN PUNTOS DOLOROSOS POR 12 HORAS EN EL DIA Y DESCANSAR 12 HORAS SIN EL .
				PARA 3 MESES				

PARA 3 MESES

CODIGO: 1734-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM 5160796

TELEFONO: 3175409101
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: beb529e1ffc758acfae1843b74c7
8f15031d3d52dde1767b15d9f2d473b44
f89018014f87509e7532d3ddb15d4e74f2

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192749
FECHA: 23-09-2026 16:00
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236263
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600008-ACRYLARM INST. GEL CAJA 10 G
59,739 3 0 0 179,217
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 3 60 0 436,320
115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
281,100 3 0 0 843,300
213318-SERTRALINA MK TABLETAS 100 MG CAJA X 30 UNDS
390,240 3 0 0 1,170,720
662001-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,290 3 0 0 138,870
129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJA X 5 UNDS
37,730 12 0 0 452,760
662785-TRITTICO INST 50 MG. 50 CAPS.
195,700 1 40 0 352,260

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 3,573,447
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,573,447
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 3,573,447 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1734T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GIL PEÑA LUZ STELLA
CC 32467499
CL 48B SUR # 39B - 70 AP 301. ED. EL TRIANON. ENVIGADO

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ignacio Arias O. identificado con cédula número 70041537, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 23/9/2026

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 23/09/026 CÉDULA: 32467499

USUARIO: Luz Estella Gil # ORDEN: 1734-T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Stafen 135/10mg.	90	Agotado

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Marcela Montoya	Envigado	6073802

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICÁCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**GLORIA PATRICIA SANCHEZ GOMEZ**			**CEDULA 42999897**	
No. Carné	15317879			**Fecha**	**22-sep-26**

GENERICO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	VIA DE [illegible]	[illegible]	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
COMPLEJO [illegible]	[illegible] CTA	JERINGA PRELLENADA	[illegible] LA	INTRAMUSCULAR	CADA MES	90 DIAS	3 TRES	EN CADERA INTRAMUSCULAR CADA MES
FEXOFENADINA [illegible]	[illegible]	TABLETA	[illegible]	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	120 CIENTO VEINTE	1 DIARIA Y 2 SI HAY EXACEBACION D E INTOMAS
DICLOFENACO GEL 1 %	VOLTAREN GEL 1%	TUBO X	2 APLICACIÓN	TOPICO	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3 TRES	EN AREA DOLOROSA EN LA NOCHE
LEVETIRACETAM 500 MGR	KEPPRA	TABLETA	1 TABELTA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	2 AL DIA
HIALURINATO DE SOD[illegible]	[illegible] CAJA X 20 AMP.	AMPOLLA	[illegible]	OFTALMICO	CADA HORAS	90 DIAS	4 CUATRO CAJAS	EN AMBOS OJOS CADA 3 HORAS
MELATONINA 2 MGR	CIRCADIN	TABLETA	2 TABLETAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	1 EN LA NOCHE
ETORICOXIB 120 MGR	ANEXIA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	SI HAY DOLOR	90 DIAS	28 VEINTIOCHO	1 AL DIA SI HAY DOLOR
COLECALCIFEROL 1000UI	NOLVID / FARMA D	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE DESPUES DEL DESAYUNO
OMEGA 3 ACIDOS 60 %	EPAX	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIA Y 2 SI HAY EXACEBACIOND E INTOMAS
TIBOLONA 2.5	LIVIAL	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 48 HORAS	90 DIAS	60 SESENTA	1 TABELTA DIA POR MEDIO
FUROATO DE MOMETASONA SPRAY NASAL 0.05%		SPRAY NASAL	[illegible]	NASAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3 TRES	2 PUFF ENC ADA FOSA EN LA NOCHE
ACIDO ASCORBICO [illegible]	[illegible]	TABLETA	[illegible]	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE DESPUES DEL DESAYUNO
ACIDO FOLICO 5 MG		TABLETA	[illegible]	ORAL	CADA SEMANA	90 DIAS	30 TREINTA	2 TABLETAS EN LA SEMANA
ACIDO POLIACRILICO 0.2%	ACRYLARM	TUBO GEL	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3 TRES	2 VECES AL DIA EN AMBOS OJO S
				PARA 3 MESES				

PARA 3 MESES

CODIGO: 1735-T

[illegible] PATRICIA LOPEZ [illegible]

RM 5160796

GTH-F-005 V.01

Gloria Patricia Sanchez
42 999 897.

OBS: Gloria Patricia Sanchez 42 999 897

CUFE: 91[illegible]2711f85d6155857dd6589289a1
896bb04660336371 0a20359bba8495dd5
1615e0657462115c1.230b6d7cdc1dc322

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

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 899999034-1
FORMULA: 1735†
IMPOCONSUMO 0 0
EXCLUIDAS: 4,907,137 0
IVA DE: 19 162,528 30,880
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]----------
CAMBIO: 0
FORMA DE PAGO: CREDITO
MEDIO DE PAGO: CREDITO 5,100,545
----------[FORMAS DE PAGO]----------
TOTAL: 5,100,545
----------[TOTAL DE FACTURA]----------

SANCHEZ GOMEZ GLORIA PATRICIA
CC 42999897
CR 46B # 74 SUR - 24 INTERIOR401
CAPANELA

0d69b1783a8f0fc2a8d8b4a0e47f847eee

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
862
FECHA: 24-09-2026 11:27
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236376
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-CIRCADIN INST. TABLETAS 2 M
G CAJA X 30 UNDS
282,840 6 0 0 1,697,040

----------[TOTAL I FACTURA]----------
TOTAL: 1,697,040
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,697,040
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
----------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,697,040 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1735T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ GOMEZ GLORIA PATRICIA
CC 42999897
CR 46B # 74 SUR - 24 INTERIOR401
SABANETA
TELEFONO: 3065637
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: 42999897

CUFE: 07759f7a826e197c93131aa5f8cc
1c6e95794badbf8cbb8f20c975150e7da7

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
963
FECHA: 25-09-2026 10:23
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236478
CODIGO-NOMBRE
V UNI ENT FRA DTO PARCIAL

107351-BEDOYECTA-TRI J.PRELLENADA
CAJA 3 X 2ML
117,021 1 0 0 117,021
683117-ALLEGRA INST. (FEXOFENADINA
) TABLETAS 180 MG CAJA X 10 UNDS
158,980 12 0 0 1,907,760
385855-VOLTAREN GEL 1.16% CAJA 100
G
126,073 3 0 0 378,219
129406-KEPPRA (LEVETIRACETAM) (RG)
TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
40,800 3 0 0 122,400
116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALU
RON RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
90,600 4 0 0 362,400
115104-ETORICOXIB (ANEXIA) INST. T
ABLETAS 120 MG CAJA X 7 UNDS
49,462 4 0 0 197,848
107066-FARMA D CAPSULAS BLANDAS 70
00UI CAJA X 8 UNDS
72,640 12 0 0 871,680
116500-EPAX EC INST. CAPSULAS CAJA
X 30 UNDS
103,140 3 0 0 309,420
221148-LIVIAL (RG) TABLETAS 2.5 MG
CAJA X 30 UNDS
32,820 2 0 0 65,640
404645-RINAID SPRAY NASAL 0.05 % C
AJA 18 G
116,344 3 0 0 349,032
024125-REDOXON TOTAL T. EFERVESCEN
TES NARANJA TUBO 3 X 10 UNDS
64,469 3 0 0 193,408
100280-ACIDO FOLICO ECAR INST. TAB
LETAS 5 MG CAJA X 250 UNDS
46,500 1 0 0 46,500
600008-ACRYLARM INST. GEL CAJA 10.
G
59,739 3 0 0 179,217

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gloria Patricia Sánchez Gómez identificado con cédula número 42.979.891, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Gloria Patricia Sánchez

FECHA 25-09-2026

27

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	SARA RIVERA PATIÑO	DOCUMENTO	1020304072
No. Carné	43807649-D	Fecha	23-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
SERTRALINA 100MG	SERTRALINA 100MG	TABLETA	1.5 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	135	TOMAR UNA TABLETA Y MEDIA CADA MAÑANA DESPUES DEL DESAYUNO, SEGÚN INDICACION DE PSIQUIATRIA.

FORMULA

Dra. Castro B.

CODIGO: 1752-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005V.01

Jeyson Mass
1077-314

1161007019
Jeyson Mass
1077-314

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
850
FECHA: 24-09-2026 10:02
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236364
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

132732-SERTRALINA GENFAR INST. TAB
LETAS 100 MG CAJA X 10 UNDS
3,500 14 0 0 49,000

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 49,000
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 49,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 49,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1752T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA PATIÑO SARA
CC 1020304072
CL 37 S # 27 - 90 LOMA DEL ESCOBE
RO
TELEFONO: 5785133
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 705fa3c40c3535ff629aa294a194
86595bb7afb6d07ae019eb003ed799c3df

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jeffer Enrique Hax Bautista identificado con cédula número 1077731Y, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Jeffer Hax.

FECHA 24/sep/2026

28

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	DOLLY ALZATE DE RIOS	**DOCUMENTO**	21355155
No. Carné	[illegible]	**Fecha**	23-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
OLMETEC 40MG	OLMESARTAN MEDOXOMILO	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
WELLFLEX TR	GLUCOSAMINA SULFATO 2KCL 750MGCONDROITINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CALCIBOND 800UI TR	CALCIO CITRATO 1500 MG VITAMINA D3 800UI Tableta	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ATORVASTATINA 20MG MK	ATORVASTATINA CALCIO 20MG T	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
EUTIROX® 50 MCG	50mcg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 48 HORAS	90 DIAS	45	TOMAR UNA INTERDIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, ALTERNANDO CON 75MCG
EUTIROX® 75 MCG	LEVOTIROXINA SODICA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 48 HORAS	90 DIAS	45	TOMAR UNA INTERDIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO, ALTERNANDO CON 50MCG
CARMELUB TEARS SO FCOX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA	FRASCO	2 GOTAS	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO 3 VECES AL DIA.

FORMULA

Saints Castro B.

CODIGO: 1756-T

YENI PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Dolly Alzate de Rios
21.355.155

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
WWW.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
factura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

TELEFONO: 3839964

OBS:

CUFE: 5990eaf2062c577ff9444c31804d
bc7e71dc48731170a8fb99b51d3aa888c1
a9cff3ef71bd4d742a2a42f7d697976be4

Dolly Alzate de Rios
CC 21 355 155

Cel 304-363-9964

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
860
FECHA: 24-09-2026 11:18
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236374
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249578-OLMETEC (RG) TABLETAS 40 MG
CAJA X 30 UNDS
70,696 3 0 0 212,088
861143-WELLFLEX TABLETAS CAJA X 60
UNDS
103,740 2 0 0 207,480
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
60,660 3 0 0 181,980
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
60,240 3 0 0 180,720
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
7,650 1 0 0 7,650
115400 EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
18,900 1 0 0 18,900
213164-GOTAS OFTALMICAS CARMELUB T
EARS MK CAJA PAGUE 1 LLEVE 2
,997 2 0 0 91,994

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 900,812
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 900,812
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 900,812 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1756T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALZATE DE RIOS DOLLY
CC 21355155
CL 27A SUR # 47 - 55 ED SUDADELA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Dolly Alzate de Rios identificado con cédula número 21355155 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Dolly Alzate de Rios
FECHA 24-09-26

SENA

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARIA PIEDAD ZULUAGA DE AGUDELO	DOCUMENTO	21700281
No. Carné	3329758-C	Fecha	23-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
EUTIROX® 75 MCG	LEVOTIROXINA SÓDICA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO.
AMLODIPINO 5MG	AMLODIPINO 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
TELMISARTAN 40MG	TELMISARTAN 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
CARDIOASPIRINA 100MG	ACETILSALICILICO ACIDO 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS ANTES DEL ALMUERZO.
CALCIBOND 800UI	CARBONATO 1500 MG VITAMINA D3 800UI	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
ATORVASTATINA 20MG	ATORVASTATINA 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE

FORMULA

Maria Castro B.

CODIGO: 1786-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Piedad Zuluaga de A

CC. 21.700281

CC. 21.700281

OBS: Piedad Zuluaga

CUFE: 6a8b96ad873cfc6800eb126b9bd6
274d99ba7d8fbe9fd7a180b1f0c8c887df
8b13015346b90bb996ca71957bd405396

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.tarjetasparsteul.com.co

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192866
FECHA: 24-09-2026 12:31
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236380
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS
18,900 2 0 0 37,800
213311-AMLODIPINO MK TABLETAS 5 MG CAJA X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
253480-MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
13,496 3 0 0 40,488
682375-CARDIOASPIRINA INST. TABLETAS 100 MG X 30 UNDS
49,620 3 0 0 148,860
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS
60,660 3 0 0 181,980
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
60,240 3 0 0 180,720

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 657,078
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 657,078
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 657,078 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1736T
NIT: 899999[illegible]4-1
DATOS DEL CLIENTE:
ZULUAGA DE AGUDELO MARIA PIEDAD
CC 21700281
CL 38B SUR # 26 - 1 APT 417
TELEFONO: 6043024277
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo María Piedad Zuluaga identificado con cédula número 21.700281, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Piedad Zuluaga de A

FECHA 24 de Septiembre

Versión: 02
Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA	**ALBANY BOHORQUEZ BERMUDEZ**				**CEDULA 21828639**			
CARNET	**6785730**				**Fecha 24-sep-26**			
GENÉRICO	**COMERCIAL**	**PRESENTACION**	**DOSIS**	**VIA DE ADMINISTRACION**	**FRECUENCIA**	**TIEMPO**	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES**
CARBOXIMETILCELULOSA 0,5%	FREEGEN 0.5%	**GOTAS**	1 GOTA	**OFTALMICA**	**CADA 6 HORAS**	**90 DIAS**	**3 TRES**	**APCIAR EN AMBOS OJOS 4 VECES AL DIA**
ACETAMINOFEN 500 MGR	DOLEX ACTIVGEL	**CAPSULA**	1 CAPSULA	**ORAL**	**CADA 8 HORAS**	**90 DIAS**	**270 DOSCIENTO**	**3 AL DIA**
CROTAMITON LOCION 10%	GEN FAR	**FRASCO**	**1 APLICACION**	TOPICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	4 CUATRO	APLICAR ENA REAS AFECATADAS 2 VECE S AL DIA
TRIMEBUTINA 200 MGR	MK	**TABLETA**	**1 TABLETA**	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	EN AYUNA S Y ANTES DELA ULTIMA COMMIDA
ESOMEPRAZOL 20 MGR	MK	**TABLETA**	**1 TABLETA**	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN AYUNA S
SALICILATO D E METI	FORZ	**CREMA**	1 ALIICACION	TOPICA	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**3 TRES**	**EN LA OCHE EN AREAS DOLOROSAS**

LO PARA 3 MESES

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 1818-T

GTH-F-005 V.01

Alejandro Arque
98'637.870.
317 761 85 89.

Alejandro Arque
98'637.870.
317 761 85 89.

CUFE: fc5dbe71ad2f5880915077d77ee8
6391 6d023e8113 9b20baf6cfb987f0c313
ad359cf4c9e4d2a41077f5498498eabf9

OBS:

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciasparaeluc.com.co

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192996
FECHA: 25-09-2026 13:22
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1236511
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

101219-FREEGEN PREPACK GOTAS OFTALMICAS 0.5 % FRASCO 10.10ML
98,102 3 0 0 294,306
100218-DOLEX ACTIVE INST CAPSULAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
33,957 14 0 0 475,398
100278-LIRODERM (CROTAMITON) INST. SOLUCION TOPICA 10 % FRASCO 60 ML
13,489 4 0 0 53,956
100278-TRIMEBUTINA MK INST TABLETAS 200 MG CAJA X 30 UNDS
25,140 6 0 0 150,840
213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
98,790 3 0 0 296,370
123030-FORZ CREMA POTE 60 G
41,267 3 0 0 123,801

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,394,671
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,394,671
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,394,671 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1818T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOHORQUEZ BERMUDEZ ALBANY DEL SOCORRO
CC 21828639
CL 33B SUR # 43A - 45 PISO 3 SAN MARCOS --
TELEFONO: 3177618589
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alejandro Arbeláez D. identificado con cédula número 1036627.870, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 28/09/2026

31

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARIA CECILIA POSADA ACEVEDO	CEDULA 32432705
No. Carné	8256359	Fecha 18-sep-26

GENERICO	COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ACETAMINOFEN 500 MGR	ALGOREM	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270 DOSCIENTOS SETENTA	3 AL DIA
TRAZODONA 50 MGR	TRITICO	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
FLUOXETINA 20 MGR	MOLTOBEN	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL DESAYUNO
AMLODIPINO 5 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
CITRATO D E CALCIO500/VITAMINA D 200UI	BIOCALCIUM D	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 SOBRE DILUIDO EN AGUA DESPUES DEL ALMUERZO
NIMODIPINO 30MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	100 CIEN	1 DIARIAMENTE
LOSARTAN 100/ HCTZ 25	SATOREN H	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DELD ESAYNO
METFORMINA 500 MGR	GLUCOPHAGE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL ALMUERZO
DIASCEREINA 50MGR	ARTRODAR	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL DESAYUNO

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160795

CODIGO: 951-T

GTH-F-005 V.01

8256359
3160294?

DATOS DEL CLIENTE:
POSADA ACEVEDO MARIA CECILIA
CC 32432705
CL 18A SUR # 38 - 350 CONDADO DE MARACAI APTO 409
TELEFONO: 3165467773
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

D: RIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
207
FECHA: 19-09-2026 14:02
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235721
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

622008-ADOREM TABLETAS 500 MG CAJA
X 100 UNDS
166,600 2 72 0 453,152
662785-TRITTICO INST 50 MG. 50 CAP
S.
195,700 2 0 0 391,400
115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA)
CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS
241,580 5 0 0 1,207,900
213311-AMLODIPINO MK TABLETAS 5 MG
CAJA X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
258050-BIOCALCIUM-D EFERVESCENTE S
OBRES CAJA X 30 UNDS
48,360 3 0 0 145,080
213532-NIMODIPINO MK TABLETAS 30 M
G CAJA X 20 UNDS
43,240 5 0 0 216,200
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLE
TAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS
6,600 3 0 0 19,800
600229-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 5
00 MG CAJA X 30 UNDS
77,850 3 0 0 233,550
240026-ARTRODAR CAPSULAS 50 MG CAJ
A X 30 UNDS
25,365 3 0 0 76,095

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,810,407
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,810,407
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,810,407 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 951-t

1
82858359
3165729452

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo FERNANDO A. DAVID identificado con cédula número 82858359, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 21-09-2026

32

Versión: 02
Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA	LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE				CEDULA 43065127			
CARNET	70559860				Fecha 18-sep-26			
GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS	VIA D E ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
VENLAFAXINA 150 MGR XR	EFEXOR XR	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 CAPSUNLA EN LA MAÑANA
PREGABALINA 75 MGR	LYRICA	CAPSULA	1 CAPSIULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVCENTA	1 CAPSULA EN LA MAÑANA
DIASCERINA 50 MGR	ARTRODAR	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 CAPSULA EN L A MAÑANA
HIALURONATO DE SODIO 4 MG/ML	SYSTANE	FRASCO	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 4 HORAS	90 DIAS	3 TRES	1 GOTA EN AMBO SOJOS, 6 VECES AL DIA
ACIDO POLIACRILICO GEL 2 %	ACRYLARM GEL	FRASCO	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 6 HORAS	90 DIAS	3 TRES	1 GOTA EN AMBOS OJOS 4 VECES AL DIA
FEXOFENADINA 120 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE
LORAZEPAM 2 MGR	ATIVAN	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30 TREINTA	1 EN LA NOCHE
LEVOMEPROMAZINA GOTAS		SOLUCION ORAL	20 GOTAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	1 UNO	20 GOTAS EN LA NOCHE
FUROATO DE FLUTICASONA	AVAMYS	SPRAY NASAL	2 PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	2 DOS	1 PUFF-EN CADA FOSA NASL EN LA NOCHE
NITAZOXANIDA 500 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HOAS	3 DIAS	6 SEIS	1 EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE POR 3 DIAS
ACETAMINOFEN 500/CAFEINA65	DOLEX FORTE0TABELTA	1 TABELTA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
PREGABALINA 150 MGR	LYRICA	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
ALGINATO D E SODIO/BICARBONATO D E CALCIO Y D E SODIO	GASTROFAST DOBLE ACCION	SACHET	1 SACHET	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL IA

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 995-T

luz Maira laverd
43.065.127

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
TELEFONO: 3016641104
APTO1302 SABANETA
CL 75 SUR # 42 - 97 URB. BANGKOK
CC 43065127
LAVERDE AGUIRRE MAIRA
DATOS DEL CLIENTE:
NIT: 8999990034-1
FORMULA: 9951
IMPOCONSUMO 0 0
EXENTAS: 394,380 0
EXCLUIDAS: 2,106,232 0
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
CAMBIO: 0
FORMA DE PAGO: CREDITO
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,500,612
-------[FORMAS DE PAGO]-------

luz Maira laverde
OBS: 43.065.127

CUFE: 518458b5b53b835f7143obbc4be66
189d7ef423a26026224c8837041010ee1d0
3d90887 1fdced092689d0f058ba3def9da

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA.43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192182
FECHA: 19-09-2026 11:52
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235696
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249168-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
52,590 3 0 0 157,770
249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,290 3 0 0 138,870
240026-ARTRODAR CAPSULAS 50 MG CAJ A X 30 UNDS
25,365 3 0 0 76,095
101219-FREEGEN PREPACK GOTAS OFTAL MICAS 0.5 % FRASCO 15+10ML
45,220 2 0 0 90,440
200017-ACRYLARM GEL OFTALMICO CAJA 10 G
59,739 3 0 0 179,217
213205-FEXOFENADINA MK TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
28,550 9 0 0 256,950
379002-ATIVAN DCONT TABLETAS 2 MG CAJA X 30 UNDS
59,820 1 0 0 59,820
028442-LEVOMEPROMAZINA HUMAX GOTAS 4% CAJA 20 ML
44,942 1 0 0 44,942
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.5 MCG CAJA 120 DOSIS
27,489 2 0 0 54,978
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
249467-LYRICA (RG) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
92,610 3 0 0 277,830
404375-GASTROFAST ADVANCE SOBRES 10 ML CAJA X 12 UNDS
51,288 15 0 0 769,320

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL : 2,500,612

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz M. Laverde 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. Laverde

