CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 21.JUN.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24267903	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24267903 01	**EDAD:**	88 Años
NOMBRE:	GONZALEZ OROZCOINES	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.06.202	ACIDO HIALURONICO DE ALTO PESO MOLECULAR PARA INFILTRACION INTRAARTICULAR EN RODILLA DERECHA JERINGA PRELLENADA #1

AUTORIZADO POR: ANDRÉS FELIPE RAMÍREZ JARAMI
C.C. 1053765035
R. M. 1053765035

FIRMA MÉDICO

Inés Gonzalez O.
24.267.903.

3113607300

Dropopular

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/02 HORA: 12:35:11 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000000
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: INES GONZALES OROZCO
CC. :24267903
NRO FORMULA: 24267903
FECHA FORMULA: 02/07/2022

CDB	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7707204496037					
	DROPYAL 25 MG CAJA X 1 AMP	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Ines Gonzalez O.
24.267903

FIRMA DE RECIBIDO:_____

cel: 3113607300

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

* C S M H 3 0 4 7 E 8 2 9 5 3 6 2 *

NIT: 890.806.490-5 **TELÉFONO:** 8783430 **DIRECCIÓN:** Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia **FECHA:** 30.JUN.2022 **HORA GENERADA:** 15:41

SAB: CSMH:HOSPITALIZACION PISO 3

Orden Médica

PACIENTE: HERNANDEZ GRANADA MARIA YOLANDA **NRO. HISTORIA:** CC - 30292843 **AFILIACION:**30292843 01 **PLAN:** SENAH SENA 2022 CONTRATO (H)

CONVENIO: 899999034-1H SENA SERVICIO NACIONAL DE **ESCALA:**IZAAE 2022(I **Dx:** Calculo de la vesicula biliar sin colecistitis **T. ATENCION:** Atención Ambulatoria

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
00041072-2 -->	OMEPRAZOL CAPSULA 20 MG TOMAR UNA VIA ORAL CADA MAÑANA EN AYUNAS		30
00053560-5 -->	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG TOMAR DOS VIA ORAL CADA 8 HORAS		40

Yolanda A. Franco Q
10.255.018 3004744121

Confa Salud, Contigo, con todo.

AUTORIZADO POR: JESUS EDUARDO MARULANDA LOPEZ
CC: 1054987531
R.M.: 17131

FIRMA Y REGISTRO MEDICO

TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/02 HORA: 14:19:43 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000001
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA YOLANADA HERNANDEZ GRANA
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-1
FECHA FORMULA: 02/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702605102044	OMEPRAZOL 20 MG CAJA X 10 CAP	0003	0000	0000	0000
7706569020659	ACETAMINOFEN 500 MG CAJA X 100 TABL	0000	0040	0000	0000

OBSERVACIONES:

Marco A Franco Q
10.255.012
3004764121

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 5.APR.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30296560	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	30296560 01	**EDAD:**	57 Años
NOMBRE:	CAÑAS LOAIZALUZ HEIDY	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
5.04.2022	SYSTANE SOL OFTALMICA 1 GOTA CADA 8 HORAS # 1
	CALCIBON D 800MG TAB 2TAB CADA DIA # 60
	VITAMINA D FARMA D 2000 UI 1 TABLETA CADA DIA # 30
	ACETAMINOFEN / HIDROCODONA (SINALGEN) 1 TABLETA CADA 12 HORAS SEGUN DOLOR # 60
	IPRAN ESCITALOPRAM TAB 10MG CADA DIA # 30

	FORMULA PARA 3 MESES

30296562

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/02 HORA: 17:45:40 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000002
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: LUZ HEIDY CANAS LOAIZA
CC. :30296560
NRO FORMULA: 30296560-1
FECHA FORMULA: 02/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703454123136					
	FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001	0000	0000	0000
7701047111911					
	SINALGEN 5325 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	0000	0000
7709631405156					
	EVAVITAE 10 MG CAJA X 28 TAB REC	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES: Fuera de 30296560