FECHA Sept 19. 2026

33

Versión: 02
Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA	**LUZ MAIRA LAVERDE AGUIRRE**				**CEDULA 43065127**			
CARNET	**70559860**				**Fecha**	**18-sep-26**		
GENÉRICO	**COMERCIAL**	**PRESENTACION**	**DOSIS**	**VIA D E ADMINISTRACION**	**FRECUENCIA**	**TIEMPO**	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES**
VENLAFAXINA 150 MGR XR	EFEXOR XR	**CAPSULA**	1 CAPSULA	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 CAPSUÑLA EN LA MAÑANA**
PREGABALINA 75 MGR	LYRICA	**CAPSULA**	1 CAPSULA	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVCENTA**	**1 CAPSULA EN LA MAÑANA**
DIASCERINA 50 MGR	ARTRODAR	**CAPSULA**	1 CAPSULA	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 CAPSULA EN L A MAÑANA**
HIALURONATO DE SODIO 4 MG/ML	SYSTANE	**FRASCO**	1 GOTA	**OFTALMICA**	**CADA 4 HORAS**	**90 DIAS**	**3 TRES**	**1 GOTA EN AMBO SOJOS, 6 VECES AL DIA**
ACIDO POLIACRILICO GEL 2 %	ACRYLARM GEL	**FRASCO**	1 GOTA	**OFTALMICA**	**CADA 6 HORAS**	**90 DIAS**	**3 TRES**	**1 GOTA EN AMBOS OJOS 4 VECES AL DIA**
FEXOFENADINA 120 MGR	MK	**TABLETA**	1 TABLETA	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DIARIAMENTE**
LORAZEPAM 2 MGR	ATIVAN	**TABLETA**	1 TABLETA	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**30 DIAS**	**30 TREINTA**	**1 EN LA NOCHE**
LEVOMEPROMAZINA GOTAS		**SOLUCION ORAL**	20 GOTAS	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**1 UNO**	**20 GOTAS EN LA NOCHE**
FUROATO DE FLUTICASONA	AVAMYS	**SPRAY NASAL**	2 PUFF	**NASAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**2 DOS**	**1 PUFF EN CADA FOSA NASL EN LA NOCHE**
NITAZOXANIDA 500 MGR	MK	**TABLETA**	1 TABLETA	**ORAL**	**CADA 12 HOAS**	**3 DIAS**	**6 SEIS**	**1 EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE POR 3 DIAS**
ACETAMINOFEN 500/CAFEINA65	DOLEX FORTE0TABELTA	**1 TABELTA**	ORAL	**CADA 12 HORAS**	**90 DIAS**	**90 DIAS**	**180 CIENTO OCHENTA**	**2 AL DIA**
PREGABALINA 150 MGR	LYRICA	**CAPSULA**	1 CAPSULA	ORAL	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 EN LA NOCHE**
ALGINATO D E SODIO/BICARBONATO D E CALCIO Y D E SODIO	GASTROFAST DOBLE ACCION	**SACHET**	1 SACHET	ORAL	CADA 12 HORAS	**90 DIAS**	**180 CIENTO OCHENTA**	**2 AL IA**

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 995-T

GTH-F-005 V.01

luz Maira laverde
43.065.127

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR (ENVIGADO)
CRA 43 # 36SUR-68
TELEFONO: 4441400 - 6073802
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E328 1 A: E328 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E328192
421
FECHA: 21-09-2026 09:33
VENDEDOR: LEIDY MARCELA MONTOYA PAT
SECUENCIA: 1235935
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213536-NITAZOXANIDA MK TABLETAS 50
0 MG CAJA X 6 UNDS
51,079 1 0 0 51,079

---------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 51,079
----------[FORMAS DE PAGO]----- ----
MEDIO DE PAGO: CREDITO 51,079
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 51,079 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 995T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LAVERDE AGUIRRE MAIRA
CC 43065127
CL 75 SUR # 42 - 97 URB. BANGKOK
APTO1302 SABANETA
TELEFONO: 3016641104
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

Luz M. laverde
OBS: 43.065.127

CUFE: 2b927794c440b3a2d30aea960db6
b623d3743133c59c8caf06c6c11afdbc5b
123515bf96a1fd9cd0d77bfb2f13842db3

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz M. laverde 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. laverde

FECHA 22 sept. 2026

Luz M. laverde
43.065.127

Pasteur Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 18/Sep/026 CÉDULA: 43065127

USUARIO: Maira laverde A #ORDEN: 995-T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Nitazoxanida 500mg	1	21/09/026

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Marcela Montoya.	Envigado	6073802

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MALLERLYS TATIANA CARRASCAL DAVID	DOCUMENTO	1001028636
No. Carné	8110766	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
KETOCONAZOL 2% CREMA 30G	KETOCONAZOL 2% CREMA 30G	TUBO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 12 HORAS	14 DIAS	1	Aplicar en región de las lesiones cada 12 horas por 14 días.
ITRACONAZOL 100MG	ITRACONAZOL 100MG	TABLETA	2 TABLETA A	ORAL	CADA 24 HORAS	5	10	Dos tabletas diarias por 5 dias
ADAPALENO GEL 0.3% TUBO 30G	ADAPALENO GEL 0.3% TUBO 30G	tubo	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 12 HORAS	14 DIAS	1	Aplicar en región de las lesiones cada 12 horas por 14 días.

FORMULA

YAIS Yainis Castro B. 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1109-T

GTH-F-005 V.01

CC 81107L6
3146278550

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 18764113911329
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354262624
FECHA: 18-09-2026 14:12
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1401381
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

332078-KETOCONAZOL VITALIS CREMA 2 % CAJA X 1 UND
23,824 1 0 0 23,824
255094-ENITRAX (RG) CAPSULAS 100 MG CAJA X 30 UNDS
73,920 0 10 0 24,640
200993-ZUDENINA F GEL 0.3% CAJA 30 G
143,127 1 0 0 143,127

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 191,591
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 191,591
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	191,591	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1109-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARRASCAL DAVID MALLERLYS TATIANA
TI 1001028636
CR 108 # 105 - 66 BARRIO LAURELES
TELEFONO: 3146278550
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: CC 1081107660
3146278550

CUFE: 85ea89caeacb0bebf5b0227c1db0
dca0feab2126b0db70dfd0a03404b96c36
eb8cf6b5e4d5413c4b9c8df03ee0da5985



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Francisco Carrascal H identificado con cédula número 8110761, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 18-09/2016

37

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	CRISTINA ISABEL VILLERO ALVAREZ	DOCUMENTO	25952788
No. Carné	71939292-A	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ACETAMINOFEN/ CAFEINA 500/50MG	ACETAMINOFEN/ CAFEINA 500/50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	5 DIAS	15	TOMAR UNA CADA 8 HORAS

FORMULA

Dr. Yainis Castro B.

CODIGO: 1172-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Cristina Villero
25952788

3103743746

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 18764113911329
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354262
595
FECHA: 18-09-2026 10:37
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1401352
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

281013-DOLOFEN FORTE TABLETAS CAJA
X 60 UNDS
52,620 0 16 0 14,032

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 14,032
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 14,032
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 14,032 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1172-T -DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VILLERO ALVAREZ CRISTINA ISABEL
CC 25952788
AV LAS MARGARITAS N°96 A 50
TELEFONO: 3053601615
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Cristina Villero

25952788
OBS:

CUFE: 2512560a43d2be6a8c5004d71d34
fd2e9d0e4740629c5f6af3bc0143e0b5fd
0ea16a2d91abe890d4dd2723da8627322b

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cristina Jaramillo identificado con cédula número 25952788, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Cristina Jaramillo

FECHA 18 SEP 2026

40

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ELIZABETH DAVID	DOCUMENTO	30079690
No. Carné	8110766	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
GLIXAMBY TAB	EMPAGLIFOSINA 25MG/ LINAGLIPTINA 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA DESPUES DEL ALMUERZO.
ESOMED 20MG	ESOMEPRAZOL 20MG	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA SOBRE CADA 24 HORAS
ROSUVINA 40MG	ROSUVASTATINA Tableta 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR LA NOCHE
MILPAX SUSPENSION ORAL360ML	ALGINATO DE SODIO	FRASCO	10 CC	ORAL	CADA 8 HORAS	30 DIAS	1	TOMAR 10CC DESPUES DE CADA COMIDA
SIMPAUSE 100MG	ISOFLAVONA DE SOYA 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA ACDA 24 HORAS
QUANOX 0.6% SOLUCION ORAL FCO X 5ML	IVERMECTINA 0.06%	FRASCO	60 GOTAS	ORAL	DOSIS UNICA	N/A	1	TOMAR 60 GOTAS DOSIS UNICA
ACID MANTLE PRO B5 LOCION CORPORAL X 200ML	DEXPANTENOL/VITAMINA B3, LIPIDOS NATURALES/ GLICERINA	FRASCO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 24 HORAS	30 DIAS	1	APLICAR EN ZONAS DE RESEQUEDAD CADA 24 HORAS
LEGABIN TABLETAS	PREGABALINA 75MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE A LAS 7PM-

FORMULA

YAIRA PATRICIA CASTRO BARRIOS 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1534-T

GTH-F-005 V.01

Fco
8110766
3146278530

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 18764113911329
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354262
808
FECHA: 19-09-2026 08:30
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1401565
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253021-GLYXAMBI (RG) TABLETAS RECU
BIERTAS 25/5 MG CAJA X 30 UNDS
336,510 1 0 0 336,510
100251-GLYXAMBI INST (RG) TABLETAS
RECUBIERTAS 25/5 MG CAJA X 30 UNDS
336,510 2 0 0 673,020
240176-ESOMED CAPSULAS 20 MG CAJA
X 28 UNDS
163,159 3 0 0 489,477
177094-ROSUVINA TABLETAS 40 MG CAJ
A X 30 UNDS
76,659 3 0 0 229,977
107490-MILPAX SUSPENSION CEREZA FR
ASCO 360 ML
79,470 1 0 0 79,470
055729-SIMPAUSE CAPSULAS 100 MG CA
JA X 30 UNDS
148,440 3 0 0 445,320
084183-QUANOX GOTAS 0.6 % FRESA CA
JA 5 ML
44,048 1 0 0 44,048
024121-ACID-MANTLE PRO B5 HIDRATAN
TE CORPORAL FRASCO 200 ML
62,670 1 0 0 62,670
177443-LEGABIN(RG) CAPSULAS 75 MG
CAJA X 30 UNDS
53,188 3 0 0 159,564

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 2,520,056
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,520,056
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 52,664 10,006
EXCLUIDAS: 2,457,386 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1534-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DAVID ELIZABETH
CC 30079690

CR 108 # 105 - 66 BARRIO LAURELE
S
TELEFONO: 3146278550
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Dco
78110766
3146278886

CUFE: b1982a7b299561bf210043b8d1c7
d66f419f933023dc0a5f10086b18f57922
4b9d899e8fc26e0d7cf193899b487e3290

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Francisco Carrasco M identificado con cédula número 8110726, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 19-09-2026

43

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	DAISSY JONIS DURAN IBARRA	DOCUMENTO	21880659
No. Carné	39306085-A	Fecha	21-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ATORVASTINA 40MG MK	ATORVASTATINA CALCIO TRIHIDRA 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
AMLODIPINO 5MG MK	AMLODIPINO 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CARVEDILOL 12.5MG	CARVEDILOL 12.5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS.
ESPIRONOLACTONA 25MG	ESPIRONOLACTONA 25MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
FUROSEMIDA 40MG	FUROSEMIDA 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
FORXIGA 10 MG	DAPAGLIFLOZINA 10MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
XARELTO 20MG	RIVAROXABAN 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
TEROVAN 50	SACUBITRILO + VALSARTÁN 24mg/26mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1604-T

GTH-F-005 V.01

Olga Quijada P.
39306085
3218304193

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 18764113911329
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354263
467
FECHA: 21-09-2026 13:02
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1402224
CODIGO-NOMBRE
V.UNI- ENT FRA DTO PARCIAL

213214-ATORVASTATINA MK TABLETAS 4
0 MG CAJA X 30 UNDS
78,360 3 0 0 235,080
213311-AMLODIPINO MK TABLETAS 5 MG
CAJA X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
169081-CARVEDILOL WINTHROP (RG) TA
BLETAS 12.5MG CAJA X 30 UNDS
16,500 6 0 0 99,000
169182-ESPIRONOLACTONA GENFAR TABL
ETAS 25 MG CAJA X 20 UNDS
27,740 4 10 0 124,830
115101-FUROSEMIDA MK INST. TABLETA
S 40 MG CAJA X 300 UNDS
26,700 0 80 0 7,120
121076-FUROSEMIDA GENFAR TABLETAS
40 MG CAJA 100UNDS
14,700 0 10 0 1,470
138121-FORXIGA (RG) TABLETAS 10 MG
CAJA X 28 UNDS(PF)
77,034 3 0 12,163 231,101
043920-XARELTO (RG) COMPRIMIDOS 20
MG CAJA X 14 UNDS(PF)
67,414 6 0173,351 404,485
355736-TEROVAN (RG) TABLETAS 50 MG
CAJA X 30 UNDS(PF)
88,954 6 0177,908 533,722

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,704,038
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,704,038
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,704,039 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1604-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DURÁN IBARRA DAISSY JONIS
CC 21880659

CR 104B # 109A - 28 BARRIO EL ES
TADIO
TELEFONO: 3218304193
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Alba Acuña 3230608 3218304193

CUFE: ab31dd8640f5127dff8e65dce67
397fd2a836c227662912d1d6od33e92622
e9b080eb073c18d9fd31b72e26a8aa987f



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Daissy Duron identificado con cédula número 2188 0659, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Olga Quijada P.

FECHA 21-09-2026

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**JESSICA BENITEZ ARBOLEDA**	**DOCUMENTO**	**1028016980**
No. Carné	71240134-C	**Fecha**	25-Sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
FENOFIBRATO 200MG	FENOFIBRATO 200MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 2012-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Juan Camilo
1.143.834.957
3002819757

47

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 18764113911329
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E354 1 A: E354 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E354264
429
FECHA: 25-09-2026 13:04
VENDEDOR: ERIKA DAYANA JIMENEZ ROJO
SECUENCIA: 1403186
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

216539-NORTRICOL CAPSULAS 200 MG C
AJA X 20 UNDS
20,600 4 0 0 82,400
216537-NORTRICOL CAPSULAS 200 MG C
AJA X 10 UNDS
10,300 1 0 0 10,300

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 92,700
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 92,700
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	92,700	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 2012-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARBOLEDA BENITEZ JESSICA
CC 1028016980
AV 74A N # 107A OESTE - 44
TELEFONO: 3135179074
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: af4ee5ec267dfdbda69e1e6bc2f
e038f0095377fa5451b639e076c554cdf0
89eef92fa77489b7077d31beebb6e6792



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan Camilo Ospina identificado con cédula número 1212401354, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 25/09/2026

Versión: 02
Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA	**DORA CECILIA ISAZA CADAVID**	**CEDULA 39351406**	
CARNET	**8289282**	**Fecha 18-sep-26**	

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
FEXOFENADINA 120 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 TABLETA DIARIAMENTE EN LA MAÑANA
TRAZODONA 50 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 TABLETA EN LA NOCHE
ACETAMINOFEN500/CAFEINA 65	DOLEX FORTE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	60 SESENTA	2 ALD IA EN CASO D E DOLOIR
CARBONATO D E CALCIO600/VITAMINA D400	CALTRATE D	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 TABLETA DIARIAMENTE

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 1000-T

Dora Isaza C.
C.C. 39351406

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 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
300
FECHA: 19-09-2026 18:21
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300235
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
12,570 1 0 0 12,570
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 1 10 0 131,460
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
59,220 3 0 0 177,660

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 321,690
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 321,690
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 190,230 0
EXENTAS: 131,460 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1000-T DOMICLIO SENA
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ISAZA CADAVID DORA CECILIA
CC 39351406
CL 29 # 53 - 24 BELLO CABAÑAS
TELEFONO: 3154642514
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: Dora Isaza C.
C.C. 39351406

CUFE: 8bd564829bd8518869b1da072e4b
9346b3e33093584bb041844ddb760515d6

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA Dora Isaza C.

FECHA 20/09/2026

SL

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
878
FECHA: 21-09-2026 16:36
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300813
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213205-FEXOFENADINA MK TABLETAS 12
0 MG CAJA X 10 UNDS
28,550 8 0 0 228,400
213242-TRAZODONE HCI MK TABLETAS 5
0 MG CAJA X 50 UNDS
112,650 1 40 0 202,770

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 431,170
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 431,170
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 431,170 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1000-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ISAZA CADAVID DORA CECILIA
CC 39351406
CL 29 # 53 - 24 BELLO CABAÑAS
TELEFONO: 3154642514
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: Dora Isaza C.
C.C. 39351406

CUFE: 6dbba1dbd803321586d70c523b1c
442de01286605b323813617e4022ea5446
09dcb965be893d9c750a288f368ffdaf78

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA Dora Isaza C.

FECHA 21/09/2026



52

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	FANNY ROCIO JARAMILLO MESA	DOCUMENTO	21632175
No. Carné	8284953-C	Fecha	18-Sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
LOSARTAN 50MG	LOSARTAN POTASICO 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ZETIA 10MG	EZETIMIBA 10MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
DOLEX 500MG	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR CADA 12 HORAS POR DOLOR
Gastrofast Advance	Alginato de sodio, Bicarbonato de sodio, Magaldrato,	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UN SOBRE DESPUES DE CADA COMIDA PRINCIPAL SOLO POR SINTOMAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1064-T

GTH-F-005 V.01

Fanny Rocio Jaramillo Mesa
CC. 21'632.175

Factura original con Firma de paciente

53

DIS RA PASTEUR
1603-1
FA BELL
49 72
TELEF O: 9259
SPONSA IV
GRANDES RIBBY RES 2509/93
18 99
FA 2026
2028
DE: 33 1000000
AUTORE 966 11/01/1989
IVA

FACT. ENTA: E333525
214
FECHA:
IDED INEZ DOMINGUEZ
UEN
IGO MBRE
V NI ENT DTO PARCIAL

115109 ST. TABLE AS
50 MG AJA
49,6 29,79
365296- ETAS 10 MG C
AJA
115 446 3 346,320
1002 -F EX RAPID VANZ INS
T. AS 500 MG 00 UNDS
121, 80 18,1 0
1002 -GASTROFAST KST ME
NTA CAJA X 12 SACh
46,836 7 6 1,270

---[TOTAL DE A]---
TOTAL: 945,540
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 945,540
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 945,540 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1064-T DOMICILIO S.A.
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO FANNY
CC 21632175
CR 64 # 96A - 318 BL 2A APA
R 204
TELEFONO: 3042253216
USTED HACE PARTE DEL TEUR
POLITICA DE PROTECCIO DATOS
www rmaciaspaste co
Sistema POS pr
PROVEEDOR TECNOL GI :
eFactura cadena. NIT: 90. 30.534-0
DATOS DEL MEDICO

CASTRO BARRIOS YAINIS PATR
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Fanny R. Jaramillo Mesa
OBS: 21'632 175

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fanny R. Jaramillo H. identificado con cédula número 21.632.125, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Fanny Jllo M.

FECHA Sep. 19 - 2026

copia

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 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
214
FECHA: 19-09-2026 14:55
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300149
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS
50 MG CAJA X 150 UNDS
49,650 0 90 0 29,790
365296-ZETIA (RG) TABLETAS 10 MG C
AJA X 30 UNDS
115,440 3 0 0 346,320
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INS
T. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 1 80 0 218,160
100280-GASTROFAST ADVANCE INST. ME
NTA CAJA X 12 SACHET
46,836 7 6 0 351,270

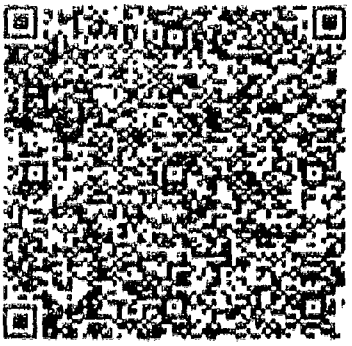
---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 945,540
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 945,540
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 945,540 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1064-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
JARAMILLO FANNY
CC 21632175
CR 64 # 96A - 318 BLOQUE 2A APA
R 204
TELEFONO: 3042253216
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: e385679ea68a5081c3398638279f

da92c2097055960f63c56e08f0cb475ff6
6c84931dcd2987807b964371f063455eb4



55

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	SUSANA HURTADO CAVAJAL	DOCUMENTO	1011511903
No. Carné	43437835-F	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
FEXOFENADINA 120MG	FEXOFENADINA 120MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	10 DIAS	10	TOMAR UNA CADA NOCHE
FUROATO DE MOMETASONA 0.05%, SPRAY NASAL MK.	FUROATO DE MOMETASONA 0.05%	FRASCO	2PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	10 DIAS	1	HACE 2 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA NOCHE POR 10 DIAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1101-T

GTH-F-005 V.01

Yainis Castro
43437835

Factura original
con Firma de paciente

copia de la Formula
Factura ya que la 56
inicial Firmada
esta borrosa

DISTRIBUIDORA PASTE
[illegible]90941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
[illegible]ORES RES 1366 11/01/1989
[illegible]ENEDORES DE IVA

F[illegible]ONICA DE VENTA: E333325
10
FE[illegible] 09-[illegible]26 10:25
VE[illegible] DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
S[illegible]: 2300038
CODIGO-NOMBRE
[illegible]NT FRA DTO PARCIAL

683[illegible] 6-[illegible]OFENADINA LA SANTE INST.
TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,830 1 0 0 8,830
213197-MOMETASONA MK SPRAY NASAL 0
.05% CAJA 18 G
109,845 1 0 0 109,845

[illegible]TOTAL DE FACTURA]
TOTAL: 118,675
[illegible]FORMAS DE PAGO]
MEDIO DE PAGO: CREDITO 118,675
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
[illegible]RESUMEN DE IMPUESTOS]
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 118,675 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1101-T DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HURTADO CARVAJAL SUSANA
CC 1011511903
CL 111E # 64 - 52 TOZCANA
TELEFONO: 4611868
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspa[illegible]sur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

[illegible]TRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
[illegible]CIALIDAD
[illegible]GENERAL

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
103
FECHA: 19-09-2026 10:25
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300038
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683116-FEXOFENADINA LA SANTE INST.
TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,830 1 0 0 8,830
213197-MOMETASONA MK SPRAY NASAL 0
.05% CAJA 18 G
109,845 1 0 0 109,845

[TOTAL DE FACTURA]
TOTAL: 118,675
[FORMAS DE PAGO]
MEDIO DE PAGO: CREDITO 118,675
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
[RESUMEN DE IMPUESTOS]
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 118,675 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1101-T DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HURTADO CARVAJAL SUSANA
CC 1011511903
CL 111E # 64 - 52 TOZCANA
TELEFONO: 4611868
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspa[illegible]sur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

[illegible]TRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
[illegible]CIALIDAD
[illegible]GENERAL

OBS: 43437.85

CUFE: 90b[illegible]b042[illegible] [illegible] 1 62818e
0eb1400d827ba1[illegible] [illegible]3[illegible]b02c7d4
6obf45c489bf85a[illegible]80[illegible]2b84b82

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGION ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Edith Carvajal Catano identificado con cédula número 43437885, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 sept. 2026

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ROCIO FLOREZ MORENO	DOCUMENTO	42759634
No. Carné	15482391C	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
EZATOR 10/40MG	EZETIMIBA /ATROVASTATINA CALCIO 10/40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
SYSTANE ULTRA (0.4-0.3%)FCO X 10ML.	POLIETILENGLICOL/PROPILEN GLICOL	FRASCO	2 GOTAS	OFTALMICA	CADA 6 HORAS	90 DIAS	3	1 GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1281-T

GTH-F-005 V.02

Rocio Flores
42759634

58

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325823
FECHA: 21-09-2026 15:01
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300758
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116800-SYSTANE ULTRA INST. GOTAS OFTALMICAS CAJA 10 ML
56,542 3 0 0 169,626

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 169,626
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 169,626
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	169,626	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1281-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FLOREZ MORENO ROCIO
CC 42759634
DG 58CC # 27B - 61 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 3146675366
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Rocio Flores
OBS: 42759634

CUFE: 74af0751cdcc867d4b9e7b28d49c
ae7fce7c4bd49cee1678e59743f4827ad7
351b5f908837f389f6cd407a76bd240afc

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocio Flores identificado con cédula número 42759634, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A.

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

FIRMA Rocio Flores

FECHA 09.21.26

23
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 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
222
FECHA: 22-09-2026 18:42
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2301157
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

355000-COLMIBE TABLETAS 40/10 MG C
AJA X 30 UNDS
193,476 3 0 0 580,428

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 580,428
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 580,428
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 580,428 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1281-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FLOREZ MORENO ROCIO
CC 42759634
DG 58CC # 27B - 61 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 3146675366
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciapasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: ROGO FLOREZ 42759634

CUFE: 49414bbda1df7d9bd14730114999
0250c16bf1a45877fe5a0e2bce74287e87
564b0d1d589f749426395c87e31cfd0a66

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocio Florez Moreno identificado con cédula número 42759604, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Rocio Florez

FECHA Sep 22/26



Pasteur
Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 21/9/26 CÉDULA: 42759634

USUARIO: Rocio Florez # ORDEN: 1281-T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Ezator 10/40	90 tbs	agotado
Doctora Yaima autoriza cambio por colmibe	10/40	

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
- Angi Correa	Pi. Bello	3014388971

Distribuidora Pasteur S.A.

Punto Bello <bello@pasteur.com.co>

RV: Formula Rocio Florez Moreno

1 mensaje

Servicio Medico Asistencial <sma.antioquia@sena.edu.co> 22 de septiembre de 2026 a las 7:50
Para: Punto Bello <bello@pasteur.com.co>

Buenos días, Se autoriza cambio.

De: Punto Bello <bello@pasteur.com.co>
Enviado: lunes, 21 de septiembre de 2026 7:36 p. m.
Para: Servicio Medico Asistencial <sma.antioquia@sena.edu.co>
Asunto: Re: Formula Rocio Florez Moreno

Cordial saludo.

La presente es para solicitar el cambio del medicamento ezator 10/40 mg por colmibe 10/40mg que tiene el mismo principio activo y concentración, esto debido a que el producto ya no cuenta con un registro sanitario activo. Adjunto la información del Invima.

19931162	EZATOR® 10/40	INVIMA 2021M-0007382-R1	Perdida Fuerza Ejec	2028-04-18	FABRICAR Y VENDER	LABORATORIO FRANCO COLOMBIANO LAFRANCOL S.A.S.	Sin documentos
19901162	EZATOR® 10/40	INVIMA 2021M-0007382-R1	Perdida Fuerza Ejec	2028-04-18	FABRICAR Y VENDER	LAFRANCOL INTERNACIONAL S.A.S.	Sin documentos

Muchas gracias. Feliz tarde.

4-4
61

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	AMPARO CAMPO ZAPATA	DOCUMENTO	26259377
No. Carné	8307464C	Fecha	18--sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
MICARDIS AMLO 80MG/5MG	TELMISARTAN 80MGAMLODIPINO BESILATO 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR CADA 24 HORAS
ATORVASTATINA 40MG	ATORVASTATINA 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE.
DOLEX AVANZADO 500MG	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR CADA 12 HORAS SOLO POR DOLOR
SINALGEN 5/325MG	HIDROCODONA Bitartrato+ACETAMINOFEN (5+325)	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS, SOLO POR DOLOR INTENSO.
NATRILIX SR 1.5MG	INDAPAMIDA 1.5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR CADA 24 HORAS
SERTRALINA 50MG	SERTRALINA Clorhidrato 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
CITRAGEL 315MG+200UI	CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	TABLETA	2 TABLETAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR 2 TABLETAS JUNTAS A LAS 2PM.
GLUCOSAMINA+CONDROITINA POLV	GLUCOSAMINA SULFATO 1500MG CONDROITINA SODIO SULFATO 1200MG Polvo para Solución	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA SOBRE DIARIO A LAS 10AM.
PANTOPRAZOL 40MG	PANTOPRAZOL SODIO SESQUIHID 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO
ARTRITES GEL TOP 1%	DICLOFENACO SODIO 1% Gel	TUBO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR EN ARTICULACIONES AFECTADAS POR EL DOLOR, DOS VECES AL DÍA
MELATONIN 3 MG	MELATONINA 3MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE.

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1285-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Amparo Campo Z
26259377

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
288
FECHA: 19-09-2026 17:47
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300223
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253473-MICARDIS AMLO (RG) COMPRIMI
DOS 80/5 MG CAJA X 28 UNDS
78,960 3 0 0 236,880
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INS
T. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 1 80 0 218,160
115800-SINALGEN INST. TABLETA 5MG
/325 MG CAJA X 90 UNDS
151,830 1 0 0 151,830
555126-NATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
11,190 3 0 0 33,570
662017-ZOLOF INST. 50 MG CAJA X 30
UNDS
184,590 1 0 0 184,590
117400-PANTOCAL MOMENTA INST. TAB
LETAS 40 MG CAJA X 28 UNDS
20,793 3 0 0 62,379
069016-ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUB
O 50 G
22,970 1 0 0 22,970
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
61,560 1 0 0 61,560

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 971,939
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 971,939
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 971,939 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1285-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAMPO ZAPATA AMPARO
CC 26259377
GIRARDOTA VEREDA MANFA ARRIBA
TELEFONO: 3218217903
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Amparo Campo S identificado con cédula número 26259377, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 20-9-26

CUFE: 9b78660aae7864634b4f725b9e59b3dca2824 7b84628d73cb28a9d3487d6b1162da1211c1d705a1c3c756d6f613cecec

OBS: 26259377

Amparo Campo

MEDI.GENERAL
ESPECIALIDAD
CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA

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

2-4
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 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
882
FECHA: 21-09-2026 16:39
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300817
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

069016-ARTRITES GEL TOPICO 1 % TUB
O 50 G
22,970 2 0 0 45,940
093029-ATORVASTATINA ECAR+++ TABLE
TAS 40 MG CAJA X 10 UNDS
9,510 9 0 0 85,590
662017-ZOLOF INST. 50 MG CAJA X 30
UNDS
184,590 2 0 0 369,180

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 500,710
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 500,710
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 500,710 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1285-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAMPO ZAPATA AMPARO
CC 26259377
GIRARDOTA VEREDA MANFA ARRIBA
TELEFONO: 3218217903
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Amparo Campo Z 26259377

CUFE: a64b22c320ea8774fb9716a304fc
6e610e524ebf01722c2adc59bf26a4c520
41565ba79bbde07be571e1d8470bf2cc32

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Ompano Castro identificado con cédula número 1262593747, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 22-09-26

3-4
64

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
924
FECHA: 21-09-2026 17:52
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300859
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
40,560 6 0 0 243,360
100218-FLEXTRIL C MSM (RG) INST. S
OBRES PARA RECONSTITUCIÓN ORAL CAJA :
87,750 6 0 0 526,500

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 769,860
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 769,860
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 769,860 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1285-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAMPO ZAPATA AMPARO
CC 26259377
GIRARDOTA VEREDA MANFA ARRIBA
TELEFONO: 3218217903
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Amparo Zapata
26259377

CUFE: d48ea86911b7dbdb6b70792de3b1
8b06e636d9f2cd49705320cf4764052d8a
68c26b3e8e29a5bedc5e1374dbd747fda1



Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	SOFIA ESCOBAR SEPULVEDA	DOCUMENTO	32308056
No. Carné	8248121C	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
DIOVAN 80MG TNR	VALSARTAN 80MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR CADA 24 HORAS
NATRILIX S.R. 1.5MG	INDAPAMIDA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR CADA 24 HORAS
EUTIROX® 50 MCG	LEVOTIROXINA SODICA 50mcg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO
VICTOZA 6MG/ML	LIRAGLUTIDA 3MG/ML	PLUMA	0.6MG	SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	6	APLICAR 0.6MG SUBCUTANEOS CADA 24 HORAS
FENOVAS 10MG	ACIDO FENOFIBRICO 135MG/ ROSUVASTATINA 10MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
DEFEROL 2000UI	VITAMINA D 3 2000UI	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR A LAS 10AM.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1292-T

GTH-F-005 V.01

Diegospinal.

8.248.121 - Mde.

23
66

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941660 1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1.56 11/01/1989
RETENEDORES DL IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
277
FECHA: 19-09-2026 17:18
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300212
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

555126-DATRILIX SR (RG) TABLETAS 1
.5 MG CAJA X 30 UNDS
11,190 3 0 0 33,570
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 M
CG CAJA X 50 UNDS
7,650 2 0 0 15,300
116507-FENOVAS INST CA S BLAND
AS 10MG/135MG CAJA X 30 UNDS
242,820 3 0 0 728,460
116516-DEFEROL CBG (VITAMINA D3) IN
ST, CAPSULAS BLANDAS 2000 UI CAJA X
45,360 1 30 0 68,040
832500-VICTOZA CF (RG) SOLUCION IN
YECTABLE 6 MG CAJA 3 ML X 1
160,710 6 0 0 964,260

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,809,630
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,809,630
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,809,630 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1292 DOMICILIO SEN
NIT: 89999903-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR SEPULVEDA SOFIA
CC 32308056
CL 27 # 53 - 22 CABAÑAS
TELEFONO: 2750158
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 830.930.634-0
DATOS DEL MEDICO

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENE

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Diego Ospina V identificado con cédula número 8245121, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Diegoospinav

FECHA 19-10-2026

23
67

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
905
FECHA: 21-09-2026 17:23
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300840
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

067036-DIOVAN TABLETAS 80 MG CAJA
X 28 UNDS
20,698 3 0 0 62,094

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 62,094
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 62,094
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 62,094 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1292-T DOMIILIO SENA
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ESCOBAR SEPULVEDA SOFIA
CC 32308056
CL 27 # 53 - 22 CABAÑAS
TELEFONO: 2750158
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Sofia 49 ab 78.
32308056

CUFE: 8655a117119591538df5a1e8e1a3
bf814d1ad1ccf4451bcf492a0f66e687ac
a3ee3e9617e9266ab2b6b5cb84b0b6de23

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sofia Escobar identificado con cédula número 1323080356, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Sofia Escobar S.

FECHA Sep. 21 2026.

66

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	LUISA FERNANDA OSPINA ESCOBAR	DOCUMENTO	1042065771
No. Carné	8248121H	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
DESLORATADINA 5MG	DESLORATADINA 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
FACETIX MINI 2MG/0.20MG CJX28TR	CIPROTERONA ACETATO 2MG ETINILESTRADIOL 0.20MG	CAJA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
EUTIROX® 75 MCG	LEVOTIROXINA SODICA 75mcg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1293-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Diégo Ospina

CC. 8248.121.

copia de la factura original, para identificar bien los Medicamentos

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
133
FECHA: 19-09-2026 11:43
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300068
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

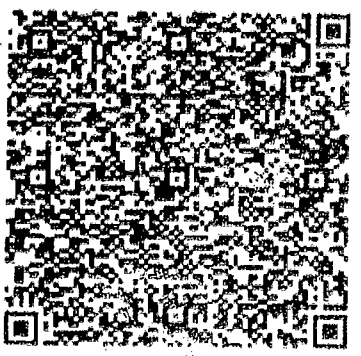
600349-DESLORATADINA GENFAR INST.
TABLETAS 5 MG CAJA X 10 UNDS
5,810 9 0 0 52,290
327190-FACETIX MINI 20 (RG) TABLET
AS CAJA X 28 UNDS
9,156 3 0 0 27,468
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
18,900 2 0 0 37,800

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 117,558
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 117,558
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 117,558 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1293-T DOMICILO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSPINA ESCOBAR LUISA FERNANDA
CC 1042065771
CL 27 # 53 - 22 CABAÑAS 31477803
57
TELEFONO: 2750158
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: e95845ca48cc1860bdfb33a7575d
93cf628e10572653ae6c223d025a61230b
33f07ff7fbc276718f03e4d6a54bfb942c



Factura orginal con Firma del paciente

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
A... NIT 18764113907 9
F... I... 2-08 ...
(A... 11 ...
De E333 1 / E33... ...0
AUTORETENEDORES RES ...6 .../1989
RETENEDORES DE IV.

FACT. ELECTRONICA DE V... ... 33325
133
FECHA: 19-09-2026 11 ...
VEN...DOR: DI...NA M... ...GUEZ
SECU...TA: 2 ...
COD ...-N DIRE...
V.U. ... NT ...AE ...TO ...

...0034...-DE...LOR ... IN... SE... ...ST.
TABLETIAS ... MG ...5 ... ...
5,810 9 90
...27190-FACETIX MIN 2... ... ...ET
AS CAJA X 28 UNDS
9,... 3 0
115400-E...TIRO... INST. ... M
CG CAJA ... 50 UNDS
18,59... 2 0 ... ...

------- TOT... DE ... -------
TOTAL: ...,55...
------- [FO... ... DE PA... -------
MEDIO D... AGO: CREDITO ...7,558
FORMA DE AGO: CREDITO
CAMBIO: 0
------- RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 17,558 0
IMPOCONSUMO / 0 0
FORMULA: 1253-T DOMICILO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSPINA ESCOBAR LUISA FERN...NDA
CC 1042065771
CL 27 # 53 - 22 CABAÑAS 3147803
57
TELEFONO: 2750158
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION D... DATOS
www.farmacias...steur.com
Sis...ma POS prop...
PROVE...OR TECNOLOG...
eFactura cadena. NI... 89... ... ...
DATOS DEL MEDICO

CAST... ...OS YAL... ...
EF... ...D
M... GENERAL Diegospinav.
...
c.c. 1248121,

OBS:

CUFE: e95845ca48c... ...60bdf853e... ...3d
93 ...29 10572653... 6e223d025a61... 0b

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Diego Ospina V. identificado con cédula número 3248121, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Diegospina V

FECHA 19-10-2026

	Versión: 02 Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA	**MARIA ISABEL HENAO MARIN**				**CEDULA 43420315**			
CARNET	**15504904**				**Fecha 18-sep-26**			
GENÉRICO	**COMERCIAL**	**PRESENTACION**	**DOSIS**	**VIA DE ADMINISTRACION**	**FRECUENCIA**	**TIEMPO**	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES**
PROTECTOR SOLAR 50 +	SOLOR GEL	**GEL**	1 APLICACIÓN	**TOPICA**	**CADA 12 HORAS**	**90 DIAS**	**1 UNO**	**APLICAR EN CADERA INTRAMUSCULAR DIA POR MEDIO**
ROSUVASTATINA 20 M	MK	**TABLETA**	1 TABLETA	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DIARIA EN L ANOCHE**
CARBONATO D E CALCIO600/VITAMINA D 400UI	CALTRATE D	**TABLETA**	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DESPUES DEL ALMUERZO**
VITAMINA D 3 2000UI	FARMA D	**CAPSULA**	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DESPUES DEL DESAYUNO**
VITAMINA E 1000UI	EGOGYN	**CAPSULA**	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	
ACETAMINOFEN 500/CAFEINA 65	DOLEX FORTE	**TABLETA**	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS		**180 CIENTO OCHENTGA**	**2 AL DIA**
ESTROGENOS CONJUGADOS 0.625		**TABLETA**	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DIARIAMENTE**
CARBOXIMETILCELULOSA GOTAS 0.5%	FREEGEN 0.5	**GOTAS**	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	**90 DIAS**	**3 TRES**	**EN AMBOS OJOS 3 VECES AL Dia**
COMPLEJO B	NEUROBION	**JERINGA PRELLENADA**	1 APLICACIÓN	INTRAMUSCULAR	CADA 48 HORAS	**12 DIAS**	**6 SEIS**	**APLICAR EN CADERA INTRAMUSCULAR DIA POR MEDIO**
				POR 3 MESES				

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 1358-T

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
269
FECHA: 19-09-2026 16:59
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300204
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

286010-SOLOR REPAIR PROTECTOR SOLA
R SPF 50+ TUBO 100 G
151,813 1 0 0 151,813
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
186,180 3 0 0 558,540
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
59,220 3 0 0 177,660
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS
2000 UI FRASCO X 30 UNDS
84,120 3 0 0 252,360
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
669548-FREEGEN INST. (CARBOXI) SOL
UCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
63,773 3 0 0 191,319
203521-NEUROBION DC J.PRELLENADA
10000 CAJA X 3 UND
210,609 2 0 0 421,218

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,147,290
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,147,290
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 127,574 24,239
EXCLUIDAS: 1,601,097 0
EXENTAS: 394,3[illegible]0 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 135 [illegible] DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO MARIN MARIA ISABEL
CC 43420315
CR 47 # 50 - 106 BARRIO LA PEDRE
RA COPACABANA
TELEFONO: 6003335
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur.com.co
Sistema POS propio

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Emilse Arango E identificado con cédula número 43.434.764, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 20/09/2026.

PROVEEDOR TECNOLOGICO:
efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO:
LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Luz Emilse Arango
OBS: 43.434-764
CUFE: 4c59c43b59b11666aadba3f49e
95091462f4825ocas5fc3be8735d79f1b0
2f09f087c9704496e- b7f64e3ee16fd5

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
836
FECHA: 21-09-2026 15:25
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300771
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600167-EGOGYN INST. CAPSULAS BLAND
AS 1000 UI CAJA X 30 UNDS
80,910 3 0 0 242,730
842009-FEVENY (RG) TABLETAS RECUBI
ERTAS 0.625 MG CAJA X 28 UNDS
26,693 3 0 0 80,079

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 322,809
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 322,809
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 322,809 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1358-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HENAO MARIN MARIA ISABEL
CC 43420315
CR 47 # 50 - 106 BARRIO LA PEDRE
RA COPACABANA
TELEFONO: 6003335
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: 169c0dca12b4cc6de371c41a7e5c
16974963c69af340d02e925af7e98e07a3
58cb955863902dc24b8956858ebaf8aaba

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Santiago Rivera Herrera identificado con cédula número 1037442335, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 22/09/2026

74

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**OLGA AMPARO LLANO D E TEJADA**	**CEDULA 32309153**	
No. Carné	8387919	**Fecha**	**23-sep-26**

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
N- ACETIL CISTEINA 600 MG	FLUIMUCIL	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30 TREINTA	1 SOBRE DILUIDO EN AGUA DIARIAME

TRANSCRIPCION
NEUMOLOGIA

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

CODIGO:1397-T

GTH-F-005 V.01

Olga Amparo Llano
32309153 Bello

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
618
FECHA: 24-09-2026 08:50
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2301553
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

155039-FLUIMUCIL SOBRES 600 MG NAR
ANJA CAJA X 10 UNDS
46,770 3 0 0 140,310

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 140,310
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 140,310
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 140,310 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1397-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LLANO DE TEJADA OLGA AMPARO
CC 32309153
AV 40 # 51 - 110 APTO 1410 TORRE
3 NIQUIA NUEVO MILENIO
TELEFONO: 3006139083
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: Olga Amparo Llano 32309153

CUFE: 12a6f676cc07b30d91d10f718a64
02d0584ec8edfaed19b7a61f5e6fbcd18d
8ef836c5287a76d5bf8340f5b6f9cc011c



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Olga Amparo Llano identificado con cédula número 32309153, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Olga Amparo Llano

FECHA 24-09-26

76

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**DAMARIS BARRIENTOS GALLEGO**	**DOCUMENTO**	**43905762**
No. Carné	71193064-C	**Fecha**	18-Sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
MELATONIN 3 MG TNR	MELATONINA 3MG	TABLETA	6 TABLETAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	540	TOMAR 6 TABLETAS CADA NOCHE, ENVIADA POR ESPECIALISTA.
DOLEX FORTE NF 500/65MG	ACETAMINOFEN/CAFEINA 500/65MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR CADA 8 HORAS SOLO DOLOR.
Gabapentina 300 mg Cápsula	Gabapentina 300 mg Cápsula	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA CADA NOCHE.
Meloxicam 15 mg Tableta	Meloxicam 15 mg Tableta	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1432-T

GTH-F-005 V.01

43905762

copia de Factura original

77

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
211
FECHA: 19-09-2026 14:46
VENDEDOR: YULIANA PAOLA ZUÑIGA ACOS
SECUENCIA: 2300146
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
61,560 5 0 0 307,800
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 5 20 0 591,570
115109-GABAPENTIN MK INST. (RG) CA
PSULAS 300 MG CAJA X 30 UNDS
13,230 1 0 0 13,230
213102-MELOXICAM MK TABLETAS 15 MG
CAJA X 10 UNDS
12,470 3 0 0 37,410

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 950,010
-----------[FORMAS DE PAGO]-----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 950,010
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 358,440 0
EXENTAS: 591,570 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1432-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BARRIENTOS DAMARIS
CC 43905762
DG 75C # 33A - 18 EDIFICIO MURAN
O APT 1002
TELEFONO: 3004976120
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 2bd2956ddedf5fd8adfddc1f7cd1
e721c6484f356d71172b2aa8326a947feb
cf1e903abe711059f14274feb104a4ffc8



Factura orginal con firma del paciente 78

DISTRIBUIDORA PASTEUR
[illegible]1663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA [illegible] # 49-72
TEL [illegible] 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2025
HASTA 11-02-2028
DE: E3[illegible] A E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: E333325
211
FECHA: 19-09-2026 14:46
VENDEDOR: YULIANA PAOLA ZUÑIGA ACOS
SECUENCIA: 2300146
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

661023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
61,560 5 0 0 307,800
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/15MG CAJA X 50 UNDS
109,550 5 20 0 591,570
115109-GABAPENTIN MK INST. (1G CA
PSULAS 300 MG CAJA X 30 UNDS
[illegible] 1 0 0 [illegible]
213102-MELOXICAM MK TABLETAS 15 MG
CAJA X 10 UNDS
12,470 3 0 0 37,410

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 950,010
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 950,010
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 358,440 0
EXENTAS: 591,570 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1432-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BARRIENTOS DAMARIS
CC 43905762
DG 75C # [illegible]8 EDIFICIO MURAN
O APT 1002
TELEFONO: [illegible] 120
USTED HACE [illegible] DEL CLUB PASTEUR
POLITICA [illegible] ACION DE DATOS
www.[illegible]asteur.com.co
[illegible] POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cade s. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDICINA GENERAL

CRS: [illegible]

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Damaris Barrientos identificado con cédula número 43905762, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 10 SEP 2020

SUFE: 2bd2956ddaefb5fd8adiddc1f7cd1
e721c6484e3b56d7117b2aa8326a947feb
cf1e9033a...7110596f1427f4feb1c4a4fec8

(46) 79

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	NUBIA RESTREPO DE ARANGO	CEDULA	21682805
No. Carné	8385248	Fecha	18-Sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
PREGABALINA 75MG	PREGABALINA 75MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA A LA 9PM.
ATORVASTATINA 40mg	ATORVASTATINA 40mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA A LAS 7 PM.
Venlafaxina tableta 75mg	Venlafaxina tableta 75mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS CON EL DESAYUNO.
Melatonina cápsula 3mg	Melatonina cápsula 3mg	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS A LAS 7PM.
Divalproato de sodio 500mg Liberación prolongada ER 500mg	Divalproato de sodio 500mg Liberación prolongada ER 500mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR 1 TABLETA CON EL DESAYUNO Y UNA A LAS 7PM.
Risperidona solución 1mg/Ml	Risperidona solución 1mg/ml	FRASCO	10 GOTAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	TOMAR 10 GOTAS DIARIAS A LAS 8PM
Levomepromazina solución 40mg/ml	Levomepromazina solución 40mg/ml	FRASCO	15 GOTAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	TOMAR 15 GOTAS CADA 24 HORAS A LAS 8PM.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1455-T

GTH-F-005 V.01

Nubia Restrepo de Arango
CC. 8.385.248

(391
80

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
830
FECHA: 11-09-2026 15:12
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300765
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

093029-ATORVASTATINA ECAR+++ TABLE
TAS 40 MG CAJA X 10 UNDS
9,510 9 0 0 85,590

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 85,590
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 85,590
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--- -[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 85,590 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1455 T DOMICILIO S
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESREPO DE ARANGO NUBIA
CC 21682805
CR 51 # 50A - 76 INT 201 COPACAB
ANA
TELEFONO: 3008211577
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Angi Liliana Arango C.
CC. 8385208

CUFE: b461cf3b0221c21d30f916044abf
7fe8ff27f4d578e2ed065ba95760121d55
97c50c71fd0ff3470ffd2e1b4dbae1a17c

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gabriel Arango A identificado con cédula número 8385248, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Gabriel Arango A.