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 23.JUN.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24275050	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24275050 01	**EDAD:**	89 Años
NOMBRE:	GOMEZ MONTOYACELIA ROSA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
23.06.2022	TOLTERODINA TABLETA x 4MG 1 TAB CADA NOCHE # 30
	TELMISARTAN CARDIOCAP 80MG CADA DIA # 30
	ESOMEPRAZOL EZOLIUM TAB 20mg 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30
	NIFEDIPINO TAB 30 MG DAR 1 TAB VO CADA DIA EN LA MAÑANA #30
	CITRAGEL TABLETAS 1500 , UNA DIARIA # 30
	INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1
	DERMASKIN CREMA APLICAR CADA NOCHE # 2
	EUTIROX TABLETA x 88mcg CADA DIA EN AYUNAS # 30
	ALDACTONE 1 TABLETA x 25mg 1 CADA DIA # 30
	MONTELUKAST AIROMED TAB 10MG CADA DIA # 30
	HYABAK SOLUCION OFTALMICA CADA 8 HORAS # 1
	RIVAROXABAN XARELTO TABLETA DE 15 MG 1 TABLETA CADA DÍA VÍA ORAL # 30
	METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG 1 TAB VO CADA DIA # 30
	ESCITALOPRAM ESCILOM TAB 10mg 1 CADA DIA # 30

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

C. 24.313.508

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 23.JUN.22

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24275050
AFILIACION: 24275050 01
NOMBRE: GOMEZ MONTOYACELIA ROSA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 89 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
23.06.2022	DENOSUMAB DISPOSITIVO PRELLENADO 60mg. 1 AMPOLLA SC CADA 6 MESES # 1

C. 24.313.508

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

PROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/03 HORA: 11:19:28 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000003
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-1
FECHA FORMULA: 03/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7704039127617					
	CARDIOCAP 80 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000
7703153030933					
	EZOLIUM 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001	0000	0000	0000
7703432426297					
	NIFEDIPINO 30 MG CAJA X 30 CAP LIBERACIO	0001	0000	0000	0000
7703153024420					
	CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 90 TABL	0000	0020	0000	0000
7702635721963					
	ONBRIZE BREEZHALER 150 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000
7703712012110					
	DERMASKIN CREMA TUBO X 40 GR	0001	0000	0000	0000
7702418004580					
	EUTIROX 88 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000
7703283403928					
	ALDACTONE 25 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7703546015301					
	AIROMED 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
3662042002243					
	HYABAK HIPOTONICO GOTAS FRASCO X 10 ML	0001	0000	0000	0000
7795320000238					
	XARELTO 15 MG CAJA X 14 TABL	0002	0000	0000	0000
7702635566915					
	ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000
7501098607728					
	BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7707172689585					
	PROLIA 60 MG X 1 JERINGA PRELLENADA	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

C. 24.313.508 Lgs

FIRMA DE RECIBIDO:_____

Instituto Oftalmológico de Caldas S.A.

MANIZALES FECHA: 2022-07-01

PACIENTE: NELLY HERERA DE ZAPATA

Entidad: SENA

Regimen: OTRO

Diagnóstico: H169

Documento: CC 24281240

Fecha Nacimiento: 04/01/1937

Edad: 85 años

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	MODO Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION	PRESENTACION	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	TIEMPO TRATAMIENTO	OBSERVACIÓN
LAGRICEL (Hialuronato de sodio 0,4%)	1 gota cada 4 horas ambos ojos.	Vial x 0.5 ml - Caja x 20 viales -	OFTALMICA	9 (**NUEVE**)	**6 meses**	
TIMOLOL MALEATO 5 mg/mL (0,5%) - (POS - Código ATC S01ED0102)	1 gota cada 12 horas ojo izquierdo	Solución Oftálmica -	OFTALMICA	1 (**UNO**)	**Permanente**	

Dra. Sandra Liliana Parra C.
MD. Oftalmóloga - Retinóloga
RM 15157 C.C. 63.494.320

SANDRA LILIANA PARRA CASTRO

ESP: MD OFTALMOLOGA - RETINOLOGA
RM: 15157

FIRMA

Instituto Oftalmológico de Caldas [Calle 54 Nro 23-140 Manizales, pbx: (6) 8860068 comercial@ioc.com.co]