FECHA Sept 21/2020

Copia

(74)
81

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
243
FECHA: 19-09-2026 15:59
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300178
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121625-PREGABALINA GENFAR (RG) CAP
SULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,290 3 0 0 138,870
249166-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 75
MG CAJA X 30 UNDS
26,280 3 0 0 78,840
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 120 UNDS
61,560 1 0 0 61,560
001846-VALCOTE ER(RG) TABLETAS 500
MG CAJA X 30 UNDS
67,800 6 0 0 406,800
200778-TRACTAL (RG) GOTAS 0.1% CAJ
A 20 ML
9,686 3 0 0 29,058
028442-LEVOMEPROMAZINA HUMAX GOTAS
4% CAJA 20 ML
44,942 3 0 0 134,826

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 849,954
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 849,954
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 849,954 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1455-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESREPO DE ARANGO NUBIA
CC 21682805
CR 51 # 50A - 76 INT 201 COPACAB
ANA
TELEFONO: 3008211577
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: d9edb194f245cb22d53d8415d0f2
db15d478871812a88e6347c1b2e89e6159
a54719efee35dfb0ddb46ea167eda09f07



Factura Orginal con Firma de Paciente (2/4) 82

DISTRIBUIDORA PAS[illegible]
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CR[illegible] 9 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT [illegible]ACT 18764113905699
FEC[illegible]A INICIO 12-08-2026
[illegible]ASTA 11-02-2028
DE: [illegible]333 1 A: E333 [illegible]000000
AUTORETE[illegible]DORES RES 1366 11/01/1989
[illegible]RETENEDORES DE IVA

FACT ELE[illegible]TRONICA DE VENTA: E333325
243
FECHA: 1[illegible]09-2026 15:59
VENDEDOR: DIAN[illegible] MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 230[illegible]178
CODIGO-NO[illegible]BRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

121625-PREGABALINA GENFAR (RG) CAP
SULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,[illegible] 3 0 0 138,870
249166-[illegible]CR XR (RG) CAPSULAS 75
MG CAJA X [illegible] UNDS
26,280 3 0 0 78,840
861023-M[illegible] A CAPSULA 3 MG FRA
SCO X 1[illegible]
61,560 [illegible] 0 0 61,560
001846-V[illegible] G) TABLETAS 500
MG CAJA X [illegible]
67,800 0 0 406,800
200778-TRA [illegible] (RG) GOTAS 0.1% CAJ
A 20 ML
9,686 3 0 0 29,058
028442-LEVOM[illegible]ROMAZINA [illegible]MAX GOTAS
4% CAJA 20 ML
44,942 3 0 0 134,826

-------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 849,954
-------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 849,954
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 849,954 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1455-T DOMICILIO SEN
NIT: 8999[illegible]9034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RESREPO DE ARANGO NUBIA
CC 21682805
CR 51 # 50A - 76 INT 20[illegible]OPACABA
ANA
TELEFONO: 3008211577
USTED HACE PARTE DEL CLUB [illegible]STEUR
POLITICA DE PROTECCION D DATOS
www.farmaciaspasteur.c[illegible].co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDIC[illegible]

CASTRO BARRIOS [illegible]INIS PATRICIA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Gabriel Arango A. 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 Gabriel Arango A.

FECHA Sept 19/2026



a547196fea35dfb0ddb46aa167ada09f07
db15d4788718128a6a6347c1b2eb9e6159
CUFE: d9adb1942f24cbd2d53d8:15d0f2

OBS:

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

83

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ANA LIGIA AYALA DE RUA	DOCUMENTO	22075128
No. Carné	42877585-A	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
DENOSUMAB 60MG SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	DENOSUMAB 60MG SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	AMPOLLA	1 AMPOLLA	SUBCUTANEA	DOSIS UNICA	N/A	1	APLICAR 60MG SUBCUTANEO DOSIS UNICA.
VITAMINA D3 5000UI	VITAMINA D3 5000UI	CAPSULA	2 CAPSULAS	ORAL	CADA SEMANA	90 DIAS	24	TOMAR 2 CAPSULAS SEMANALES.
DOLEX 500MG	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	7 DIAS	21	TOMAR UNA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS
DICLOFENACO 1% GEL TUBO X 50G	DICLOFENACO 1% GEL TUBO X 50G	TUBO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 12 HORAS	7 DIAS	1	APLICAR EN EL CUELLO CADA 12 HORAS POR 7 DIAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS,RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1463-T

GTH-F-005 V.01

Sandra Arango
43483454

84

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
294
FECHA: 19-09-2026 18:09
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300229
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115001-PROLIA (CF) (RG) INST. J.PR
ELLENADA 60 MG X 1 UND
627,229 1 0 0 627,229
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INS
T. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 0 20 0 24,240

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 651,469
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 651,469
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 651,469 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1463-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
AYALA DE RUA ANA LIGIA
CC 22075128
AV 37B # 66 - 31 CS P-2 NIQUIA Q
UITASOL
TELEFONO: [illegible]3548710
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmapasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0
DATOS DEL MEDICO

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Sandra Arango
43483454

CUFE: a4069150438199d914a117c07666
17abe06dc5a0e8b75579787faec6861298
bfea35815541d101b7683d0e4b8ad3d844

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Patricia Arango identificado con cédula número 43488454, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Sandra Arango

FECHA 20-09-2026

85

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325849
FECHA: 21-09-2026 15:53
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300784
COD. NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

134074-DICLOFENACO GENFAR GEL 1 % CAJA 50 G
5,100 1 0 0 5,100
405554-FARMA D INST. CAPSULAS 5000 UI CAJA X 30 UNDS
87,000 1 0 0 87,000

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 92,100
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 92,100
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	92,100	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1463-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
AYALA DE RUA ANA LIGIA
CC 22075128
AV 37B # 66 - 31 CS P-2 NIQUIA Q UITASOL
TELEFONO: 3113648710
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Sandra Arango 43483454

CUFE: 893f8eeaf2d0fe20e6d5c68eaf28434eb3084715449cf579a8b3b95ec432fb9bda9b83fe47cdfaac67b67577ab318214

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Patricia Arango identificado con cédula número 43483451 en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Sandra Arango

FECHA 21-09-2026

86

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MATHIAS RIVERA BARRIENTOS	DOCUMENTO	1020119766
No. Carné	71193064-F	Fecha	18-Sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
MONTELUKAST 10MG	MONTELUKAST SODIO 10MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR CADA 24 HORAS
SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS	SALBUTAMOL SULFATO 100µGD Aerosol	FRASCO	2 PUFF	INHALATORIA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	REALIZAR ESQUEMA INDICADO POR PEDIATRÍA
FEXOFENADINA 120MG	FEXOFENADINA 120MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
BUDESYNT 200MCG FCOX200DOSIS	BUDESONIDA 200µGD Solución	FRASCO	1 PUFF	INHALATORIA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	HACER UN PUFF CADA 12 HORAS

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1541-T

GTH-F-005 V.01

J CAS
71193064

Copia

87

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

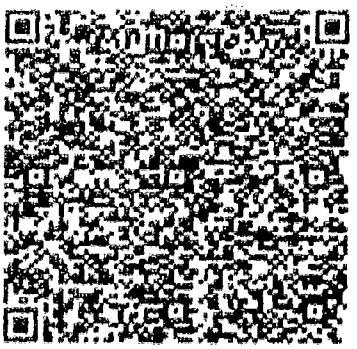
FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
221
FECHA: 19-09-2026 15:10
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300156
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

330732-SINGULAIR INST. (RG) COMPRI
MIDOS 10 MG CAJA X 30 UNDS
70,020 3 0 0 210,060
225718-SALBUTAMOL MK INST. INHALAD
OR BUCAL 100 MCG CAJA 200 DOSIS
25,420 3 0 0 76,260
683116-FEXOFENADINA LA SANTÉ INST.
TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
8,830 2 0 0 17,660
115113-ALERFAST(FEXOFENADINA) INST
. TABLETAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
32,840 7 0 0 229,880
118500-BUDESYNT INST. INHALADOR 20
0 MCG CAJA 200 DOSIS
119,408 3 0 0 358,224

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 892,084
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 892,084
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 892,084 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1541-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA BARRIENTOS MATHIAS
TI 1020119766
CR 53 # 25 - 32 OPORTO CIUDADELA
TORRE 2 APTO 1916 CABAÑAS-BELLO
TELEFONO: 3137014426
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

CUFE: c4f735a6843200 6f039edfb4e187
edd2c93861aa9021e7cf3eed1a936116d6
f0a66348c9d88cb44c3d44088613d8d9c3



Factura Original con Firma de paciente 88

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 4 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6349
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYEN
AUT FACT 18764
FECHA INICIO 12-08-
HASTA 11-02-20
DE: E333 1 A: E333
AUTORETENEDORES RES 13 11/03/89
RETENEDORES D

FACT. ELECTRONICA DE VEN 45
221
FECHA: 19-09-2026
VENDEDOR: DIANA MARTI GUEZ
SECUENCIA: 2300156
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA TO PARCIAL

330732-SINGULAIR INST. (FC COMPRI
MIDOS 10 MG CAJA X 3 IND
70,020 3 0 210,060
225718-SALBUTAMOL MK IMALAD
OR BUCAL 100 MCG CAJ DOSIS
25,420 3 0 56
683116-FEXOFENADINA T. ACT.
TABLETAS 120 MG CAJ DS
8,830 2 0 0 17,660
115113-ALERFAST(FEXOFENAD) INST
. TABLETAS 120 MG CAJA 0 UNDS
32,840 7 0 0 229,880
118500-BUDESYNT INST. INHALADOR 20
0 MCG CAJA 200 DOSIS
119,408 3 0 0 358,224

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 892,084
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 892,084
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 892,084 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1541-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA BARRIENTOS MATHIA
TI 1020119766
CR 53 # 25 - 32 OPORTO ELA
TORRE 2 APTO 1916 CABAÑ
TELEFONO: 3137014426
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.farmaciaspasteur
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO
eFactura cadena. NIT: 890.9 3-0
DATOS DEL MEDICO

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

19/09/26

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan C. Rivera 6 identificado con cédula número 71193064, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA J OR 6

FECHA 19-09-26

OBS: 71193064

89

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MAXIMILIANO RIVERA BARRIENTOS	DOCUMENTO	1025670288
No. Carné	71193064-D	Fecha	18-Sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
SINGULAIR 10MG	MONTELUKAST SODIO 10MG Tableta masticable	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
SALBUTAMOL 100MCG INH FCOX200DOS	SALBUTAMOL SULFATO 100µGD	FRASCO	2 PUFF	INHALATORIO	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	USAR SOLO POR CRISIS COMO ORDENO PEDIATRÍA
MOMETASONA SPRAY NASAL FCOX10ML	MOMETASONA FUROATO HIDRATO 0.5MGML	FRASCO	2 PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	2 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA 24 HORAS
FEXOFENADINA 30MG/5ML	FEXOFENADINA CLORHIDRATO 0.006MGML	FRASCO	5 CC	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	TOMAR 5CC CADA NOCHE
SERETIDE 25/50 C/CONT SUSP INHX120D	PROPIONATO FLUTICASONA 50µGSALMETEROL	FRASCO	1 PUFF	INHALATORIO	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	UN PUFF CADA 12 HORAS

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1542-T

GTH-F-005 V.01

1.090.5182

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
263
FECHA: 19-09-2026 16:42
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300198
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213198-MOMETASONA MK SPRAY NASAL 0
.05 % CAJA 10 G
68,721 3 0 0 206,163
115108-FEXOFENADINA MK INST. JARAB
E 30 MG FRASCO 150 ML
35,361 2 0 0 70,722

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 276,885
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 276,885
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 276,885 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1542-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA BARRIENTOS MAXIMILIANO
CE 1025670288
CR 53 # 25 - 32 OPORTO CIUDADELA
APTO 1916 TORRE
TELEFONO: 3137014426
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: e87b2ed82e31e3d5aa2a361b454d
ab87401d50515f2615ccbd48f59de6921c
769cba77667b0ae74a1394daad1e65aa3f



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Damaris Bolaños identificado con cédula número 1.152.470.262, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 10 sep-26

91

IBUIDORA PASTEUR
890941663-1
RMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
LEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
ANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
854
FECHA: 21-09-2026 16:01
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300789
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

330732-SINGULAIR INST (RG) COMPRI
MIDOS 10 MG CAJA X UNDS
70,020 3 0 0 210,060
375749-SERETIDE (RG) 25/50 MCG INH
ALADOR 120 DOSIS
74,460 3 0 0 223,380
031845-VENTILAN INST. (SALBUTAMOL)
INHALADOR 100 MCG 200 DOSIS
17,321 3 0 0 51,963
115108-FEXOFENADINA MK INST. JARAB
E 30 MG FRASCO 150 ML
35,361 1 0 0 35,361

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 520,764
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 520,764
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 520,764 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1542-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RIVERA BARRIENTOS MAXIMILIANO
CE 1025670288
CR 53 # 25 - 32 OPORTO CIUDADELA
APTO 1916 TORRE
TELEFONO: 3137014426
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: JC26
71193064

CUFE: [illegible]

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Juan C. Rivera G 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 JCR G

FECHA 21-09-2026



92

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ROSALBA RUIZ DE VELASQUEZ	DOCUMENTO	32016291
No. Carné	70119124-C	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Carboximetilcelulosa sodica 0.5%, solucion oftalmica x 15ml	Carboximetilcelulosa sodica 0.5%, solucion oftalmica x 15ml	FRASCO	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 6 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO CADA 6 HORAS.
ELTROXIN 100MCG	LEVOTIROXINA SODIO 0.1MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO
ELTROXIN 50MCG	LEVOTIROXINA SODIO 0.05MG	TABLETA	2 TABLETA	ORAL	CADA SEMANA	90 DIAS	24	TOMAR 2 TABLETAS A LA SEMANA JUNTO CON LA DE 100MCG
DENIBAN 200MG	AMISULPRIDA 200MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
ESOMEPRAZOL 40MG	ESOMEPRAZOL MAGNESIO TRIHID 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, MEDIA HORA ANTES DEL DESAYUNO
VERSATIS 5%	LIDOCAINA 700MG PT	PARCHE	1 PARCHE	TRANSDERMICA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	APLICAR UNA PARCHE CADA 12 HORAS, DENCANSAR 12 HORAS. USAR POR DOLOR
MODUALZ 10MG	MEMANTINA CLORHIDRATO 10MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ENTEROGERMINA SUSP	ESPORAS BACILLUS CLAUSII 2000MILLESP Suspensión	AMPOLLA	1 AMPOLLA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA AMPOLA BEBIBLE CADA 24 HORAS, EN CASO DE DIARREA
DOLEX 500MG	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR UNA CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR.
ACETAMINOFEN/CODEINA 325/30MG	ACETAMINOFEN/CODEINA 325/30MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR UNA CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR.
MIRTAZAPINA 30MG	MIRTAZAPINA 30MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CALCIBOND 800UI	CALCIO CITRATO 1500 MG VITAMINA D3 800UI	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ACIDO ACETILSALICILICO 100MG	ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ACICLOVIR 400mg	ACICLOVIR 400mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
REVLIMID 10mg C	LENALIDOMIDA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	63	TOMAR UNA DIARIA DEL DIA 1 AL DIA 21 DE CADA MES.
PREGABALINA 75MG	PREGABALINA 75MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1589-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Juliana Velasquez
1035931821

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
891
FECHA: 21-09-2026 17:00
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2300826
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129849-VERSATIS (RG) PARCHE 5% CAJ
A X 5 UNDS
37,730 18 0 0 679,140
115110-MEMANTINA MK (MODUAL2) INST
.RG TABLETAS 10 MG CAJA X 300 UNDS
596,100 0 90 0 178,830
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INS
T. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 2 70 0 327,240
600519-WINADEINE F INST. TABLETAS
325MG/30MG CAJA X 100 UNDS
47,600 2 70 0 128,520
115135-MIRTAZAPINA HUMAX INST. (RG
) TABLETAS 30 MG CAJA X 30 UNDS
15,090 3 0 0 45,270
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
60,660 3 0 0 181,980
121625-PREGABALINA GENFAR (RG) CAP
SULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,290 3 0 0 138,870
669548-FREEGEN INST. (CARBOXI) SOL
UCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
63,773 3 0 0 191,319
210006-ESOZ (ESOMEPRAZOL)BUSSIE IN
ST. CAPSULAS 40 MG CAJA X 60 UNDS
178,457 1 30 0 267,686
132040-ACIDO ACETILSALICILIC GF IN
ST. TABLETAS 100 MG CAJA X 900 UNDS
44,100 0 90 0 4,410

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,143,265
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,143,265
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,143,265 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1589-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RUIZ RAMIREZ ROSALBA
CC 31016201

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

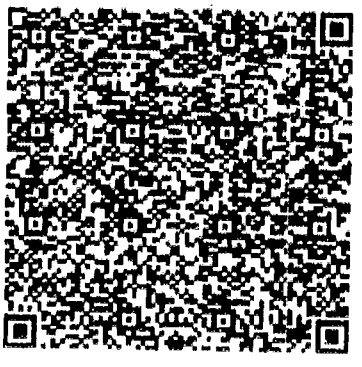
Certificación recibo a satisfacción

Yo Juliana Velasquez identificado con cédula número 1035431821, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Juliana Velasquez

FECHA 21/09/26



88a48c887ca75ca61d9b2172b21ae0f787
da273bac8928c502c587b3807 1a9fb50
CUFE: 5d5db1a9c137ab55a0b71ac8863

OBS: Juliana Velasquez 1035431821

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DEL MEDICO

efactura cadena. NIT: 890.930.534-0
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
Sistema POS propio
www.farmaciaspasteur.com.co
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
TELEFONO: 8011118
CL 26 # 58DD - 129 BARRIO NUEVO

94

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325922
FECHA: 21-09-2026 17:51
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300857
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-ENTEROGERMINA INST. AMPOLLAS BEBIBLES CAJA X 10 UNDS
103,890 9 0 0 935,010
100279-VIREX INST. (ACICLOVIR) TABLETAS 400 MG CAJA X 35 UNDS
47,215 5 0 0 236,075

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,171,085
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,171,085
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	1,171,085	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1589-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RUIZ RAMIREZ ROSALBA
CC 32016291
CL 26 # 58DD - 129 BARRIO NUEVO
TELEFONO: 8011118
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Juliana Velasquez 1035431821

CUFE: 890bdb4d7b26f81f40bbea611ec94c2598c4b6593ca61c030139b3707e0beb9a3fd0fb4f43a9a578681d94d45843da42

Pasteur
Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 21/9/26 CÉDULA: 32016291

USUARIO: Rosalba Ruiz # ORDEN: 1589-T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Eltroxin 100mcg	90 tbs	agotado
Eltroxin 50mcg	24 tbs	agotado
Deniban 200 mg	90 tbs	agotado
Para Eltroxin dr. autoriza cambiar por		
Eutrox. Deniban 200 mg no se hace entrega		

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Ang Correa	P. Bello	3044381971

95

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
227
FECHA: 22-09-2026 18:56
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2301162
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

203156-EUTIROX TABLETAS 100 MCG CA
JA X 50 UNDS
48,900 2 0 0 97,800
203155-EUTIROX TABLETAS 50 MCG CAJ
A X 50 UNDS
37,600 1 0 0 37,600

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 135,400
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 135,400
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	135,400	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1589-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RUIZ RAMIREZ ROSALBA
CC 32016291
CL 26 # 58DD - 129 BARRIO NUEVO
TELEFONO: 8011118
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Rosalba Ruiz
32016291

CUFE: 45d067e2f60c3da5a10d6f6dad15
2a7c89782e8839a310ebc95d9787689f9e
ae0d3ccd054c5ba6d8f8d7496286c8d894



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA Rosalba Ruiz

FECHA 22 Sept

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
779
FECHA: 24-09-2026 17:41
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2301714
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100278-REVLIMID (LENALIDOM) INST.(
RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 21 UNDS

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 17,169,390
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 17,169,390
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO

IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1589-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
RUIZ RAMIREZ ROSALBA
CC 32016291
CL 26 # 58DD - 129 BARRIO NUEVO
TELEFONO: 8011118
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 70119124
3044012638

CUFE: 7c6040f2c073bbb3ab23b0838950
4ba24b54cdbaa379185af4a0dbe0ce43ee
58de3745c54bd618570861a490121f2763



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jairo Velosquez identificado con cédula número 9011917Y, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 24/09/26

97

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARIA BERTILDA DIAZ DE GUTIERREZ.	DOCUMENTO	32509153
No. Carné	8260683	Fecha	21-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
G-MET G-TAB 1000 MG	METFORMINA 1000MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CON EL DESAYUNO Y UNA CON LA CENA.
TRAYENTA 5MG	LINAGLIPTINA 5MG Tableta	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA CON EL DESAYUNO
JARDIANCE 25 mg	EMPAGLIFLOZINA 25MG Tableta	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA CON EL DESAYUNO
LOSARTAN 50MG	LOSARTAN POTASICO 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
FREEGEN 0.5% SO FCX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA	FRASCO	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR UNA GOTA EN CADA 3 VECES AL DIA.
TIRAS REACTIVAS GLUCOQUICK CJX50UN	INSUMOS TIRAS DE GLUCOMTERIA	TIRILLAS	1 TIRILLA	N/A	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	PARA REALIZAR UNA GLUCOMETRIA DIARIA
FARMA D 5000UI	VITAMINA D3 5000UI	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS A LAS 10AM.
OF ACID-NESS FCX400ML GT FCX120ML	ALUMINIO ACETATO 590µGML Loción	FRASCO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	MEZCLAR CON UN LITRO DE CREMA HUMECTANTE Y APLICAR EN TODO EL CUERPO
WELLFLEX TR	GLUCOSAMINA SULFATO 2KCL 750MGCONDROITINA SULFATO 85% 600MGMETILSULFONILMETANO (MSM) 250MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
DOLEX ACTIVE GEL 500MG	ACETAMINOFEN 500MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
PIROXICAM 0.5% GEL TUBX40G	PIROXICAM 5MGG Gel	TUBO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR EN AREA DE DOLOR ARTICULAR
MOMETASONA 0.1% LOC FCOX30ML	MOMETASONA FUROATO 1MGML Loción	FRASCO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR EN LESIONES EN LA PIEL Y CUERO CABELLUDO
DIOSMINA 500MG	DIOSMINA 450MGHESPERIDINA 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
LIPITOR 20MG	LIPITOR 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNACADA NOCHE

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO 1696-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Ma Bertilda dgz
8250915 3

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
466
FECHA: 23-09-2026 15:35
VENDEDOR: DIEGO ALEXANDER CUBILLOS
SECUENCIA: 2301401
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100251-G-MET INST TABLETAS 1000 MG
CAJA X 40 UNDS
66,240 5 0 0 331,200
132613-PIROXICAM GENFAR INST GEL 0
.5 % CAJA 40 G
6,549 3 0 0 19,647
132140-DERMACORTINE INST. LOCION 0
.1% FRASCO 30 ML
[illegible] 3 0 0 223,842
[illegible]SARTAN MK INST. TABLETAS
[illegible]AJA X 15.0 UNDS
[illegible] 0 30 0 9,930

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 584,619
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 584,619
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 584,619 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1696 T- DOMICILIO SE
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE GUTIERREZ MARIA BERTILDA
CC 32509153
CR 58B # 31 - 4 CS 1 PS CABAÑAS

TELEFONO: 3053488916
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 32509153

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alberto de Jesus Bedoya identificado con cédula número 32509133, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Alberto de Jesus Bedoya

FECHA 23/02/2026

CUFE: 2009ed0...9adfcfa78a22df79c02
5bb6888lad04c...b13db6d8200f73cfa
9c52e84c...f81...7eda9bfe93a2755e0

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326147
FECHA: 22-09-2026 14:56
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2301082
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
22,270 18 0 0 400,860
669548-FREEGEN INST. (CARBOXI) SOLUCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
63,773 3 0 0 191,319
249444-LIPITOR TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
149,790 3 0 0 449,370
116503-TIRILLAS GLUCOQUICK G30A INST. CAJA X 50 UNDS
846,100 1 0 0 846,100
405554-FARMA D INST. CAPSULAS 5000 UI CAJA X 30 UNDS
87,000 2 0 0 174,000

[TOTAL DE FACTURA]
TOTAL: 2,061,649
[FORMAS DE PAGO]
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,061,649
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
[RESUMEN DE IMPUESTOS]
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,061,649 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1696-T DOMOCILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE GUTIERREZ MARIA BERTILDA
CC 32509153
CR 58B # 31 - 4 CS 1 PS CABAÑAS

TELEFONO: 3053488916
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326164
FECHA: 22-09-2026 15:47
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2301099
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

404284-ACID-NESS MK LOCION 400ML GTS FRASCO 120 ML
35,652 3 0 0 106,956

[TOTAL DE FACTURA]
TOTAL: 106,956
[FORMAS DE PAGO]
MEDIO DE PAGO: CREDITO 106,956
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
[RESUMEN DE IMPUESTOS]
DESCRIPCION IMPUESTO
EXCLUIDAS: 0
IMPOCONSUMO 0
FORMULA: 96-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE GUTIERREZ MARIA BERTILDA
CC 32509153
CR 58B # 31 - 4 CS 1 PS CABAÑAS

TELEFONO: 3053488916
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL
32509153

OBS:

CUFE: fb01ee23072f70768256d4334279ad49c70636527a6e2f9f6b0ad02d076912
76d42029b2bb3d52ee10c3fa846926dacd



OBS:

CUFE: a691d058c7b56bad42702ffa9f7d
38690cc85f69822a2ed1fd79142067c909
6689720b988b2763ecba59ebcae480d4d4

100

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
116
FECHA: 22-09-2026 13:17
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2301051
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253782-TRAYENTA COMPRIMIDOS 5 MG C
AJA X 30 UNDS
132,900 3 0 0 398,700
253017-JARDIANCE (RG) TABLETAS 25
MG CAJA X 30 UNDS
166,500 3 0 0 499,500
115109-LOSARTAN MK INST. TABLETAS
50 MG CAJA X 150 UNDS
49,650 0 60 0 19,860
116503-TIRILLAS GLUCOQUICK G30A I
NST. CAJA X 50 UNDS
846,100 1 0 0 846,100
405554-FARMA D INST. CAPSULAS 5000
UI CAJA X 30 UNDS
87,000 1 0 0 87,000
861143-WELLFLEX TABLETAS CAJA X 60
UNDS
103,740 2 0 0 207,480
169139-DIOSMINA/HESPERIDINA.GENFAR
RG TABLETAS 450/50 MG CAJA X 30 UNDS
24,420 3 0 0 73,260

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 2,131,900
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,131,900
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,131,900 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1696-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
DIAZ DE GUTIERREZ MARIA BERTILDA
CC 32509153
CR 58B # 31 - 4 CS 1 PS CABAÑAS

TELEFONO: 3053488916
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCION DE DATOS
www.f[illegible]riaspasteur.com.co
Sistema POS propio
PROVEEDOR TECNOLOGICO:
[illegible] cadena. NIT: 890.930.534-0

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

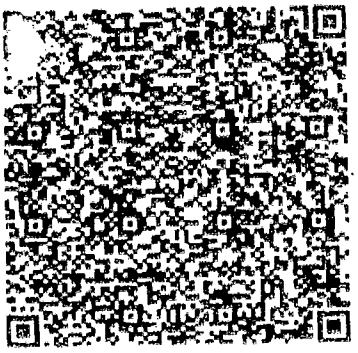
Certificación recibo a satisfacción

Yo Alberto Lopez identificado con cédula número 3250933, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Alberto Lopez

FECHA 22.10.2026



CUFE: b56ad2985d92f6bd844f7d0ca8a6
5ef739c70c20ff7b081def5ba9caa2a782
c71986106f9701f5a93fc3443a906a16a8dd

OBS:

92609163

CASTRO BARROS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

DATOS DET. MEDICO

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARIA DEL CARMEN MUÑOZ MARTINEZ	CEDULA	25192255
No. Carné	71214638	Fecha	22-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
MELATONINA 3MG	MELATONINA 3MG	TABLETA	2 TABLETAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR 2 TABLETAS CADA NOCHE,
SERTRALINA 50MG	SERTRALINA 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA EN LA MAÑANA
WELLFLEX TR	GLUCOSAMINA SULFATO 2KCL 750MGCONDROITINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS A LAS 10AM.
QUETIAPINA 25MG	QUETIAPINA FUMARATO 25MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
ATORVASTATINA 20MG	ATORVASTATINA CALCIO 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MGML	FRASCO	1 APLICACIÓN	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR EN CADA OJO 3 VECES AL DIA,
OROCAL D 1500MG+VITD3 200UI	CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 200UI	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
PROPRANOLOL 40mg	PROPANOLOL CLORHIDRATO	TABLETA	MEDIA TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	30	TOMAR MEDIA TABLETA SOLO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE BISUTERIA, SI APARECE TEMBLOR.
COLCHICINA 0.5mg TAB	COLCHICINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS

FORMULA

Dra. Yainis Castro B.

CODIGO: 1711-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Mª del Carmen Muñoz

25192255.

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326155
FECHA: 22-09-2026 15:11
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2301090
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,520 3 0 0 85,560

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 85,560
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 85,560
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 85,560 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1711-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MUÑOZ . MARIA DEL CARMEN
CC 25192255
EL ZARZAL
TELEFONO: 3502406412
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 25192255

CUFE: be87d38983973e601e23c65a41af
f31b294d67f3177013cfe53a36f101fb87
3f49953d292cbd093ad7bba724932fcba6

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326182
FECHA: 22-09-2026 16:40
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2301117
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

133018-SERTRALINA GENFAR INST. TABLETAS 50 MG CAJA X 300 UNDS
47,400 0 90 0 14,220

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 14,220
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 14,220
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 14,220 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1711-T DOMICILIO SE
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MUÑOZ . MARIA DEL CARMEN
CC 25192255
EL ZARZAL
TELEFONO: 3502406412
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 25192255

CUFE: 9323d2efac707f720260a098cb9f
8e8b4c54cd3df80a26f477792ba643d965
90cf983e3b76ca96a517a370125ec234d6

Pasteur
Farmacia desde 1910

SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 22/9/26 CÉDULA: 25192255

USUARIO: Maria Muñoz # ORDEN: 1711-T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
orocal D	90 tbj	agotado
Dr autoriza cambio por		calltrate

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Ang L Correa P	Bello	3014380477

8-9
103

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
456
FECHA: 23-09-2026 15:15
VENDEDOR: DIEGO ALEXANDER CUBILLOS
SECUENCIA: 2301391
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICI
NA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,520 2 0 0 57,040
213077-CARMELUB TEARSGEL MK GOTAS
OFTALMICAS CAJA 15 ML
108,828 2 0 0 217,656
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 6
00 MG CAJA X 30 UNDS
59,220 3 0 0 177,660

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 452,356
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 452,356
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 452,356 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1711-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MUÑOZ . MARIA DEL CARMEN
CC 25192255
EL ZARZAL
TELEFONO: 3502406412
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

CASTRO BARR..OS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: 25192255

CUFE: eceba0e40763878bb61d2f9f6007
5421?f876d5580ea2f600c72059c5aa875

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Mª del Carmen Muñoz identificado con cédula número 25192255, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA Sep 23/26

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326160
FECHA: 22-09-2026 15:28
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2301095
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

087022-MELATONINA FUNAT TABLETAS POTE X 60 UNDS
51,960 3 0 0 155,880
169665-QUETIAPINA GENFAR (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
15,540 3 0 0 46,620
093035-ATORVASTATINA ECAR TABLETAS 20 MG CAJA 100UNDS
19,100 0 90 0 17,190
213077-CARMELUB TEARSGEL MK GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML
108,828 1 0 0 108,828
213308-PROPRANOLOL MK TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
16,260 1 0 0 16,260
861143-WELLFLEX TABLETAS CAJA X 60 UNDS
103,740 2 0 0 207,480

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 552,258
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 552,258
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 552,258 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1711-T DOMICIO SENA
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MUÑOZ . MARIA DEL CARMEN
CC 25192255
EL ZARZAL
TELEFONO: 3502406412
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Mª del Carmen Muñoz identificado con cédula número 25192255, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA Sep 22/26

CUFE: 7f91327175ea93908b2336e342ce
8e0e9d4916c40b19be3323085a89caaa5
0e14c96758d6a7d83915 8f1e7e4c0940b6

OBS: 25192255.

ESPECIALIDAD MEDI. GENERAL

105

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ANATILDE SANCHEZ RESTREPO	CEDULA 43593007
No. Carné	70048841	Fecha 23-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
CALCIO 600/VITAMINA D 200	BIOCALCIUM EFERVECENTE	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	
QUETIAPINA 25 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
ACETAMINOFEN 500 MGR	DOLEX ACTIVGEL	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270 DOSCIENTOS SETENTA	3 L DIA
ROSUVASTATINA 20MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE

PARA 3 MESES

CODIGO:1807-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

C.C. 43593007

GTH-F-005 V.01

Cel: 305 275 2123

106

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA ,
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
697
FECHA: 24-09-2026 14:23
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2301632
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

258050-BIOCALCIUM-D EFERVESCENTE S
OBRES CAJA X 30 UNDS
48,360 3 0 0 145,080
115101-QUETIAPINA MK INST. (RG) TA
BLETAS 25 MG CAJA X 300 UNDS
155,400 0 90 0 46,620
100218-DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS
BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
22,270 27 0 0 601,290
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABL
ETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
186,180 3 0 0 558,540

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,351,530
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,351,530
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,351,530 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1807-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SANCHEZ RESTREPO ANATILDE
CC 43593007
CL 39 # 52 - 40 MEDITERRANEA APT
106 T4
TELEFONO: 3103955220
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: 43593007

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

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

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

FIRMA

FECHA 25/09/2026

107

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	EDIER ANDRES OSORIO GARCIA				CEDULA 8063344			
No. Carné	32183497				Fecha	24-sep-26		
GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ACETAMINOFEN500/CAFEINA 65	DOLEX FORTE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
FENOTEROL BROMOHIDRATO 50µGDIPRATROPIO BROMURO	BERODUAL	INHALADOR	2 PUFF	INHALATORIA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3 TRES	2 PUFF , 3 VECES AL DIA
ALGINATO DE SODIO/BICARBONATO DE SODIO Y CALCIO	GAVISCON DOBLE ACCION	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270 DOSCIENTOS SETENTA	3 AL DIA
SERETIDE DISKUS 60 DOIS	SALMETEROL + FLUTICASONA Propionato 50+250ug	INHLADOR	1 PUFR	INHALADO	CADA 24 HORAS	90 DIAS	2 DOS	1 PUFF DIARIAMENTE
SERTRALINA 25 MGR	DOMINIUM	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 TABLETAS	1 DESPUES DEL DESAYUNO
ESOMEPRAOL 20 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 TABLETAS	1 EN AYUNA S
FEXOFENADINA 120 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMNTE

PARA 3 MESES

CODIGO:1845-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

GTH-F-005 V.01

CC 1152 Velasquez C.

15 453 709

106

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
800
FECHA: 24-09-2026 18:32
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2301735
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
253046-BERODUAL (RG) INHALADOR 10
ML X 200 DOSIS
27,800 3 0 0 83,400
140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
43,716 2 6 0 109,290
375746-SERETIDE DISKUS (RG) POLVO
PARA INHALACION 50/250 MCG CAJA 60 D(
113,940 2 0 0 227,880

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 814,950
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 814,950
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	420,570	0
EXENTAS:	394,380	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1845-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO GARCIA EDIER ANDRES
CC 8063344
CL 24 # 58DD - 43 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 3007795417
USTED HACE PARTE DEL CLUB PASTEUR
POLITICA DE PROTECCIÓN 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

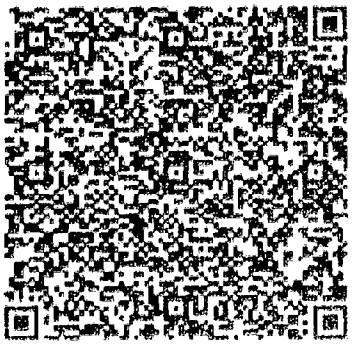
Certificación recibo a satisfacción

Yo Uver Velasquez C identificado con cédula número 9545[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 Uver Velasquez C

FECHA 25 SEP



9429750adb9aec9872f2jd1af40357d856
1c9e406ddaddabd1897910120358944eda9
cuFE: fdbdbaef1940422167af6a1a2c96

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333327
119
FECHA: 25-09-2026 18:52
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2302054
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

692136-DOMINIUM INST. (SERTRALINA)
CAPSULAS 25 MG CAJA X 10 UNDS
69,340 9 0 0 624,060
225185-ESOMEPRAZOL MK INST. TABLET
AS 20 MG CAJA X 30 UNDS
80,850 3 0 0 242,550

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 866,610
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 866,610
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 866,610 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1845-T DOMICILIO SEN
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO GARCIA EDIER ANDRES
CC 8063344
CL 24 # 58DD - 43 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 3007795417
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: OVER VELASQUEZ
3154307

CUFE: 86fa155ebc93377b3bc46579a7c7
709dc331607605b18cda87d7f7f5766ed8
5de7dc4f8dd377435ed80e1442ce2a0fa2

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333326
984
FECHA: 25-09-2026 12:43
VENDEDOR: ANGI LILIANA CORREA RONDO
SECUENCIA: 2301919
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

140242-GAVISCON LIQUIDO DOBLE ACCI
ON SACHET CAJA X 12 UNDS
43,716 20 0 0 874,320
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
12,570 9 0 0 113,130

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 987,450
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 987,450
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 987,450 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1845-T DOMICILIO SENA
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSORIO GARCIA EDIER ANDRES
CC 8063344
CL 24 # 58DD - 43 CABAÑAS BELLO

TELEFONO: 3007795417
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: e2c8c9e2d99bb7a58948f8c07355
ee31ffa51ce7ad655b5a772e9855bb1df9
000784e94c6a39053dc9ca6e9710954a3b





55
110

Versión: 02
Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA	**HILDA MARIA MAZO MONSALVE**				**CEDULA 21863867**			
CARNET	**70066762**				**Fecha 18-sep-26**			
GENÉRICO	**COMERCIAL**	**PRESENTACION**	**DOSIS**	**ORAL**	**FRECUENCIA**	**TIEMPO**	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES**
ACETAMINOFEN 500 MGR	DOLEX ACTIVGEL	**CAPSULA**	1 CAPSULA	**ORAL**	**CADA 8 HORAS**	**90' DIAS**	**180 CIENTO OCHENTA**	**2 Ó 3 AL DIA SI HAY DOLOR:**
NITAZOXANIDA 500 MG	MK	**TABLETA**	1 TABLETA	**ORAL**	**CADA 12 HORAS**	**3 DIAS**	**6 SEIS**	**2 AL DIA POR 3 DIAS**
BETAMETASONA CREMA 0.1 %	MK	**CREMA**	1 APLICACIÓN	**TOPICA**	**CADA 12 HORAS**	**90 DIAS**	**1 UNO**	**POR 7 DIAS CADA 12 HORAS**
CITRATO D E CALCIO/ VITAMINA 600 D 200UI	BIOCALCIUM D	**SOBRE**	1 SOBRE	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 SOBRE DILUIDO EN AGUA DESPUES DEL ALMUERZO**
ESTROGENOS CONJUGADOS 0.625	ESTERMAX	**CREMA**	1 APLICACIÓN	**VAGINAL**	**CADA SEMANA**	**90 DIAS**	**1 UNO**	**APLCIAR SEMANAL**
IBUPROFENO 400 MGR	ADVIL MAX	**CAPSULA**	1 CAPSULA	**ORAL**	**CADA 12 HORAS**	**90 DIAS**	**16 DIECISEIS**	**SOLO SI HAY DOLRO INTENSO**
LANSOPRAZOL 30 MGR		**CAPSULA**	1 CAPSULA	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**TOMA R 1 EN AYUINAS**

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 977-T

GTH-F-005 V.01

Hilda Mª Mazo
C.C. 21.863.867.

15
111

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDE CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT ELECTRONICA DE VENTA: E333325
327
FECHA: 19-09-2026 19:30
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300262
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213053-BETAMETASONA MK CREMA 0.1%
CAJA 20 G
17,168 1 0 0 17,168
139057-ADVIL MAX CAPSULAS 400 MG F
RASCO X 16 UNDS
29,760 1 0 0 29,760
132445-LANSOPRAZOL LR GENFAR INST.
RG CAPSULAS 30 MG CAJA X 14 UNDS
10,752 6 0 0 64,512

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 111,440
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 111,440
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 111,440 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 977-T DOMICILIO SENA
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO MONSALVE HILDA MARIA
CC 21863867
DG 56 # 43 - 131 NIQUIA PARTE BA
JA
TELEFONO: 3052401754
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 Hilda Mazo

OBS: cc. 21.863.867

CUFE: 4770adf1dc1a627332049ea2fc36
e4c9b53e07fe99a0b6948c2f162bc012d8
a1f96c000631a94604c8d47e3843e8ee6d

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Hilda María Mazo identificado con cédula número 21.863.867, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Hilda María Mazo

FECHA 20/09/2026

COPIA

28
112

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
,897
FECHA: 21-09-2026 17:09
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300832
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

347122-DOLEX ACTIVE GEL CAPSULAS 5
00 MG CAJA X 20 UNDS
44,540 8 0 0 356,320
347125-DOLEX ACTIVE GEL CAPSULAS B
LANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
26,290 2 0 0 52,580
213536-NITAZOXANIDA MK TABLETAS 50
0 MG CAJA X 6 UNDS
7,986 1 0 0 7,986
258050-BIOCALCIUM-D EFERVESCENTE S
OBRES CAJA X 30 UNDS
48,360 3 0 0 145,080

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 561,966
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 561,966
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 561,966 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 977-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO MONSALVE HILDA MARIA
CC 21863867
DG 56 # 43 - 131 NIQUIA PARTE BA
JA
TELEFONO: 3052401754
OSTED 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: 3ac14e37f77eaf19f015b51c8686

Pasteur
Farmacia desde 1910

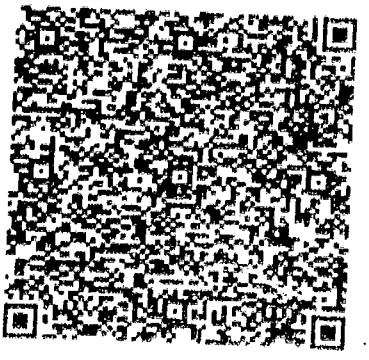
SENA - PRODUCTOS PENDIENTES

FECHA: 21/9/26 CÉDULA: 21863867

USUARIO: Hilda Mazo # ORDEN: 977-T

PRODUCTO PENDIENTE	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
Estermax crema	1 tubo	agotado
doctora Gloria	autoriza cambio	
por Fereny crema		

VENDEDOR	PUNTO DE VENTA	TELÉFONO
Angi Correa	P. Bello	3014382971



a660751979e80[illegible]7bfbfe2a5654bb06b4b2

Factura Orginal

35
113

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941603-1
FARMACIA PASTEUR ITAGUI
CRA 49 Y 49-7.
TEL. CONO. 2811400 - 2812359
RESPONSABLE
GRANDES CONTRIBUYENTES RES. 0059 / 9
AUT FACT 18764000
CT

TIPO DE VENTA: E333325

FECHA 29-9-2025 12:09
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
REFERENCIA: 1300232
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

347122-DOLEX ACTIVE GEL CAPSULAS 500 MG CAJA X 20 UNDS
44,540 8 0 0 356,320
347125-DOLEX ACTIVE GEL CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
26,290 2 0 0 52,580
213536-NITAZOXANIDA MK TABLETAS 500 MG CAJA X 6 UNDS
7,986 1 0 0 7,986
258050-BIOCALCIUM-D EFERVESCENTE SOBRES CAJA X 30 UNDS
48,360 3 0 0 145,080

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 561,966
---------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 561,966
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 561,966 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 977-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO MONSALVE HILDA MARIA
CC 21863867
DG 56 # 43 - 131 NIQUIA PARTE BAJA
TELEFONO: 3052401754
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

DR. YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD:
REGISTRO:

Hilda Mona Mazo
C.C. 21.863.867

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Hilda María Mora identificado con cédula número 21.863.867, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Hilda María Mora

FECHA 21/09/2026

4-5
114

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR BELLO
CRA 49 # 49-72
TELEFONO: 4441400 - 6049259
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113905699
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E333 1 A: E333 1000.00
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E333325
901
FECHA: 21-09-2026 17:13
VENDEDOR: DIANA MARTINEZ DOMINGUEZ
SECUENCIA: 2300836
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

842008-FEVENY (RG) CREMA VAGINAL 0
.625 MG/G TUBO 43 G
31,181 1 0 0 31,181

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 31,181
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 31,181
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 31,181 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 977-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO MONSALVE HILDA MARIA
CC 21863867
DG 56 # 43 - 131 NIQUIA PARTE BA
JA
TELEFONO: 3052401754
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: Hilda Mazo
cc 21.863.862

CUFE: 6dcd23fad2d73482492dcba58643
345d282dbc1ef0252a82f49ca4f6ed9670
e3fc4c83ed2a4320b21a4a85dc3df6dda5

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Hilda Mara Muzo identificado con cédula número 21.863.861, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Hilda Muzo

FECHA 21/09/2026

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	STELLA MAZO DE HERNANDEZ	DOCUMENTO	21255008
No. Carné	32077166-A	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
AMLODIPINO 5MG MK	AMLODIPINO BESILATO 5G	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG MK	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
LOSARTAN 50MG MK	LOSARTAN POTASICO 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ATORVASTATINA 40MG MK	ATORVASTATINA 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
EUTIROX® 50 MCG	LEVOTIROXINA SODICA 50mcg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO.
DIOSMINA 500MG	DIOSMINA 450MG/ HESPERIDINA 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
FUROSEMIDA 40MG	FUROSEMIDA 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CARMELUB TEARS SO FCOX15M	CARBOXIMETILCELULOSA Sodio 5mg/ml SO	FRASCO	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS.
ASA 100MG MK	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
CORTIOFTAL 1% FCOX5ML	PREDNISOLONA ACETATO 10MGML SuspensiónGotas	FRASCO	2 GOTAS	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR SEGÚN INDICACION DE OFTALMOLOGO.
ESOMEPRAZOL 20MG MK	ESOMEPRAZOL 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
GAVISCON MENTA SS FCOX300ML	ALGINATO sodio BICARBONATO sodio	FRASCO	10 CC	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	TOMAR 10 CC CADA HORAS A NECESIDAD.
ERITROMAX 2000 UI/ml PSS	ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE	AMPOLLA	1 AMPOLLA	SUBCUTANEA	CADA SEMANA	90 DIAS	12	APLICAR UNA AMPOLLA SEMANAL.
PAÑAL TENA SLIP TALLA XL	PAÑAL TENA SLIP TALLA XL	UNIDAD	1 PAÑAL	N/A	CADA 6 HORAS	90 DIAS	360	PARA 4 CAMBIOS AL DIA.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1551-T