Ebelrom Zapata C
4313366 Bog.
8824178

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S.
www.tiresia.com.co

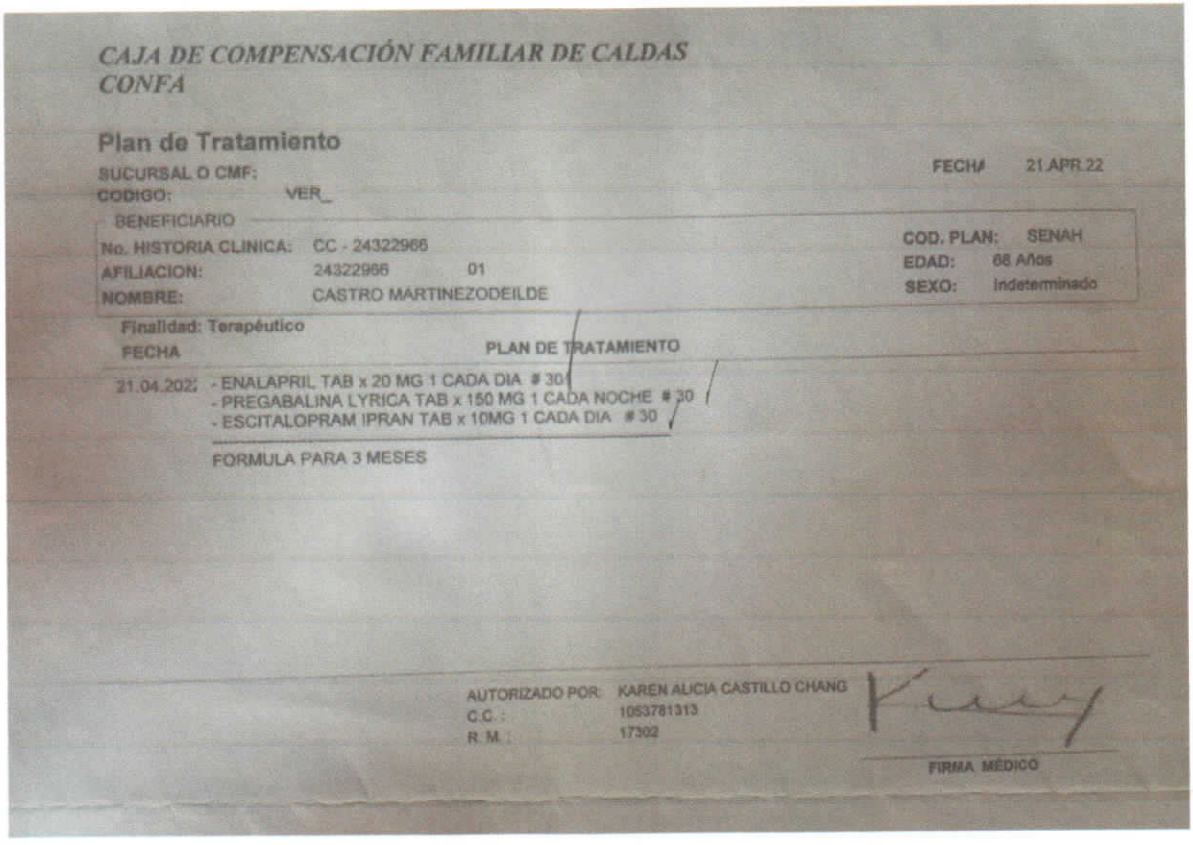
D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/03 HORA: 11:52:51 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000004
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA NELLY HERRERA DE ZAPA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-1
FECHA FORMULA: 03/07/2022

	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7					
736085280005					
LAGRICEL OFTENO	CAJA X 20 DOSIS	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:
Nelson Zapata c
4313.366 Mza.

FIRMA DE RECIBIDO: 8824178



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 21 APR 22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24322966
AFILIACION: 24322966 01
NOMBRE: CASTRO MARTINEZODEILDE

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 68 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.04.2022	- ENALAPRIL TAB x 20 MG 1 CADA DIA # 30 - PREGABALINA LYRICA TAB x 150 MG 1 CADA NOCHE # 30 - ESCITALOPRAM IPRAN TAB x 10MG 1 CADA DIA # 30

FORMULA PARA 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C.: 1053781313
R.M.: 17302

FIRMA MÉDICO

Se autoriza entrega
de fórmula - última entrega.

Julio 5 2022

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/05 HORA: 13:32:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000006
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: CASTRO MARTINEZ ODEILDE
CC. :24332960
NRO FORMULA: 24332960-1
FECHA FORMULA: 05/07/2022

NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7706569000804				
ENALAPRIL 20 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000
7702057065126				
ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7703283404666				
LYRICA 150 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Odeilde Castro

FIRMA DE RECIBIDO:

24322966

2004

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE C LDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 3.MAY.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1053824114	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	1053824114 01	**EDAD:**	29 Años
NOMBRE:	BARRETO OCAMPODANIEL JAIRO	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
3.05.2022	PAÑALES DESECHABLES TALLA M. DOS PAÑALES CADA DIA # 60 DESITIN CREMA x 57gr PARA EL AREA DEL PAÑAL # 2 ACETAMINOFEN DOLEX 500 MG CADA 8 HORAS EN CASO DE MALESTAR O FIEBRE # 20 ENSURE ADVANCE POLVO, TARRO x 850gr, 1 A 2 VASOS DIARIOS, (6 MEDIDAS X VASO) # 2 --- POR 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Jhon Barreto
CC 1027259X

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL CALDAS
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
Diana Martinez.
LÍDER SMA

Se autoriza entrega del mes de Julio.


MAIA POS 2017
TIRESTA S.A.S

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.

D R O P I C O L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/06 HORA: 12:28:31 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000007
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: DANIEL JAIRO BARRETO OCAMPO
CC. :1053824114
NRO FORMULA: 1053824114-1
FECHA FORMULA: 06/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702027478611				
TENA SLIP ULTRA TALLA M POTE X 21 UND	0002	0000	0000	0000
7702031927433				
DESITIN CREAMY TUBO X 57 GR	0002	0000	0000	0000
7451079000669				
DOLEX 500 MG CAJA X 200 TABL	0000	0020	0000	0000
7703186030108				
ENSURE ADVANCE POLVO VAINILLA TARRO X 85	0001	0000	0000	0000
8710428013859				
ENSURE ADVANCE POLVO FRESA TARRO X 850 G	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Jhon Jairo Barreto

10272594

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

2003

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 3.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25260616	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	25260616 01	**EDAD:**	82 Años
NOMBRE:	PARRA CARDONAMARIA DEYANIRA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
3.05.2022	LOSARTAN (COZAAR) TABLETA 50 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 ATORVASTATINA (ATOVAROL) TAB 20 MG CADA NOCHE # 30 AIROMED (MONTELUKAST) TAB 10 MG 1 CADA NOCHE - SEEBRI BREEZHALER (B. GLICOPIRRONIO) 1 CAPSULA 50 MG INHALADA DIARIA. # 1 DOLEX AVANZADO 1 TABLETA CADA 12 HORAS, SEGUN EL DOLOR # 60 - DOLOTRIN GEL APLICAR SEGUN DOLOR # 1 ACIDO ACETIL SALICILICO TAB x 100 MG CADA DIA # 30 --- POR 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL CALDAS
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
Diana Martinez.
LÍDER SMA

Se autoriza entrega del mes de julio.

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/21 HORA: 18:19:44 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000008
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA DEYANIRA PARRA CARDONA
CC. :25260616
NRO FORMULA: 25260616-1
FECHA FORMULA: 07/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7501326052337					
COZAAR 50 MG CAJA X 30 TABL		0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:
Jhon Jairo Barreto
10272594

FIRMA DE RECIBIDO:_____

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/07 HORA: 17:33:13 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000008
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA DEYANIRA PARRA CARDONA
CC. :25260616
NRO FORMULA: 25260616-1
FECHA FORMULA: 07/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7501326052337					
	COZAAR 50 MG CAJA X 30 TABL	0000	0000	0001	0000
7703153035204					
	ATOVAROL CBG 20 MG CAJA X 20 CAP	0001	0010	0000	0000
7703546015301					
	AIROMED 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7612797272183					
	SEEBRI 50 MCG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000
7707397791032					
	DOLEX AVANZADO FRASCO X 100 TABL	0001	0000	0000	0000
7706440000664					
	BACKPAIN GEL TUBO X 40 GR	0001	0000	0000	0000
7706569283931					
	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG CAJA X 100	0000	0030	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1027259Y
3137436882

2066.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

URG 0047E8341140

NIT: 890.806.490-5 TELÉFONO: 8783430 DIRECCIÓN: Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia FECHA: 8 JUL 2022 HORA GENERADA: 1:27

SAB: URG_URGENCIAS CL SAN MARCEL

Orden Médica

PACIENTE: TAMAYO DE GARCIA ROSA EMMA NRO. HISTORIA: CC - 24343182 AFILIACION:24343182 01 PLAN: SENAH SENA 2022 CONTRATO (H)

CONVENIO: 899999034-1H SENA SERVICIO NACIONAL DIESCALADIZAAE 2022(Dx: Dispepsia funcional T. ATENCION: Atención Ambulatoria

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
	20006150-7 --> BISACODILO TABLETA 5 MG 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS		10
	00053550-5 --> ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG 2 TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS		20
	00041972-2 --> OMEPRAZOL CAPSULA 20 MG 1 CAPSULA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS		10
	00440006-1 --> METOCLOPRAMIDA SOLUCION ORAL 4 MG/20 ML 10 GOTAS CADA 12 HORAS POR 3 DIAS		NO
	19942966-2 --> SALES DE REHIDRATA ORAL PARA RECONSTITUIR 2.16 G 1 VASO CADA 3 HORAS POR 3 DIAS		2

Conta Salud, Contigo, con todo.