GTH-F-005 V.01

Claudia Vargas
43828.395
604 2509320

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234517
FECHA: 20-09-2026 16:04
VENDEDOR: NATALIA SANCHEZ GIRALDO
SECUENCIA: 1562768
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213311-AMLODIPINO MK TABLETAS 5 MG CAJA X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
213295-HIDROCLOROTIAZIDA MK TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
6,150 3 0 0 18,450
213218-LOSARTAN MK TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
20,910 3 0 0 62,730
213214-ATORVASTATINA MK TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
78,360 3 0 0 235,080
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 50 MCG CAJA X 50 UNDS
7,650 2 0 0 15,300
121076-FUROSEMIDA GENFAR TABLETAS 40 MG CAJA 100UNDS
14,700 0 90 0 13,230
213077-CARMELUB TEARSGEL MK GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML
108,828 3 0 0 326,484
213023-ASA MK TABLETAS 100 MG CAJA X 100 UNDS
23,700 0 90 0 21,330
346096-CORTIOFTAL GOTAS OFTALMICAS 1 % CAJA 5 ML
51,151 3 0 0 153,453
213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
98,790 3 0 0 296,370
140244-GAVISCON DOBLE ACCION SUSPENSION MENTA CAJA 300 ML
85,013 3 0 0 255,039

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,464,696
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,464,696
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,464,696 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1551-T DOMICILIO
NIT: 899999034-1

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234812
FECHA: 22-09-2026 09:02
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563063
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213138-DIOSMINA+HISPERIDONA MK (RG) TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
24,420 3 0 0 73,260
682685-EPOYET INST. (RG) VIAL 2000 UI CAJA X 1 UND
40,300 12 0 0 483,600
323796-PAÑAL TENA SLIP COMFORT TALLA XL BOLSA X 9 UNDS
40,184 40 0 0 1,607,357

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,164,217
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,164,217
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 1,350,720 256,637
EXCLUIDAS: 556,860 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1551 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MAZO DE HERNANDEZ STELLA
CC 21255008
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR GERIATRICO 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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Claudia Vargas 4382834

CUFE: 58d48242de89047df598910d4f7d344594b28253b5cadaaab3cf620bd4f8c5

DATOS DEL CLIENTE:
MAZO DE HERNANDEZ STELLA
CC 21255008
CQ 4 # 71 - 49 HOGAR GERIATRICO
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Claudia Vargas
4382839

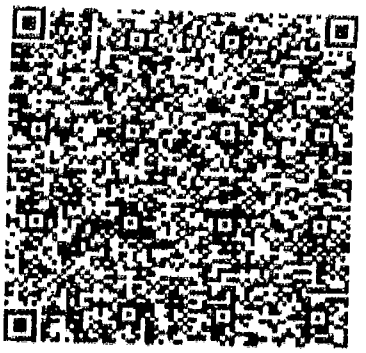
CUFE: a93e8fa916c71b6ffa8fa33351da
f402c8c5410d3480be53bd9ed2b9faaf69
2b4de9d790ffafb3a77865749c57b87517

6042509320



a60c19786e2e5258fe3eb3689eba5b4ddd

6042509320



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 22/2026

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	DORA ELISA DE JESUS CARDENAS GONZALEZ	DOCUMENTO	21379622
No. Carné	32529546	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
NORSPAN 7/ 10MG(10MCG/H) DPP CJX4 PCH	BUPRENORFINA	PARCHE	2 PARCHES	TRANSDERMICA	CADA SEMANA	30 DIAS	8	APLICAR 2 PARCHES SEMANALES.
LYRICA 20 mg/ml SOLUCION ORAL - 105 ml	PREGABALINA 20 mg/ml SOLUCION ORAL - 105 ml	FRASCO	3.5CC	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	6	TOMAR 3.5 CC CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN/CAFEINA 500/65mg	ACETAMINOFEN/CAFEINA 500/65mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA A LAS 8AM Y UNA A LAS 4PM.
XARELTO 20MG	RIVAROXABAN 20MG Tableta Recubierta con Película	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
RISPERDAL 1mg/ml SGS CJXFCO30ml	RISPERIDONA	FRASCO	9 GOTAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	6	9 GOTAS DIARIAS
PROPAFENONA 150 mg TABLETA	PROPAFENONA 150 mg TABLETA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
METOPROLOL 50 mg MK	METOPROLOL SUCCINATO 50 mg TABLETA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
MELATONINA 5 mg	MELATONINA 5 mg	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
PAÑAL TENA SLIP ULTRA TALLA L	PAÑAL TENA SLIP ULTRA TALLA L	UNIDAD	1 UNIDAD	N/A	CADA 6 HORAS	90 DIAS	360	4 CAMBIOS DIARIOS

FIRMA:

Yainis Castro B.

CODIGO: 1553-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234696
FECHA: 21-09-2026 16:41
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1562947
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRA SCO X 120 UNDS
61,560 1 0 0 61,560
340079-CIRCADIN TABLETAS 2 MG CAJA X 30 UNDS
206,347 1 0 0 206,347

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 267,907
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 267,907
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 267,907 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1553-T--DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDENAS DE LONDOÑO DORA
CC 21379622
CL 52 # 43 - 118 AP 1501 ED CASA BLANCA
TELEFONO: 3122487575
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 7493fb24856f25930bae91517b344019987bfea3326531afd1bb58a1b672b2bd8762494387dea1c44ac5e4a371c4b77a

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234708
FECHA: 21-09-2026 17:13
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1562959
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

340079-CIRCADIN TABLETAS 2 MG CAJA X 30 UNDS
206,347 2 0 0 412,694

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 412,694
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 412,694
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 412,694 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1553-t- domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDENAS DE LONDOÑO DORA
CC 21379622
CL 52 # 43 - 118 AP 1501 ED CASA BLANCA
TELEFONO: 3122487575
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 0aaa429cfa060d3fb8b74eed4d9e02099c6100b73cec8c39c3020cb1a224acde9c1204edc47d69c76c5a6b13099c56f7





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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234
334
FECHA: 19-09-2026 17:12
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1562585
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129151-NORSPAN 7 DCONT 10 UG/H (RG
) PARCHE 10 MG CAJA X 4 UNDS
57,480 2 0 0 114,960
249463-LYRICA SOLUCION 20 MG CAJA
105 ML
115,358 6 0 0 692,148
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
043920-XARELTO (RG) COMPRIMIDOS 20
MG CAJA X 14 UNDS
96,306 7 0 0 674,142
277469-RISPERDAL (RG) INST. SOLUCI
ON ORAL CAJA 30 ML
14,529 6 0 0 87,174
115538-RYTMONORM (PROPAFENONA)INST
TABLETAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
202,140 3 0 0 606,420
001706-RYTMONORM TABLETAS 150 MG C
AJA X 30 UNDS
237,210 3 0 0 711,630
155100-METOPROLOL SUCCINATO MK 50
MG TABLETA CAJA X 30 UNDS
13,964 3 0 0 41,892
323154-PAÑAL TENA SLIP ULTRA PROTE
CT TALLA L BOLSA X 21 UNDS
99,708 17 0 0 1,695,031

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 5,017,777
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 5,017,777
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
IVA DE: 19	1,424,396	270,635
EXCLUIDAS:	2,928,366	0
EXENTAS:	394,380	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1553-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1

DATOS DEL CLIENTE:
CARDENAS DE LONDOÑO DORA
CC 21379622
CL 52 # 43 - 118 AP 1501 ED CASA BLANCA
TELEFONO: 3122487575
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: eebb30a81620df1da7a5d38764c4
97187dbf877efee6110886b06dd190db57
b66ed448158390346915c0e5b83aef01af

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sandra Martinez identificado con cédula número 50994886, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Sandra M.

FECHA 19 de sep. 2026

122

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**GLORIA LUCIA LOAIZA CARDONA**	**CEDULA 43093442**	
No. Carné	**70066126**	**Fecha**	**23-sep-26**

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
METFORMINA 500 MGR	**GLUCOPHAGE**	**TABLETA**	**1 TABLETA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DESPUS DEL ALMUERZO**
CALCIO CITRATO VITAMINA D3	**CALCIBON D**	**TABLETA**	**1 TABLETA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 DESPUS DEL ALMUERZO**
ATORVASTATINA 20 MK	**MK**	**TABLETA**	**1 TABLETA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 EN L ANOHE**
LOSARTAN 50 MG	**SATOREN**	**TABLETA**	**1 TABLETA**	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**1 EN LA MAÑANA**
PANCREATINA 150MG/SIMETICONA80/LEVOSULPIRIDE25	DIMOFLAX	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	1 EN AYUNAS Y 1 ANTES ELA ULTIMA COMIDA
ALGINATO sodio + CARBONATO calcio	GASTROFAST	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
ACETAMINOFEN 500 MGR	DOLEX	TABLETA	2 TABLETAS	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	360 TRESCIENTOS SESENTA	2 EN LA MAÑANA Y 2 EN LA NOCHE
CARBOXIMETILCELULOSA 0.1 %	FREEGEN GEL	GOTAS	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 6 HORAS	90 DIAS	3 TRES	4 VECES A DIA EN AMBOS OJOS
BUDESONIDA 160mcg/ FORMOTEROL 4.45	SYMBICORT RAPIHALER	INHALADOR	1 PUFF	INHALATORIA	CADA 24 HOAS	90 DIAS	3 TRES	1 PUFF A NECESIDAD
				POR 3 MESES				

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

CODIGO: 1555-T

Fdo. Paciente
70066126

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
034
FECHA: 23-09-2026 13:02
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563285
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600229-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 5
00 MG CAJA X 30 UNDS
77,850 3 0 0 233,550
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
60,660 3 0 0 181,980
213217-ATORVASTATINA MK TABLETAS 2
0 MG CAJA X 30 UNDS
60,240 3 0 0 180,720
115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TA
BLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
281,100 3 0 0 843,300
100279-DIMOFLAX INST. TABLETAS CAJ
A X 60 UNDS
89,820 3 0 0 269,460
100280-GASTROFAST ADVANCE INST. ME
NTA CAJA X 12 SACHET
46,836 15 0 0 702,540
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INS
T. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 3 60 0 436,320
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL
C) GEL 1 % CAJA 15 ML
70,619 3 0 0 211,857
138066-SYMBICORT RAPIHALER (RG) IN
HALADOR 160/4.5 MCG CAJA 120 DOSIS
101,760 3 0 0 305,280

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 3,365,007
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,365,007
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 3,365,007 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1555 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOAIZA CARDONA GLORIA LUCIA
CC 43093442
CR 76 # 19 - 26 AL FRENTE DE LA
BIBLIOTECA BELEN TERCER PISO
TELEFONO: 3136015564
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: 07a429449348775a130782f558f9
aa1223e81a9a2326a1d292634f7cb84769
2a6b71b12f61d016f76586ce5275df0410

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luis Fdo García H. identificado con cédula número 70866126, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Fdo García H -

FECHA 23-09/26

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**NORA ELENA PEÑA QUINTERO**	**CEDULA 32285102**	
No. Carné	**70044832**	**Fecha**	**18-sep-26**

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
CITRATO DE CALCIO /VITAMINA D 800UI	CALCIBON	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIA
ACETAMINOFEN 500/CAFEINA 65	DOLEX FORTE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 DIARIAMENTE
ALGINATO DE SODIO/BICARBIONATO DE SODIO Y DE CALCIO	GASTROFAST	SACHET	1 SACHET	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 SOBRE EN LA NOCHE
PREGABALINA 75 MGR	LYRICA	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE
ROSUVASTATINA 10 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
VITMINA D3 2000UI	FARMA D	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE
				PARA 3 MESES				

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

CODIGO: 1575-T

GTH-F-005 V.01

Wilmar Bolaños A
CC. 70044832

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234583
FECHA: 20-09-2026 21:56
VENDEDOR: DEYNER JHOVAN SANCHEZ CHA
SECUENCIA: 1562834
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS
60,660 3 0 0 181,980
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
100280-GASTROFAST ADVANCE INST. MENTA CAJA X 12 SACHET
46,836 7 6 0 351,270
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 10 MG CAJA X 28 UNDS
203,730 3 0 0 611,190
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS
84,120 [illegible] 0 [illegible]660

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,791,180
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,791,180
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,396,800 0
EXENTAS: 394,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1575-T---domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEÑA QUINTERO NORA ELENA
CC 32285102
CR 99B # 49B - 161 RESERVA FAUNA
APT 624 TORR 1
TELEFONO: 3148370601
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: Wilmar Colorado M CC. 70044832

CUFE: b990722d20fa7480093d3c1bfb05

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234596
FECHA: 21-09-2026 08:01
VENDEDOR: MELISSA GUTIERREZ CHANCI
SECUENCIA: 1562847
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

662001-LYRICA INST.(RG) (PREGABALINA) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,290 3 0 0 138,870

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 138,870
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 138,870
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 138,870 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1575t--domiclio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
PEÑA QUINTERO NORA ELENA
CC 32285102
CR 99B # 49B - 161 RESERVA FAUNA
APT 624 TORR 1
TELEFONO: 3148370601
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: Wilmar Colorado M 70044832

CUFE: d80d991e756b5ed450590202819d
e87fa563a54f3cf9a7045921a11d9e33bb
f0068e0[illegible]cc45581ffede93e9132002f9b

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	LAURA ACEVEDO GOMEZ.	DOCUMENTO	1020230076
No. Carné	43807906-E	Fecha	18-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Lisdexanfetamina 30mg	Lisdexanfetamina 30mg	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
MOLTOBEN 20mg	Fluoxetina 20mg	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ROBAXIFEN NF 325/400MG	ACETAMINOFEN/METOCARBAMOL	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	6 DIAS	24	TOMAR UNA CADA 8 HORAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1586-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Carn Sorlaray A

CC 43807906.

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234
662
FECHA: 21-09-2026 14:10
VENDEDOR: DEYNER JHOVAN SANCHEZ CHA
SECUENCIA: 1562913
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

181256-SAMEXID DCONT CAPSULAS 30 M
G CAJA X 30 UNDS
287,182 1 0 0 287,182
115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA)
CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS
241,580 2 0 0 483,160
329065-ROBAXIFEN NF TABLETAS 325MG
/400MG CAJA X 24 UNDS
96,525 1 0 0 96,525

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 866,867
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 866,867
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 866,867 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1586--T---DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
GOMEZ ACEVEDO LAURA
RC 1020230076
00000062
TELEFONO: 3207874243
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

Carmen Barrios
OBS: CC 43807406
CUFE: 55d1b040b350db2c043cab40447c
1f722d63a80eda6185f9bd33a67699e9f2
9305d8b1da82c31a01db91d05d8969d67e



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Carmen Dory Gonzalez identificado con cédula número 43807906, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Carmen Dory Gonzalez

FECHA 22/09/2026

131

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ILMA INES TABARES ALVAREZ	DOCUMENTO	43670141
No. Carné	6786947-C	Fecha	18-ago-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
EFEXOR XR 150MG	VENLAFAXINA 150MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
EFEXOR 37 ,5 mg	VENLAFAXINA 37.5MG	CAPSULA	2 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	60	TOMAR 1 CAPSULA CON EL EFEXOR 150 POR 2 SEMANAS, LUEGO CONTINUAR CON 2 DIARIA.
RIVOTRIL GOTAS 2.5MG7ML FRASCO X 20ML	CLONAZEPAM GOTAS 2.5MG7ML	FRASCO	4 GOTAS	ORAL	CADA 8 HORAS	30 DIAS	1	TOMAR 4 GOTAS EN LA MAÑANA, 4 GOTAS AL ALMUERZO Y 4 GOTAS EN LA NOCHE.
VALCOTE ER 250MG	ACIDO VALPROICO 250MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA DIARIA EN LA MAÑANA.
VALCOTE ER 500MG	ACIDO VALPROICO 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA CADA NOCHE.

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1590-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234594
FECHA: 21-09-2026 07:40
VENDEDOR: MELISSA GUTIERREZ CHANCI
SECUENCIA: 1562845
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

303347-RIVOTRIL ROCHE (DCONT) GOTAS 2.5 MG CAJA 20 ML
72,748 1 0 0 72,748

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 72,748
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 72,748
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 72,748 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1590-t domiclio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TABARES ALVAREZ ILMA INES
CC 43670141
CR 86 # 32 - 27 CS113 URB. QUINTAS DE LOS ALPES
TELEFONO: 3164964954
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: b2c8278e670e4270acbc934137c1af1469ad49428bdd2ddba4d89558cee33affa2cc7a05a8ac61a2be4f053b8e[illegible]fcb7

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234586
FECHA: 21-09-2026 00:01
VENDEDOR: DEYNER JHOVAN SANCHEZ CHA
SECUENCIA: 1562837
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

249168-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 150 MG CAJA X 30 UNDS
52,590 1 0 0 52,590
379167-EFEXOR XR (RG) CAPSULAS 37.5 MG CAJA X 7 UNDS
3,066 8 0 0 24,528
001844-VALCOTE ER(RG) TABLETAS 250 MG CAJA X 30 UNDS
33,900 1 0 0 33,900
001846-VALCOTE ER(RG) TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
67,800 1 0 0 67,800

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 178,818
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 178,818
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 178,818 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1590-T---DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
TABARES ALVAREZ ILMA INES
CC 43670141
CR 86 # 32 - 27 CS113 URB. QUINTAS DE LOS ALPES
TELEFONO: 3164964954
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL



OBS:

CUFE: 409 -

zRegla: FAD90, Fecha: Fecha de generación: dé la factura sea igual a la fecha .Regla: FAJ43b, Notificación: Nombre

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fernando Castrillón identificado con cédula número 6786947, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 21-09-2020

134

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARIA LADY MARGUEVITE LOPEZ VANEGAS	DOCUMENTO	21363624
No. Carné	8299367-C	Fecha	21-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
DOLEX 500MG	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR UNA CADA 8 HORAS. POR DOLOR
BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG	BISOPROLOL FUMARATO 2,5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
BUMETIN 200MG	TRIMEBUTINA MALEATO 200MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
DOLEX FORTE NF 500/65MG	ACETAMINOFEN 500MG/CAFEINA 65MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR UNA CADA 8 HORAS. POR DOLOR
EUTIROX® 100 MCG	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO
SERTRALINA 100MG	SERTRALINA CLORHIDRATO 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
OMEPRAZOL 20MG	OMEPRAZOL 20MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA, 20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO
DAFLON® 1000 mg SUSPENSIÓN ORAL	FRACCIÓN FLAVONOIDE PURIFICADA	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UN SOBRE DIARIO
MELATONINA 3mg	MELATONINA 3MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
ISOKLON 3MG	ESZOPICLONA 3MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA CADA NOCHE
LYRICA 75 MG C	PREGABALINA 75MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
JARDIANCE 10 mg	EMPAGLIFLOZINA 10MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
ROSUVASTATINA 20MG	ROSUVASTATINA 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
CALCIBON D 800UI	CALCIO CITRATO VITAMINA D3	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
COLCHICINA 0.5mg	COLCHICINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
PARKEN 25/250MG	LEVODOPA CARBIDOPA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS, SEGUN RECOMENDACIÓN DE ESPECIALISTA.
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 1%, SOLUCION OFTALMICA FRASCO 15ML	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 1%, SOLUCION OFTALMICA FRASCO 15ML	FRASCO	2 GOTA	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	1 GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS.
CLOPIDOGREL 75MG	CLOPIDOGREL 75MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

CODIGO: 1612- T

GTH-F-005 V.01

Luis Gg

21.363.628

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234
828
FECHA: 22-09-2026 10:22
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563079
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213704-BISOPROLOL MK (RG) TABLETAS
2.5 MG CAJA X 30 UNDS
9,720 3 0 0 29,160
404342-ISOKLON (DCONT) TABLETAS 3
MG CAJA X 14 UNDS
69,328 2 0 0 138,656

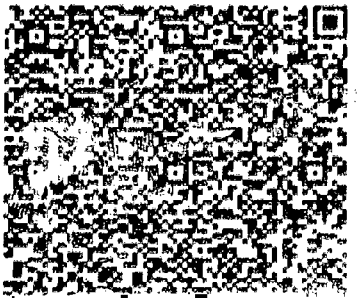
---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 167,816
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 167,816
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 167,816 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1612 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ VANEGAS MARIA LADY MARGUEVITI
CC 21363624
CL 3 SUR # 53 - 20 RODEO SUR GUA
YABAL
TELEFONO: 2550310
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

21363624

OBS:

CUFE: df3[illegible]420be[illegible]6c1d5ffede651df72
50e3da427a92ef[illegible]c0228f9c3c4d848
3fd601a14eeaac4e9ca9ab77a0679ba516



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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234684
FECHA: 21-09-2026 15:50
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1562935
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

069784-PARKEN TABLETAS 25/250 MG CAJA X 30 UNDS
54,000 4 0 0 216,000

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 216,000
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 216,000
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 216,000 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1612-T-domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ VANEGAS MARIA LADY MARGUEVITH
CC 21363624
CL 3 SUR # 53 - 20
TELEFONO: 2550310
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MF .GENERAL
21.363624
OBS:

CUFE: baf1ae0cbdc0b995e 9396ac4c
8370b49ad692335877109c 1729
56 e2e63a7d46462fee5fde7 02c adedd

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234661
FECHA: 21-09-2026 14:06
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1562912
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 5 20 0 591,570
100278-TRIMEBUTINA MK INST TABLETAS 200 MG CAJA X 30 UNDS
25,140 3 0 0 75,420
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 2 70 0 327,240
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS
10,900 1 40 0 19,620
100278-SERTRALINA MK INST. TABLETAS 100 MG CAJA X 30 UNDS
98,400 3 0 0 295,200
213400-OMEPRAZOL MK CAPSULA 20 MG CAJA X 30 UNDS
23,520 3 0 0 70,560
861023-MELATONINA CAPSULA 3 MG FRASCO X 120 UNDS
61,560 1 0 0 61,560
683202-D LON INST. 1000 MG SACHETS SOLUCI BEBIBLE CAJA X 30 UNDS
106,140 3 0 0 318,420
249462-LYRICA (RG) CAPSULAS 75 MG CAJA X 30 UNDS
46,290 3 0 0 138,870
253016-JARDIANCE (RG) TABLETAS 10 MG CAJA X 30 UNDS
66,600 3 0 0 199,800
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
186,180 3 0 0 558,540
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 800 U.I CAJA X 30 UNDS
60,660 3 0 0 181,980
115700-COLCHIMEDIO INST. (COLCHICINA) TABLETAS 0.5 MG CAJA X 40 UNDS
28,520 4 20 0 128,340
069784-PARKEN TABLETAS 25/250 MG CAJA X 30 UNDS
54,000 5 0 0 270,000
118600-FREEGEN INST. (CARBOXIMETIL C) GEL 1 % CAJA 15 ML
57,791 3 0 0 173,373
213131-CLOPIDOGREL MK(RG) TABLETAS

75 MG CAJA X 30 UNDS

14		3	0	0	42,750

----------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 3,453,243
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,453,243
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	2,861,673	0
EXENTAS:	591,570	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1612-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
LOPEZ VANEGAS MARIA LADY MARGUEVITI
CC 21363624
CL 3 SUR # 53 - 20
TELEFONO: 2550310
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Lopez

21-363 624
OBS:

CUFE: e62090fe270beb74a6dd4d965dd7
d6d3c2ed8eab3ce3c0187dbf1f547df348
1aaeab13a0d00c4fba3395d47 e05af458

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Marguerite Lopez identificado con cédula número 21.363.624, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 21 Sept 26

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario: MARIA NUBIA CAÑOLA DE MONTOYA — DOCUMENTO: 22172645

No. Carné: 43342086 — Fecha: 21-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
JARDIANCE TABLETA 25 mg	EMPAGLIFOZINA 25MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS DESPUES DEL ALMUERZO.
TRAYENTA DUO (2.5+1000)mg	LINAGLIPTINA/METFORMINA 2.5MG/1000MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS
ATORVASTATINA 40 MG.	ATORVASTATINA 40 MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE.
EUTIROX 75 MCG	LEVOTIROXINA 75MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO.
LOSARTAN 50MG	LOSARTAN 50MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
VALCOTE 500MG	ACIDO VALPROICO 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA EN LA MAÑANA Y UNA POR LA NOCHE.