AUTORIZADO POR: LUIS FERNANDO ESPINOSA GONZALE
CC 7506[illegible]
R.M. 15343

FIRMA Y REGISTRO MEDICO

Lina Castaño
3400 1730
320 740 8447

Escaneado con CamScanner

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/08 HORA: 08:31:27 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000009
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSA EMNA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-1
FECHA FORMULA: 08/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7707177971579					
LAXIUM (BISACODILO) 5 MG CAJA X 10 TABL		0001	0000	0000	0000
7706569020659					
ACETAMINOFEN 500 MG CAJA X 100 TABL		0000	0020	0000	0000
7702605102044					
OMEPRAZOL 20 MG CAJA X 10 CAP		0001	0000	0000	0000
7707177972705					
SOLHIDREX (SALES REHIDRATACION) UVA CAJA		0000	0002	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 1193460077
AFILIACION: 1193460077 01
NOMBRE: GARCIA GOMEZSOFIA

FECHA 9.MAY.22

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 21 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
9.05.2022	YAXIBELLE 1 TABLETA CADA DIA , TOMA CONTINUA # 28 POR 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

C.C 30.334.321

1era entrega Alemana 265
2da. entrega Alemana 265
3da entrega Alemana 265

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/08 HORA: 16:50:57 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000011
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: SOFIA GARCIA GOMEZ
CC. :1193460077
NRO FORMULA: 1193460077-3
FECHA FORMULA: 08/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702870003688					
YAXIBELLE CAJA X 28 TABL		0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: CC 35-611-321

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 6.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24343182	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24343182 01	**EDAD:**	87 Años
NOMBRE:	TAMAYO GOMEZROSA EMMA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.07.2022	* CARVEDILOL TAB x 6.25mg 1 CADA 12 HORAS # 60
	* AMLODIPINO VALSARTAN HIDROCLOROTIAZIDA TAB 5/160/12.5mg 1 AL DIA # 30
	* LIPITOR TAB x 40MG 1 CADA NOCHE # 30
	* MARTESIA TAB 75MG (PREGABALINA) 1 CADA 12 HORAS # 60
	* ACIDO ACETILSALICILICO TAB x 100MG 1 CADA DIA # 30
	* ESTEINE OVULO VAGINAL 1 SEMANAL # 6
161	* HIPROLUB 0.3% 1 GOTA CADA 12 HORAS, GOTAS OFTALMICAS # 1
	* DUODOL 1 TABLETA CADA 1 2HORAS # 60
	* VOLTAREN DICLOFENACO GEL LOCAL EN CASO DE DOLOR # 1
	* ESOMEPRAZOL NEDOX TAB 20MG CADA DIA EN AYUNAS # 30

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Por Emma Tamayo
C.C. 24340182

Escaneado con CamScanner

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/09 HORA: 09:55:48 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000012
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-2
FECHA FORMULA: 09/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702057709068				
CARVEDILOL 6.25 MG CAJA X 30 TAB -+++	0002	0000	0000	0000
7702635716945				
EXFORGE HCT 516012.5 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000
7703283401672				
LIPITOR 40 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7703283402242				
LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0002	0000	0000	0000
7702057070748				
ASA 100 MG CAJA X 100 TABL	0000	0030	0000	0000
7702870004852				
ESTEINE CAJA X 6 OVULOS	0001	0000	0000	0000
7702057077433				
HIPROLUB SOLUCION OFTAL FRASCO X 15 ML	0001	0000	0000	0000
7702870003886				
DUODOL 37.5325 MG CAJA X 20 TABL	0001	0010	0000	0000
7702870003879				
DUODOL 37.5325 MG CAJA X 10 TABL	0001	0000	0000	0000
7501124814090				
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 100 GR	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Rosa Emma Tamayo
CC 24343182

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 11.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24322396	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24322396 01	**EDAD:**	68 Años
NOMBRE:	GUTIERREZ SANCHEZMARINA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.07.202	ACICLOVIR TABLETA POR 800 MG # 30 UNA CADA 4 HORAS, POR CINCO DÍAS PREGABALINA CÁPSULA POR 75 MG # 60 UNA CADA NOCHE. PARA DOS MESES.