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1651-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

C.C. 1548201

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234685
FECHA: 21-09-2026 15:53
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1562936
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253017-JARDIANCE (RG) TABLETAS 25 MG CAJA X 30 UNDS
166,500 3 0 0 499,500
213214-ATORVASTATINA MK TABLETAS 40 MG CAJA X 30 UNDS
78,360 3 0 0 235,080
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 75 MCG CAJA X 50 UNDS
18,900 1 40 0 34,020
115700-SATOREN INST. (LOSARTAN) TABLETAS 50 MG CAJA X 30 UNDS
281,100 3 0 0 843,300
001322-VALCOTE(RG) TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
67,800 6 0 0 406,800

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 2,018,700
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,018,700
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,018,700 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1651 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAÑOLA DE MONTOYA MARIA NUBIA
CC 22172645
TV 38 # 72 - 148 TORRELUJO AP 701
TELEFONO: 3116233774
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234853
FECHA: 22-09-2026 12:30
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563104
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116400-TRAYENTA DUO (RG) INST. TABLETAS 2.5/1000 MG CAJA X 60 UNDS
16,680 3 0 0 50,040

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 50,040
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 50,040
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 50,040 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1651 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CAÑOLA DE MONTOYA MARIA NUBIA
CC 22172645
TV 38 # 72 - 148 TORRELUJO AP 701
TELEFONO: 3116233774
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Alcides Montoya C. 15486201

CUFE: Insertado desde código. Pendiente envío a Cadena

OBS: Alcides Montoya C.
1548(20

CUFE: a3a30b42341cef18b6293f7ccf0b
8ad82dc94f4f7cab8bdbdb9e872f039058
4196deb3b06844358ef50914260609b3e0



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alcides Montoya C. identificado con cédula número 15486201, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 21/09/26

141

SENA

Versión: 02
Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA FANNY D E JESUS ALVAREZ BOLIVAR **CEDULA** 43503064

CARNET 8247664 **Fecha** 21-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
AMLODIPINO 5 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
LOSARTAN100/HCTZ 25	SATOREN H	TABLETA	1 TAELETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA MAÑANA
ACETAMINOFEN500/ CAFEINA 65	DOLEX FORTE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 AL DIA
VITAMINA D3 2000UI	FARMA D	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DESPUES DEL DESAYUNO
ACETAMINOFEN 325/HIDROCODONA 5 MGR	SINALGEN	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE SI HAY DOLOR
ROSUVASTATINA 10/ FENOFIBRATO 135	FENOVAS	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	1 EN LA NOCHE	1 EN LA NOCHE
METFORMINA 500 MGR	GLUICOPHAGE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	1 ESPUES DEL ALMUERZO	1 DESPUES D EL ALMUERZO
				PARA 3 MESES				

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 1656-T

43503064

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234687
FECHA: 21-09-2026 16:02
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1562938
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213311-AMLODIPINO MK TABLETAS 5 MG CAJA X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
115700-SATOREN-H FORTE INST. TABLETAS 100/25 MG CAJA X 30 UNDS
6,600 3 0 0 19,800
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS 500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
100278-FARMA D CBG INST. TABLETAS 2000 UI FRASCO X 30 UNDS
84,120 3 0 0 252,360
116507-FENOVAS INST CAPSULAS BLANDAS 10MG/135MG CAJA X 30 UNDS
242,820 3 0 0 728,460
600229-GLUCOPHAGE INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 30 UNDS
77,850 3 0 0 233,550

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,695,780
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,695,780
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,301,400 0
EXENTAS: 394,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1656 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ BOLIVAR FANNY
CC 43503064
CL 30 # 82A - 32 CS 1 PS
TELEFONO: 6031962
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

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234810
FECHA: 22-09-2026 08:46
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563061
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

129735-SINALGEN TABLETAS 5MG/325MG CAJA X 30 UNDS
122,640 3 0 0 367,920

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 367,920
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 367,920
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 367,920 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1656 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ALVAREZ BOLIVAR FANNY
CC 43503064
CL 30 # 82A - 32 CS 1 PS
TELEFONO: 6031962
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 43503064

OBS:

CUFE: 968f95f40e37b63dd587788e7027ef3b71c8bff92550044b94d1fc3d6a20a1c83ccd677a1881e5a69a22d3909163affa

ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL Luis Mtz Bain
213503064

OBS:

CUFE: 40ab6b6b230990e44a16f6b21dba
e2a8c6940cd09864024a7bbcca535966c4
da014a8a004bc599e97f6dc7a9893448c3

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fanny Alvarez Bolivar identificado con cédula número 43503064, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA 21-09-2026

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	JULIAN SANTIAGO MADRID DUQUE	CEDULA 1128471854	
No. Carné	32497802	Fecha	21-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ESOMEPRAZOL 20 MGR	NEXIUM	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	84 OCHENTA Y CUATRO	1 EN AYUNAS
EZETIMIBE 10 MGR	ZETIA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	84 OCHENTA Y CUATRO	1 EN LA NOCHE
ACETAMINOFEN/ CAFEINA 500/65	DOLEX FORTE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	84 OCHENTA Y CUATRO	2 AL DIA
				POR 3 MESES				

CODIGO: 1661-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

GTH-F-005 V.01

CC 32497802

145.

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234
694
FECHA: 21-09-2026 16:27
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1562945
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115300-NEXIUM INST. (ESOMEPRAZOL)
COMPRIMIDOS 20 MG CAJA X 28 UNDS
71,008 3 0 0 213,024
365296-ZETIA (RG) TABLETAS 10 MG C
AJA X 30 UNDS
115,440 3 0 0 346,320
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 1 30 0 175,280

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 734,624
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 734,624
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	559,344	0
EXENTAS:	175,280	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1661 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MADRID DUQUE JULIAN SANTIAGO
CC 1128471854
CL 52 # 71 - 60 AP 602 PORTOVELO
DE COLORES
TELEFONO: 5839669
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: cc 32457802.

CUFE: d30d76cb6120d8f1299f15017068

9249483281b13155c5d6ed86e62b725474
849b8e0ccbedd3d1335c6326dd01798a6d



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alba Duque L. identificado con cédula número 32497802, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA 21 de Sep 2020

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ULDA URSULINA BOLAÑO D E ARIZA	CEDULA 26966309	
No. Carné	40921041	Fecha	21-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
CARBOXIMETILCELULOSA 0.5%	FREEGEN	GOTAS	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 4 HORAS	90 DIAS	3 TRES	APLICAR 6 VECES AL DIA EN AMBO SOJOS 1 GOTA
ACIDO POLIACRILICO 0.2%	ACRYLARM GEL	TUBO	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3 TRES	APLICAR 1 GOTA EN AMBOS OJOS EN LA MAÑANA Y LA NOCHE
				POR 3 MESES				

CODIGO: 1664-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

CC 40921041

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234
843
FECHA: 22-09-2026 11:50
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563094
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

669548-FREEGEN INST. (CARBOXI) SOL
UCION OFTALMICA 0.5 % FRASCO 15 ML
63,773 3 0 0 191,319
600008-ACRYLARM INST. GEL CAJA 10
G
59,739 3 0 0 179,217

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 370,536
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 370,536
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 370,536 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1664 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOLAÑO DE ARIZA ULDA URSULINA
CC 26966309
CR 79 # 35 - 43 AP 202 BARRIO LA
URELES
TELEFONO: 6045057604
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: 40921041

CUFE: Insertado desde código. Pend
iente envío a Cadena

149

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Amaris Ariza B identificado con cédula número 42892041, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Amaris Ariza

FECHA 22-09-2026

150

Versión: 02
Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

BENEFICIARIA	**ROCIO VALENCIA D E TABARES**				**CEDULA 32416797**			
CARNET	**8235508**				**Fecha 21-sep-26**			
GENÉRICO	**COMERCIAL**	**PRESENTACION**	**DOSIS**	**VIA DE ADMINISTRACION**	**FRECUENCIA**	**TIEMPO**	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES**
MELATONINA 3 MGR	MELATONIN	**TABLETA**	2 TABELTAS	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**180 CIENTO OCHENTA**	**TOMAR 2 EN LA NOCHE**
DULOXETINA 60 MGR	DUXETINA	**CAPSULA**	1 CAPSULA	**ORAL**	**CADA 24 HORAS**	**90 DIAS**	**90 NOVENTA**	**TOMAR 1 DESPUES DEL DESAYUNO**
				PARA 3 MESES				

Gloria JL

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
RM 51607-96

CODIGO: 1669-T

Angela María Tabares ✓
43090387

GTH-F-005 V.01

151

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234
840
FECHA: 22-09-2026 11:41
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563091
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

087022-MELATONINA FUNAT TABLETAS P
OTE X 60 UNDS
51,960 3 0 0 155,880
213377-DULOXETINA MK (RG) TABLETA
S 60 MG CAJA X 30 UNDS
74,370 3 0 0 223,110

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 378,990
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 378,990
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 378,990 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1669 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
VALENCIA DE TABARES ROCIO
CC 32416797
CL 20A # 73 - 59 CASA BELEN SAN
BERNARDO
TELEFONO: 2562260
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 Angela Monatabares V
43090382

OBS:

CUFE: Insertado desde código. Pend
iente envio a Cadena



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Rocio Valencia de Tabares identificado con cédula número 32416797, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Angela Maria Tabares V

FECHA 22 sept. / 26.

153

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	DOCUMENTO	32460218
No. Carné	43090277	Fecha	21-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Ácido acetilsalicílico 81 mg	Ácido acetilsalicílico 81 mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
Ezetimibe/Rosuvastatina 10 mg/20 mg Tableta	Ezetimibe/Rosuvastatina 10 mg/20 mg Tableta	CAPSULA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS POR LA NOCHE
Dinitrato de isosorbide 5 mg	Dinitrato de isosorbide 5 mg Tableta sublingual	TABLETA	1 TABLETA	SUBLINGUAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA TABLETA SOLO EN CASO DE DOLOR TORÁCICO

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO 1684-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Lucía Gómez Osorio
CC 43494512

154

DISTRIBUIDORA PASTEUR
8909[illegible]1663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234837
FECHA: 22-09-2026 11:19
VENDEDOR: ANGIE PAULINA FRANCO GALV
SECUENCIA: 1563088
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116900-CARDIOASPIRINA INST. TABLET AS 81 MG CAJA X 30 UNDS
44,640 2 0 0 89,280
213336-ROSUVASTATINA /EZETIMIBE MK TABLETAS 20/10 MG CAJA X 30 UNDS
153,366 3 0 0 460,098
005339-ISOCORD TABLETAS 5 MG CAJA X 20 UNDS
43,460 2 0 0 86,920

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 636,298
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 636,298
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 636,298 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1684-T---DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA
CC 32460218
CL 38A # 80 - 53 BLOQUE 5 AP 61 8 JARDIN DE LOS LAURELES
TELEFONO: 4110865
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Lucia Gomez Ossa cc 43494512

CUFE: 373c50164d14103802d2169dab43a0858d02ef8d3272d1685b3994bb1ea7dbf9d013a672a58e86f74ae1df461dfd4612

CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234934
FECHA: 22-09-2026 18:38
VENDEDOR: NATALIA SANCHEZ GIRALDO
SECUENCIA: 1563185
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

116900-CARDIOASPIRINA INST. TABLET AS 81 MG CAJA X 30 UNDS
44,640 1 0 0 44,640

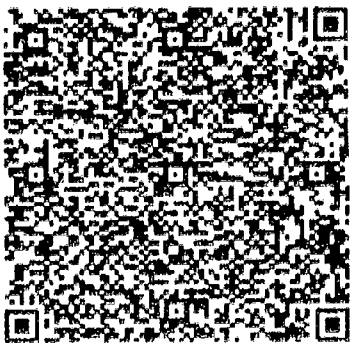
---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 44,640
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 44,640
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 44,640 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1684-T DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA
CC 32460218
CL 38A # 80 - 53 BLOQUE 5 AP 61 8 JARDIN DE LOS LAURELES
TELEFONO: 4110865
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Martha Gomez 43494526

CUFE: dac051548684627d2dbfa28bac051d5370e47443827339652104f5cdf64cb6568231928c8665d1c8a1263ea80e552c62

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70





SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Lucía Gómez Ossa identificado con cédula número 43494 512, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Lucía Gómez Ossa

FECHA Sept 21/2026

156

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	FANNY STELLA ARANGO DE NIETO	DOCUMENTO	41397513
No. Carné	17092995-C	Fecha	22-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ULTIBRO BREEZHALER 110/50MCG	INDACATEROL MALEATO 110µgd/ GLICOPIRRONIO 50mcg	CAPSULA	1 CAPSULA	INHALATORIA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	UNA CAPSULA INHALATORIA CADA 24 HORAS.
ESOMEPRAZOL 20MG	ESOMEPRAZOL 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS EN AYUNAS.
GASTROFAST ADVANCE	Alginato de sodio, Bicarbonato de sodio, Magaldrato,	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR UN SOBRE CADA 8 HORAS SOLO POR SINTOMAS GASTRICOS.
EUTIROX® 100 MCG	Levotiroxina 100mcg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO.
CARMELUB TEARSGEL 1% FCOX15ML	CARBOXIMETILCELULOSA SODIO 10MG/ML	FRASCO	1 APLICACIÓN	OFTALMICA	CADA 8 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS.
ATORVASTATINA 40MG	ATORVASTATINA 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS. POR LA NOCHE.
Sominium x 50 mg Tabletas	Sertralina x 50 mg Tabletas	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA DESPUES DEL DESAYUNO.
Quetiapina x 100mg	Quetiapina x 100mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE JUNTO CON LA ESZOPICLONA
BIOCALCIUM D EFER CJX30SOB	CALCIO CARBONATO 500MGVITAMINA D3 200UI Gránulos Efervescentes	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UN SOBRE DIARIO.
FARMA D 5000UI	VITAMINA D 5000UI	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1710-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

CC 17092995

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234847
FECHA: 22-09-2026 12:05
VENDEDOR: ANGIE PAULINA FRANCO GALV
SECUENCIA: 1563098
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

067138-ULTIBRO BREEZHALER CAPSULAS INH. 110/50MG CAJA X 30 UNDS
162,210 3 0 0 486,630
100280-GASTROFAST ADVANCE INST. MENTA CAJA X 12 SACHET
46,836 22 6 0 1,053,810
213077-CARMELUB TEARSGEL MK GOTAS OFTALMICAS CAJA 15 ML
108,828 3 0 0 326,484
115400-EUTIROX INST. TABLETAS 100 MCG CAJA X 50 UNDS
10,900 2 0 0 21,800
213659-QUETIAPINA MK (RG) TABLETAS 100 MG CAJA X 30 UNDS
62,190 3 0 0 186,570
364159-ATORVASTATINA ECAR INST. TABLETAS 40 MG CAJA X 500 UNDS
76,000 0 90 0 13,680

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 2,088,974
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 2,088,974
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 2,088,974 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1710-T--DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARANGO DE NIETO FANNY STELLA
CC 41397513
CR 77B # 47 - 123 VELODROMO AP 401 CASIBARI
TELEFONO: 3242689716
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/93
AUT FACT 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234941
FECHA: 22-09-2026 19:05
VENDEDOR: KAREN DAYANA GONZALEZ PER
SECUENCIA: 1563192
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
98,790 3 0 0 296,370
258050-BIOCALCIUM-D EFERVESCENTE SOBRES CAJA X 30 UNDS
48,360 3 0 0 145,080
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 UI FRASCO X 30 UNDS
87,000 3 0 0 261,000
355024-DOMINIUM CAPSULAS 50 MG CAJA X 20 UNDS
141,200 5 0 0 706,000

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 1,408,450
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,408,450
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
--------[RESUMEN DE IMPUESTOS]--------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,408,450 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1710-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
ARANGO DE NIETO FANNY STELLA
CC 41397513
CR 77B # 47 - 123 VELODROMO AP 401 CASIBARI
TELEFONO: 3242689716
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 48dfbe3d90a0d54bda6b4d31ba6d
08b3da7e084f4c5c0a34cb7211a48efa4c
a734630f1699d6cbd6c438d0cb1587cf6d



CUFE: Insertado desde codigo. Pend
iente envio a Cadena

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo GERARDO NIETO ZAPATA identificado con cédula número 1.7092945, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA Sept. 22/2026

159

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	SONIA MARULANDA ALVAREZ	DOCUMENTO	32483282
No. Carné	70030103-C	Fecha	22-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
FLUOXETINA 20MG	FLUOXETINA CLORHIDRATO 20MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
EUTIROX® 75 MCG	LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, 1 HORA ANTES DEL DESAYUNO.
ACID MANTLE N LOC FCOX400ML	ALUMINIO ACETATO 0.53MGML Loción	FRASCO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR EN TODO EL CUERPO MEZCLADO CON LA CREMA HIDRATANTE HABITUAL UNA A DOS VECES AL DIA.
FENOVAS 20MG	ACIDO FENOFIBRICO 135MGROSUVASTATINA 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
DEFEROL 5000UI	VITAMINA D3 5000UI	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA.
ASPIRINA 100MG	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
ALLEGRA 120MG	FEXOFENADINA CLORHIDRATO 120MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
MELATONINA 3mg	MELATONINA 3MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
DICLOFEN 1% AEY	DICLOFENACO DIETILAMONIO 100000G Aerosol, Spray	FRASCO	1 APLICACIÓN	TOPICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	APLICAR CADA 12 HORAS EN AREA DE DOLOR
SICCAFLUID 0.25% GO FCOX10G	POLIACRILICO ACIDO 2.5mcg GO	FRASCO	1 APLICACIÓN	OFTALMICA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS
DOLEX FORTE (500+65)MG	ACETAMINOFEN + CAFEINA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR DOLOR
CALCIBON D 800UI	CALCIO CITRATO 1500 MG VITAMINA D3 800UI	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1721-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Sonia Marulanda

C.C. 32483282

Estamos felices contentos con el servicio que nos prestan.

Gracias

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
MAIL: LA70@PASTEUR.COM.CO

CAJA: CAJA 01 CARRERA 70
CAJERO: SARA ISABEL VALENCIA ZULETA
FECHA APERTURA: 21-09-2026 08:55
FECHA CIERRE: 21-09-2026 18:45

DENOMI. MONEDA	VALOR	CANT	PARCIAL
ABONOS INTERCR	0	1	1
TOTAL:			1

FIRMA: _____

160

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234
845
FECHA: 22-09-2026 11:58
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1563096
CODIGO-NOMBRE
V.U ENT FRA DTO PARCIAL

115700-MOLTOBEN INST. (FLUOXETINA)
CAPSULAS 20 MG CAJA X 20 UNDS
241,580 4 10 0 1,087,110
115400-EUTIROX INST. TAB EFAS 75 M
CG CAJA X 50 UNDS
18,900 1 40 0 34,020
024090-ACID-MANTLE N MEGA OFERTA L
OCION OFERTA 400 + 120ML
57,495 3 0 0 1.. ,485
116515-FENOVAS INST. ACID. FENO+RO
SUV CAPSULAS BLANDAS 20MG/135MG CAJA
239,220 3 0 0 717,660
107302-FARMA D CBG CAPSULAS 5000 U
I FRASCO X 30 UNDS
87,000 3 0 0 261,000
024004-ASPIRINA TABLETAS 100 MG CA
JA X 28 UNDS
14,720 3 0 0 44,160
137003-ALLEGRA TABLETAS 120 MG CAJ
A X 10 UNDS
91,210 9 0 0 820,890
861023-MELATONINA CAPSULA ? MG FRA
SCO X 120 UNDS
61,560 1 0 61,560
039072-DICLOFEN AER ASCO 200
ML
58,720 3 0 176,160
277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
60,660 3 0 0 181,980

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 3,951,405
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,951,405
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 3,557,025 0
EXENTAS: 394,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1721-T--DOMICILIOMOL

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
246
FECHA: 24-09-2026 16:03
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563497
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600008-ACRYLARM INST. GEL CAJA 10
G
59,739 3 0 0 179,217

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 179,217
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 179,217
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 179,217 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1721 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARULANDA ALVAREZ SONIA
CC 32483282
CR 77B # 53A - 35 AP 202 BL H ES
TADIO NORTE - 3012563608
TELEFONO: 6042640734
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: C/C 32483282

CUFE: 39cde786413a9b2f4e5b35195fbe
e38de8c4b30da647900de1b2e9e1331517
ccc7ff07a103558f8391b026047c439ffb

NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARULANDA ALVAREZ SONIA
CC 32483282
CR 77B # 53A - 35 AP 202 BL H ES
TADIO NORTE - 3012563608
TELEFONO: 6042640734
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: C.C 32483282

CUFE: Insertado d ...go. Pend
iente envio a Caden

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Sonia Maryland Flores identificado con cédula número 32483282, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 22/09/2021

162

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	BEATRIZ CARDONA POSADA	DOCUMENTO	41689031
No. Carné	11371474-C	Fecha	22-sep-26

RJ.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
MELATONINA 3MG	MELATONINA 3MG	TABLETA	2 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR 2 TABLETAS CADA NOCHE.

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1743-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Beatriz Cardona P.
41689035

163

DISTRIBUIDORA PASTEUR
890941663-1
FARMACIA PASTEUR CR 70
CRA 70 # C2-11
TELEFONO: 4441400 - 4087582
RESPONSABLE DE IVA
GRANDES CONTRIBUYENTES RES 2509/
AUT FACT 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317234
889
FECHA: 22-09-2026 15:22
VENDEDOR: KAREN DAYANA GONZALEZ PF
SECUENCIA: 1563140
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

087022-MELATONINA FUNAT TABLETAS P
OTE X 60 UNDS
51,960 3 0 0 155,880

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 155,880
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 155,880
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 155,880 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1743-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
CARDONA POSADA BEATRIZ
CC 41689031
CL 43B # 88 - 11 CS 1P FLORESTA
, ALCAZARES
TELEFONO: 5374632
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL cel: 3136544421

OBS: Beatriz Cardona P

CUFE: Insertado desde código. Pend
iente envío a Cadena

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Beatriz Cordona P identificado con cédula número 41.689.031, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Beatriz Cordona P

FECHA Sep. 22 - 2026

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ	DOCUMENTO	43025021
No. Carné	70094201-C	Fecha	23-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
DESLORATADINA 5MG	DESLORATADINA 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
DOLEX 500MG	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	270	TOMAR CADA 8 HORAS SOLO EN CASO DE DOLOR
FENOVAS 20MG	ACIDO FENOFIBRICO 135MGROSUVASTATINA 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
GAMO 20MG TR	PANTOPRAZOL SÓDICO TRIHIDRAT 20MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA DIARIA EN AYUNAS, ANTES DEL DESAYUNO

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO: 1753-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Cecilia Serna M.