AUTORIZADO POR: ANDRES FERNANDO GIRALDO OR
C.C. : 75079451
R. M. : 15464

FIRMA MÉDICO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 8.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24322396	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24322396 01	**EDAD:**	68 Años
NOMBRE:	GUTIERREZ SANCHEZMARINA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
8.07.2022	ORDEN PARA 2 MESES: -ZOPICLONA 7.5 MG, TABLETA # 60 X MES 2 CADA NOCHE (AUMENTA A UNA Y MEDIA INICIALMENTE) -LEVOMEPROMAZINA 4% - SLN ORAL. FRASCO # 1 X MES 5 GOTAS CADA NOCHE

ENRIQUE MONTES
NEUROPSIQUIATRA
REG 15740

AUTORIZADO POR: ENRIQUE MONTES MARÍN
C.C. : 79729258
R. M. : 15740

FIRMA MÉDICO

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/11 HORA: 16:01:37 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000013
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARINA GUTIERREZ SANCHEZ
CC. :24322396
NRO FORMULA: 24322396-1
FECHA FORMULA: 11/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7706569022790				
ACICLOVIR 800 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7702057065829				
PREGABALINA 75 MG CAJA X 14 CAP +++	0002	0000	0000	0000
7707288823927				
ZOPICLONA 7.5 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	0000	0000
7707288821053				
LEVOMEPROMAZINA 4 MG GOTAS FRASCO X 20 M	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 10.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30239880	COD. PLAN:	SENAH
AFILIACION:	30239880 01	EDAD:	38 Años
NOMBRE:	ARANGO GARCIAOLGA ALEJANDRA	SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.05.202	Azatioprina tab x 50mg Tomar 1 tab cada día por 3 meses # 90

AUTORIZADO POR: SANTIAGO VALENCIA URIBE
C.C. : 1053813326
R. M. : 1053813326



FIRMA MÉDICO

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/11 HORA: 16:08:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000014
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA
CC. :30239880
NRO FORMULA: 30239880-3
FECHA FORMULA: 11/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
5010706005327					
	IMURAN (AZATIOPRINA) 50 MG CAJA X 100 T	0000	0025	0000	0000

OBSERVACIONES:
Alejandra
30239880
3147509728

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 23.JUN.22

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24275050
AFILIACION: 24275050 01
NOMBRE: GOMEZ MONTOYACELIA ROSA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 89 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
23.06.2022	TOLTERODINA TABLETA x 4MG 1 TAB CADA NOCHE # 30
	TELMISARTAN CARDIOCAP 80MG CADA DIA # 30
	ESOMEPRAZOL EZOLIUM TAB 20mg 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30
	NIFEDIPINO TAB 30 MG DAR 1 TAB VO CADA DIA EN LA MAÑANA #30
	CITRAGEL TABLETAS 1500 , UNA DIARIA # 30
	INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1
	DERMASKIN CREMA APLICAR CADA NOCHE # 2
	EUTIROX TABLETA x 88mcg CADA DIA EN AYUNAS # 30
	ALDACTONE 1 TABLETA x 25mg 1 CADA DIA # 30
	MONTELUKAST AIROMED TAB 10MG CADA DIA # 30
	HYABAK SOLUCION OFTALMICA CADA 8 HORAS # 1
	RIVAROXABAN XARELTO TABLETA DE 15 MG 1 TABLETA CADA DÍA VÍA ORAL # 30
	METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG 1 TAB VO CADA DIA # 30
	ESCITALOPRAM ESCILOM TAB 10mg 1 CADA DIA # 30

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

C. 24.313.508 Lugo

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 23.JUN.22

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24275050	COD. PLAN:	SENAH
AFILIACION:	24275050 01	EDAD:	89 Años
NOMBRE:	GOMEZ MONTOYACELIA ROSA	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
23.06.2022	DENOSUMAB DISPOSITIVO PRELLENADO 60mg. 1 AMPOLLA SC CADA 6 MESES # 1

C. 24.313.508

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/11 HORA: 16:44:05 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000015
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-2
FECHA FORMULA: 11/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7612797272183	SEEBRI 50 MCG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000
7703153024420	CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 90 TABL	0000	0010	0000	0000

OBSERVACIONES:

Luz Stella Montoya
24313.508.

FIRMA DE RECIBIDO: _____

2012

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: CERE

FECHA 10.JUN.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24293432	COD. PLAN:	ASOEMP
AFILIACION:	24293432 01	EDAD:	76 Años
NOMBRE:	SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA	SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.06.2022	LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TAB 50/12.5 MG. UNA TABLETA CADA MAÑANA # 30
	LOSARTAN 50 MG 1 CADA NOCHE # 30
	NIFEDIPINO TABLETA x 30MG 1 CADA DIA # 30
	BISOPROLOL TAB x 5MG 1 CADA 12 HORAS # 60
	SITAGLIPTINA + METFORMINA JANUMET TAB 50/500MG 1 TAB AL DIA # 30
	ACIDO ACETIL SALICILICO TAB x 100MG CADA DIA # 30
	TRIMEBUTINA + SIMETICONA TAB x 300 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 - L - 93
	ESOMEPRAZOL ESOZ TAB x 20 MG INTERDIARIA EN AYUNAS # 15
	FARMA D 2000U TABLETA CADA DIA # 30
	ALENDRONATO 1 TAB x 70MG 1 CADA SEMANA CON ABUNDANTE AGUA Y CAMINAR LUEGO DE LA INGESTA. # 4
	LOCERYL SOLUCION APLICAR 1 VEZ POR SEMANA # 1 93
	MYBETRIC MIRABEGRON COM 50mg 1 TAB CADA DIA EN LA MAÑANA # 30 - 93.
	DIOSMINA/ HESPERIDINA TABLETAS 450 / 50 # 60, TOMAR CADA 12 HORAS
	FORMULA PARA 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

C.C. 17.073.933
Tel. 315.2836377

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/12 HORA: 12:11:26 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000017
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: DASSY MARIA SALAZAR DE SALAZAR
CC. :24293432
NRO FORMULA: 24293432-1
FECHA FORMULA: 12/07/2022

NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7706569485403				
LOSARTAN HIDROCLOROTIAZIDA 5012.5 MG CAJ	0001	0000	0000	0000
7706569021618				
LOSARTAN 50 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000
7703432426297				
NIFEDIPINO 30 MG CAJA X 30 CAP LIBERACIO	0001	0000	0000	0000
7702605109401				
BISOPROLOL 5 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	0000	0000
7501326048859				
JANUVIA 50 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000
7702605109128				
[redacted]ORMINA 500 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000
7706569283931				
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG CAJA X 100	0000	0030	0000	0000
7703153031251				
TRIMEBUTINA 200 MG + SIMETICONA 120 MG C	0002	0000	0000	0000
7706569001849				
ALENDRONATO 70 MG CAJA X 4 TABL +++	0001	0000	0000	0000
3499320002523				
LOCERYL LACA FRASCO X 2.5 ML	0001	0000	0000	0000
7709484810879				
MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7702057075231				
DIOSMINA 500 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:
— cc 17.873.933
— tel. 3152333637

FIRMA DE RECIBIDO:_____

JULIO 20

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 11.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24301592	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24301592 01	**EDAD:**	76 Años
NOMBRE:	OROZCO DE MARINROSA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.07.2022	* BETALOC ZOK 25 MG CADA 12 HORAS #60 * ATORVASTATINA 40MG CADA DIA # 30 * CARDIOASPIRINA 100 MG CADA DIA. # 30 * CALCIO VITAMINA D CALTRATE PLUS 1 TB CADA DIA # 30 * NUEVID CAPSULA 7000UI CADA SEMANA # 4 * FUROSEMIDA TABLETA 40mg 1 CADA DIA # 30

FORMULA PARA 3 MESES

FERNANDO MARIN G.
10217301
3103883644

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/13 HORA: 09:02:20 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000018
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSA OROZCO DE MARIN
CC. :24301592
NRO FORMULA: 24301592-1
FECHA FORMULA: 13/07/2022

ID	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
	7501098608084				
	BETALOC ZOK 25 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	0000	0000
	7702635683605				
	ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
	7702123828631				
	CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
	7702132007065				
	CALTRATE 600 PLUS FRASCO X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
	7702207573860				
	NUEVI D (VITAMINA D3) 7000 UI CAJA X 4 T	0001	0000	0000	0000
	7702057708870				
	ROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000	0030	0000	0000

OBSERVACIONES:

FERNANDO
M-
4121701

FIRMA DE RECIBIDO: _____

3103883666

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 12.JUL.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24325201	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24325201 01	**EDAD:**	67 Años
NOMBRE:	OROZCO OSORIOELIZABETH	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
12.07.2022	BENZIRIN VERDE SPRAY , APLICAR 2 ARPERCIONES CADA 4 HORAS POR 1 SEMANA # 1