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235022
FECHA: 23-09-2026 12:05
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1563273
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

213223-PANTOPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
73,590 3 0 0 220,770

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 220,770
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 220,770
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	220,770	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1753-T--domicilio
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SERNA MARTINEZ CECILIA
CC 43025021
CL 49E # 83A - 196 AP 1818 BL 5
SOL NACIENTE
TELEFONO: 3004576131
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Cecilia Serna M.

CUFE: 52149b83b77a9a75a3299ad71eba67e8727926c1ecf97abac0aef81986c2891c2dc794994c4ed0ce1831531a9c95ba66



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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235004
FECHA: 23-09-2026 09:14
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1563255
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600349-DESLORATADINA GENFAR INST. TABLETAS 5 MG CAJA X 10 UNDS
5,810 9 0 0 52,290
100280-DOLEX RAPIDA ACC. AVANZ INST. TABLETAS 500 MG CAJA X 100 UNDS
121,200 2 70 0 327,240
116515-FENOVAS INST. ACID. FENO+ROSUV CAPSULAS BLANDAS 20MG/135MG CAJA
239,220 3 0 0 717,660

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,097,190
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,097,190
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------

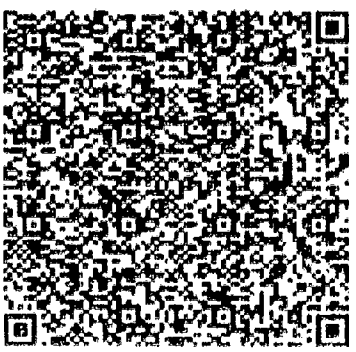
DESCRIPCION	BASE	IMPUESTO
EXCLUIDAS:	1,097,190	0
IMPOCONSUMO	0	0

FORMULA: 1753-T-DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
SERNA MARTINEZ CECILIA
CC 43025021
CL 49E # 83A - 196 AP 1818 BL 5
SOL NACIENTE
TELEFONO: 3004576131
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Cecilia Serna M.

CUFE: 601d16c8c4452db33d32da5b895c6f0872657d7525df94d1bc2300597ff8138978b3a64c11397b50e9ddf8c27c2e87c1





SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Cecilia Serna M. identificado con cédula número 43025021, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA 09. 23 - 2026.

FECHA Cecilia Serna M.

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	**TRINIDAD DEL SOCORRO MONOYA CARDONA**	**CEDULA 42975319**	
No. Carné	70119494	**Fecha**	**23-sep-26**

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
CITRATO D E CALCIO315/VITAMINA D 200UI	CITRAGEL	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 TABLETAS	1 DESPUES DEL ALMUERZO
BUDESONIDA/FORMOTEROL 320/9 ug	SYMBICORT	INHALADOR	1 PUFF	INHALADO	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3 TRES	1 PUFF EN LA MAÑANA Y 1 PUFF EN LA NOCHE
FUROATO D E FLUTICASONA	AVAMYS	SPRAY NASAL	2 PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3 TRES	2 PUF F EN C ADA FOSA NASAL EN LA NOCHE

PARA 3 MESES

CODIGO: 1765-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM 5160796

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
033
FECHA: 23-09-2026 12:54
VENDEDOR: ESTHEISI OLAYA PADILLA
SECUENCIA: 1563284
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
40,560 3 0 0 121,680
138747-SYMBICORT TURBUHALER (RG) I
NHALADOR 320/9 MCG CAJA 60 DOSIS
103,296 3 0 0 309,888
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.
5 MCG CAJA 120 DOSIS
27,489 3 0 0 82,467

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 514,035
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 514,035
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 514,035 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1765-y-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
POLIT E PROTECCION DE DATOS
ww ciaspasteur.com.co
tema POS propio
VEEDOR TECNOLOGICO:
eFa a cadena. NIT: 890.930.534-0
DATO DEL MEDICO

LOPEZ YEPES GLORIA PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS:

CUFE: 549b3ca1657e5e6c4248e94fd02b
62f56973f00eac35fa6e8a1caa2b75f38d
6e00868ecb21c44c3dd98243994b29b4ff

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Jhon Jairo Chavez A identificado con cédula número 70119908, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 23/09/2026

171

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	LAURA CAROLINA HURTADO VANEGAS	DOCUMENTO	1034994304
No. Carné	11794961-E	Fecha	23-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Budesonida/formeterol inhalador bucal 160/4.5mcg	Budesonida/formeterol inhalador bucal 160/4.5mcg	FRASCO	2 PUFF	INHALATORIA	CADA 12 HORAS	90 DIAS	3	HACER 2 PUFF CADA 12 HORAS.
Avamys spray nasal 27.5 mcg	Fluticasona spray nasal 27.5 mcg	FRASCO	1 PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	2	HACER UN PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA NOCHE.
Fexofenadina 120mg	Fexofenadina 120mg	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
Salbutamol inhalador bucal 100mcg/dosis	Salbutamol inhalador bucal 100mcg/dosis	FRASCO	2 PUFF	INHALATORIA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	1	HACER 2 PUFF SOLO EN CASO DE CRISIS DE ASMA.

FORMULA

CODIGO: 1789-T

Yainis Castro B.

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Martin D. Hurtado V.
CC # 10'994.961

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
067
FECHA: 23-09-2026 16:42
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563318
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

138066-SYMBICORT RAPIHALER (RG) IN
HALADOR 160/4.5 MCG CAJA 120 DOSIS
101,760 3 0 0 305,280
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.
5 MCG CAJA 120 DOSIS
27,489 2 0 0 54,978
213205-FEXOFENADINA MK TABLETAS 12
0 MG CAJA X 10 UNDS
28,550 9 0 0 256,950
225718-SALBUTAMOL MK INST. INHALAD
OR BUCAL 100 MCG CAJA 200 DOSIS
25,420 1 0 0 25,420

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 642,628
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 642,628
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 642,628 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1789 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
HURTADO VANEGAS LAURA CAROLINA
CC 1034994304
CR 67 # 15 - 34 CASA 58 PARQUES
DE SANTA FE
TELEFONO: 3113482825
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Laura D Hurtado

CUFE: 976eb25c7fc7fc31ed2644087ab4
377ca0bb351665982fb8cb8fd2815f3b18
46f54a3ad03b51ea4132a2398158eef5ad



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Martin A Hurtado J. identificado con cédula número 11'794961, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA Martin A Hurtado J.

FECHA 24/sep/26

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARIA FLOR ELVA VARGAS RAMIREZ	**DOCUMENTO**	21623700
No. Carné	3435882	**Fecha**	23-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ACETAMINOFEN/HIDROCODONA 325/5MG	ACETAMINOFEN/HIDROCODONA 325/5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	15 DIAS	45	TOMAR UNA CADA 8 HORAS POR 15 DIAS.
DIPIRONA 500MG	DIPIRONA 500MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS	7 DIAS	21	TOMAR UNA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.
ENOXAPARINA 40MG/0.4 ML SOLUCION INYECTABLE. JERINGA PRECARGADA	ENOXAPARINA 40MG/0.4 ML SOLUCION INYECTABLE. JERINGA PRECARGADA	JERINGA PRECARGADA	1 AMPOLLA	SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	APLICAR UNA JERINGA CADA 24 HORAS POR 30 DIAS.

FORMULA

Yainis Castro B.

CODIGO : 1790-T

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Diver
3128660172

175

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
044
FECHA: 23-09-2026 14:07
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563295
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115521-DOLIREN (ACETAM+HIDROCO) IN
ST. TABLETAS RECUBIERTAS 325MG/5MG C
95,200 0 45 0 42,840
093129-DIPIRONA ECAR TABLETAS 500
MG CAJA X 50 UNDS
79,250 0 20 0 31,700
137024-CLEXANE (RG) J.PRELLENADA
40 MG CAJA X 10 UNDS
120,940 3 0 0 362,820

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 437,360
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 437,360
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 437,360 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1790 T - 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
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

1/4
98100349
3129666172

OBS:

CUFE: ece1a0e66a1b297d42f13f7de33e
146eb4b983482a694b6cdc3493f4bc0c5b



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Olver Gomez identificado con cédula número 98700345, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 23/09/2020

177

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	LUZ MARINA BOTERO RESTREPO	DOCUMENTO	32493982
No. Carné	19177420-C	Fecha	23-sep-26

R/.

COMERCIAL	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACION	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
AMDIPIN 5MG	AMLODIPINO BESILATO 5MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
NUCTIS D GOTAS ORALES FCOX10ML	VITAMINA D3 5600UIML Solución	FRASCO	10 GOTAS	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3	TOMAR 10 GOTAS DIARIA.
VALNOC 3 mg	ESZOPICLONA 3MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	30 DIAS	30	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
INMOX 30MG	DULOXETINA CLORHIDRATO 30MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS
DOLEX ACTIV GEL	ACETAMINOFEN 500MG	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180	TOMAR UNA CADA 12 HORAS.
ESOMEPRAZOL 40MG MK	ESOMEPRAZOL 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS. EN AYUNAS.
CALCIBOND 800UI	CALCIO CITRATO 1500 MG VITAMINA D3 800UI	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.
CRESTOR 40MG	ROSUVASTATINA CALCICA 40MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA NOCHE
BETALOC ZOK 100MG	METOPROLOL 100MG	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90	TOMAR UNA CADA 24 HORAS.

FORMULA

Yanis Castro B.

CODIGO : 1793-T

YANIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma y Sello del Médico

GTH-F-005 V.01

Luz Marina Botero Bernal

178

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
076
FECHA: 23-09-2026 17:10
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563327
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

137090-NUCTIS D VITAMINA D GOTAS C
AJA 10 ML
57,769 3 0 0 173,307
404339-INMOX (RG) TABLETAS 30 MG C
AJA X 14 UNDS
17,346 6 0 0 104,076
100218-DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS
BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
22,270 9 0 0 200,430
213663-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 40
MG CAJA X 30 UNDS
260,430 3 0 0 781,290
683071-CALCIBON D INST. TABLETAS 8
00 U.I CAJA X 30 UNDS
60,660 3 0 0 181,980
138048-BETALOC ZOK (RG) COMPRIMIDO
S 100 MG CAJA X 30 UNDS
34,290 3 0 0 102,870

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,543,953
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,543,953
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,543,953 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1793 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOTERO DE BERNAL LUZ MARINA
CC 32493982
CQ 2 # 66B - 106 APT 902
TELEFONO: 3214655349
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD

MEDI.GENERAL

OBS: Leziona de Bowen

CUFE: d8f19762669262149989 1d07580b
1c592d971a73385db60c70d3doae3e511b
dba7568c391d8aca40a16a3f216ff712ad



179

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
244
FECHA: 24-09-2026 15:59
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563495
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

069 82 - DUCTAL (DCONT) TABLETAS 3
MG CAJA X 30 UNDS
133,239 1 0 0 133,239

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 133,239
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 133,239
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 133,239 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1793 T-- -DOMCILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOTERO DE BERNAL LUZ MARINA
CC 32493982
CQ 2 # 66B - 106 APT 902
TELEFONO: 3214655349
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Lorna de Bernal

CUFE: ff71b413e2f8286d66df515bb0d1
98b77685590bc80759e46f944bed6e6bc1
590717f35ac2d875caa986e66e256b1c57

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
211
FECHA: 24-09-2026 13:46
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563462
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

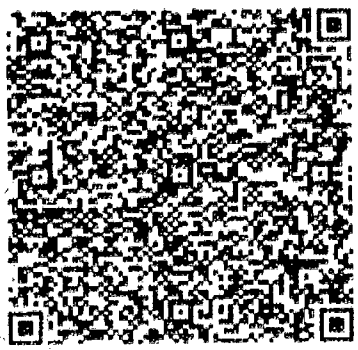
213311-AMLODIPINO MK TABLETAS 5 MG
CAJA X 30 UNDS
22,410 3 0 0 67,230
100218-DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS
BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
22,270 9 0 0 200,430
213703-ROSUVASTATINA MK TABLETAS 4
0 MG CAJA X 28 UNDS
200,256 3 0 0 600,768

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 868,428
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 868,428
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 868,428 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1793 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
BOTERO DE BERNAL LUZ MARINA
CC 32493982
CQ 2 # 66B - 106 APT 902
TELEFONO: 3214655349
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

CASTRO BARRIOS YAINIS PATRICIA
ESPECIALIDAD
MEDI.GENERAL

OBS: Lorna de Bernal

CUFE: de1fbf09b529b21ab2580ccfd528
bb81e0fcdd56b1ce0ab0eebd5231faa217
8f407d32141f1079fe24c5ddd22c2f2553





SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Luz Marina Botero identificado con cédula número 32493982, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FECHA 23-09-26

Versión: 02

Código:
GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	JULIAN SANTIAGO MADRID DUQUE	CEDULA 1128471854	
No. Carné	32497802	Fecha	23-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
PAROXETINA 25 MGR	SEROXAT CR	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HROAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA MAÑANA

PARA 3 MESES

CODIGO:1802-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM 5160796

182

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
274
FECHA: 24-09-2026 18:14
VENDEDOR: KAREN DAYANA GONZALEZ PER
SECUENCIA: 1563525
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

115000-SEROXAT CR INST. (PAROXETIN
A) TABLETAS 25 MG CAJA X 10 UNDS
117,290 9 0 0 1,055,610

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 1,055,610
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,055,610
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPOESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,055,610 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1802-T
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MADRID DUQUE JULIAN SANTIAGO
CC 1128471854
CL 52 # 71 - 60 AP 602 PORTOVELO
DE COLORES
TELEFONO: 5839669
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: 0f9628cc31c477eded48dea0be4e
0945446a8637b9c7a8fdeb5e73377b8c46
b694c79f67ec38799ec99f2a11adac0b07

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Alba P. Duque C. identificado con cédula número 32477200, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA

FECHA Sep 24 de 2026

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ Pública Clasificada ☐ Pública Reservada ☐

FORMULA MEDICA

Beneficiario AURORA MARIN MARTINEZ — **CEDULA** 39404931

No. Carné 3537163 — **Fecha** 24-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ZOPICLONA 7.5 MGR	SEDORM	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIA
TELMISARTAN 40 MG	MICARDIS	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIA
MULTIVITAMINICO	CENTRUM SILVER	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIA
ACETAMINOFEN 325y TRAMADOL37.5	TABLETA	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HO	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	1 DIARIA
HIALURONATO SODIO 4MG Solución	LAGRICEL CAJA X 20 AMPOLLAS	GOTA	1 GOTA	OFTALMICA	CADA 4 HORAS	90 DIAS	5 CINCO CAJAS	6 VECES AL DIA EN AMBOS OJOS
LIRAGLUTIDA 6 MGML SY	SAXENDA	JERONGA PRELLENADA	1 APLICACIÓN	SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	90 DIAS	5 CINCO CAJAS	DIARIAMENTE EN LA MAÑANA SUBCUTANEA 1.8 MG
AETAMINOFEN 500 MGR	DOLEX ACTIVGEL	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 8 HORAS	90 DIAS	270 DOSIENTOS SETENTA	3 AL DIA
ESOMEPRAZOL 20MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIA
CALCIO CARBONATO 600MGVITAMINA D3 400UI	CLTRATE D	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE
ROSUVASTATINA 20 MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 EN LA NOCHE
FUMARATO FERROSO,ASCORBICO / FOLICO	ANEMIDOX	CAPSULA	1 CAPSULA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 CAPSULA 10 MIN, ANRTES DE
COLECALCIFEROL 7OOOUI	NUEV D/ FARMA D	CAPSULA	5 CAPSULAS EN LA SEMANA	ORAL	DE LUNES A VIERNES S	NOVENTA	60 SESENTA	1 DESPUES DEL DESAYUNO D E LUNES A VIERNES

PARA 3 MESES

CODIGO:1803-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM 5160796

GTH-F-005 V.01

3537163

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235207
FECHA: 24-09-2026 12:37
VENDEDOR: ANGIE PAULINA FRANCO GALV
SECUENCIA: 1563458
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

253480-MICARDIS (RG) COMPRIMIDOS 40 MG CAJA X 28 UNDS
13,496 3 0 0 40,488
347773-CENTRUM WOMEN TABLETAS CAJA X 30 UNDS
51,772 3 0 0 155,316
116300-LAGRICEL OFTENO INST. HIALURON RESPULAS 4 MG CAJA X 20 UNDS
90,600 5 0 0 453,000
832893-SAXENDA CF (RG) SOLUCION INYECTABLE 6MG/ML CAJA X 1 UND
160,710 5 0 0 803,550
600523-ZALDIAR INST. (ACETAM+TRAMAD) TABLETAS 325/37.5MG CAJA X 20 UNDS
15,500 9 0 0 139,500
213664-ESOMEPRAZOL MK TABLETAS 20 MG CAJA X 30 UNDS
98,790 3 0 0 296,370
116000-CALTRATE D INST. TABLETAS 600 MG CAJA X 30 UNDS
59,220 3 0 0 177,660
115100-ROSUVASTATINA MK INST. TABLETAS 20 MG CAJA X 28 UNDS
186,180 3 0 0 558,540
203001-ANEMIDOX CAPSULAS FRASCO X 30 UNDS
168,960 3 0 0 506,880
107066-FARMA D CAPSULAS BLANDAS 7000UI CAJA X 8 UNDS
72,640 8 0 0 581,120

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 3,712,424
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 3,712,424
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
IVA DE: 19 130,518 24,798
EXCLUIDAS: 3,557,108 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1803-T--DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARIN MARTINEZ AURORA
CC 39404931

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235392
FECHA: 25-09-2026 13:40
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563643
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

100218-DOLEX ACTIVE INST. CAPSULAS BLANDAS 500 MG CAJA X 10 UNDS
22,270 27 0 0 601,290
028991-ZOPICLONA HUMAX (DCONT) TABLETAS 7.5 MG CAJA X 30 UNDS
21,540 1 0 0 21,540

----------[TOTAL DE FACTURA]----------
TOTAL: 622,830
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 622,830
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 622,830 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1803 T - DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
MARIN MARTINEZ AURORA
CC 39404931
CL 114 # 64CC - 46 APTO 301
TELEFONO: 3113501054
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
3537163

OBS:

CUFE: b34157eee651700578c18c008755
4dd5a93a8f92750b794a1aa71588d5fa4d
d4326c3251eee8cfac559be64686902e15

SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Fco Javier Bedoya identificado con cédula número 3137163, ~~en~~ calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

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

FIRMA _____

FECHA Sept 24-2020

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	EMMA OCAMPO D E ARROYAVE	CEDULA 32539677
No. Carné	8294372	Fecha 23-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ACETAMINOFEN 500/ CAFEINA 65	DOLEX FORTE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	30 DIAS	60 SESENTA	TOMAR 2 L DIA

PARA 1 MES

CODIGO: 1805-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM 5160796

GTH-F-005 V.01

32539677

188

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
214
FECHA: 24-09-2026 13:53
VENDEDOR: SARA ISABEL VALENCIA ZULE
SECUENCIA: 1563465
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 1 10 0 131,460

---------[TOTAL DE FACTURA]---------
TOTAL: 131,460
----------[FORMAS DE PAGO]----------
MEDIO DE PAGO: CREDITO 131,460
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
-------[RESUMEN DE IMPUESTOS]-------
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXENTAS: 131,460 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1805 T - DOMCILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
OCAMPO DE ARROYAVE EMMA DEL SOCORR(
CC 32539677
CR 65A # 1 SUR - 16 CASA 1 GUAYAB
AL MAYORCA
TELEFONO: 3218169414
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: 32539677

CUFE: ce626654a4d25557c1d98b1ba1fd
58560addffca73702d5f13b9d1336e8550
5f905adade9ffd60257c461635ee9958c7



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Emma Ocampo identificado con cédula número 32539677, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 Sep/2026

Versión: 02

Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

FORMULA MEDICA

Beneficiario	MARTHA LUCIA FERNANDEZ DE ECHAVARRIA	CEDULA 42976028
No. Carné	8298724	Fecha 23-sep-26

GENÉRICO	COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	TIEMPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
ACETAMINOFEN 500/CAFEINA 65	DOLEX FORTE	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENT	2 AL DIA
GLUCOSAMINA1500/CONDRICTINA1200	MK	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 SOBRE DIARIAMENTE DILUIDO EN GUA
FUROATO D E FLUTICASONA	AVAMYS	SPRAY NASAL	2 PUFF	NASAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	3 TRES	2 PUFF EN CADA FOSA NASAL EN L ANOCHE
ALGINATO D E SODIO/BICARBNATO DE SODIO Y CALCIO	GASTROFAST	SOBRE	1 SOBRE	ORAL	CADA 12 HORAS	90 DIAS	180 CIENTO OCHENTA	2 SOBRES AL DIA
CALCIO CITRATO 315MGVITAMINA D3 200UI	CITRAGEL	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 TABELTA DESPUES DEL ALMUERZO
FEXOFENADINA 120MGR	MK	TABLETA	1 TABLETA	ORAL	CADA 24 HORAS	90 DIAS	90 NOVENTA	1 DIARIAMENTE

PARA 3 MESES

CODIGO: 1814-T

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES

RM 5160796

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 18764113904669
FECHA INICIO 12-08-2026
HASTA 11-02-2028
DE: E317 1 A: E317 1000000
AUTORETENEDORES RES 1366 11/01/1989
RETENEDORES DE IVA

FACT. ELECTRONICA DE VENTA: E317235
218
FECHA: 24-09-2026 14:19
VENDEDOR: NATALIA SANCHEZ GIRALDO
SECUENCIA: 1563469
CODIGO-NOMBRE
V.UNI ENT FRA DTO PARCIAL

277278-DOLEX FORTE INST. TABLETAS
500MG/65MG CAJA X 50 UNDS
109,550 3 30 0 394,380
213257-GLUCOSAMINA+CONDROITINA MK
SOBRES CAJA X 15 UNDS
87,750 6 0 0 526,500
375041-AVAMYS (RG) SPRAY NASAL 27.
5 MCG CAJA 120 DOSIS
27,489 3 0 0 82,467
100280-GASTROFAST ADVANCE INST. ME
NTA CAJA X 12 SACHET
46,836 15 0 0 702,540
600106-CITRAGEL INST. TABLETAS CAJ
A X 30 UNDS
40,560 3 0 0 121,680
115100-FEXOFENADINA MK INST. TABLE
TAS 120 MG CAJA X 10 UNDS
12,570 9 0 0 113,130

---[TOTAL DE FACTURA]---
TOTAL: 1,940,697
---[FORMAS DE PAGO]---
MEDIO DE PAGO: CREDITO 1,940,697
FORMA DE PAGO: CREDITO
CAMBIO: 0
---[RESUMEN DE IMPUESTOS]---
DESCRIPCION BASE IMPUESTO
EXCLUIDAS: 1,546,317 0
EXENTAS: 394,380 0
IMPOCONSUMO 0 0
FORMULA: 1814-T DOMICILIO
NIT: 899999034-1
DATOS DEL CLIENTE:
FERNANDEZ GIL MARTA LUCIA
CC 42976028
CL 32A # 69 - 9
TELEFONO: 2350817
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: Martha Lucia Fernández
42976028

CUFE: 7e113cca3e90c2a7148df74dc5cc
4051b187afe7af8108168e0a030e6811d5
245370f533a...40c89794dbc1a59e5c968



SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

REGIONAL ANTIOQUIA

Certificación recibo a satisfacción

Yo Martha Lucia Fernández identificado con cédula número 42976028, en calidad de beneficiario (a) del servicio médico asistencial del SENA Regional Antioquia, me permito certificar que he recibido a conformidad los medicamentos entregados por la Distribuidora Pasteur S.A

los medicamentos recibidos corresponden a la totalidad de la fórmula médica que me 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 24-09-2026