Lajan Val
CC 1022434

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/13 HORA: 10:12:58 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000019
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ELIZABETH OEOZCO OSORIO
CC. :24325201
NRO FORMULA: 24325201-1
FE FORMULA: 13/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702057018054					
	BENZIRIN VERDE SPRAY FRASCO X 120 ML	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES: Lazaro Valencia
CC 10224345

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 13.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25260616	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	25260616 01	**EDAD:**	83 Años
NOMBRE:	PARRA CARDONAMARIA DEYANIRA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.07.2022	OPENXY SPRAY NASAL 1 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA 12 HORAS POR 3 DIAS # 1 BENZIRIN SPRAY APLICAR 2 O 3 ASPERCIONES EN GARGANTA CADA 4 HORAS # 1 FLUIMUCIL JARABE 7ml CADA 8 HORAS # 1 ABRILAR JARABE 7.5ml CADA 8 HORAS # 1

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/13 HORA: 11:29:06 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000020
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA DEYANIRA PARRA CARDONA
CC. :25260616
NRO FORMULA: 25260616-3
FECHA FORMULA: 13/07/2022

CO	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
	7702057012731				
	OPENXY ADULTO SPRAY FRASCO X 15 ML	0001	0000	0000	0000
	7702057018054				
	BENZIRIN VERDE SPRAY FRASCO X 120 ML	0001	0000	0000	0000
	7703445130181				
	FLUIMUCIL 4 JARABE FRASCO X 120 ML	0001	0000	0000	0000
	4104480705151				
	ABRILAR JARABE EA 575 FRASCO X 100 ML	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

1027259Y
8766584

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 13.JUN.22

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	TI - 1054400090	**COD. PLAN:**	VACPAI
AFILIACION:	1054400090 01	**EDAD:**	11 Años
NOMBRE:	OSORIO ARANGOJACOBO	**SEXO:**	Masculino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.06.202	MONTELUKAST TABLETA MASTICABLE x 5mg 1 CADA NOCHE # 30 127 = 3 CETIRIZINA JARABE x 60ml DAR 5ml CADA NOCHE # 2 258 METASPRAY MOMETASONA SPRAY NASAL 1 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA 12 HORAS # 1 127

FORMULA PARA 3 MESES

Alejandra 3023988

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/13 HORA: 11:49:18 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000021
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: JACOBO OSORIO ARANGO
TI. :1054400090
NRO FORMULA: 1054400090-1
FECHA FORMULA: 13/07/2022

C	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7706569022448					
MONTELUKAST 5 MG CAJA X 10 TAB		0003	0000	0000	0000
7702057073954					
CETIRIZINA JARABE FRASCO X 60 ML		0002	0000	0000	0000
7703546011808					
METASPRAY 18 GR FRASCO X 180 DOSIS		0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

3023988

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 11.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	TI - 1054400090	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	1054400090 01	**EDAD:**	11 Años
NOMBRE:	OSORIO ARANGOJACOBO	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.07.202	DERMOSUPRIL EMULSION 60ml APLICAR EN LAS NOCHES # 1

Alejandra 3023988

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Escaneado con CamScanner

TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

Prueba de impresion Ok

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/13 HORA: 11:50:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000022
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: JACOBO OSORIO ARANGO
TI. :1054400090
NRO FORMULA: 1054400090-2
FECHA FORMULA: 13/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703281003144	DERMOSUPRIL EMULSION FRASCO X 120 ML	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

30239890

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 11.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24271061
AFILIACION: 24271061 01
NOMBRE: NARANJO DE GARCIAMARIA AMELIA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 86 Años
SEXO: Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.07.202	- APIXABAN TAB x 2.5 MG 1 CADA 12 HORAS # 60
	- VALSARTAN DIOVAN TAB x 80MG 1 TAB CADA 24 HORAS # 30
	- CARVEDILOL TAB X 12.5MG MEDIA CADA 12 HORAS # 30
	- ESOMEPRAZOL ESOMED CAP x 40 MG CADA DIA AYUNAS # 30
	- BUPRENORFINA NORSPAN PARCHES 20mcg. UNO CADA SEMANA # 4
	- MIRAPEX (PRAMIPEXOL) TAB x 1.5 MG 1 CADA DIA # 30
	- EUTIROX TAB x 50 MCG CADA DIA EN AYUNO # 30
	- DOLEX AVANZADO 1 TAB CADA 8 HORAS, SEGUN DOLOR. # 90
	- FUROSEMIDA 1 TAB 40MG 2 CADA DIA # 60
	- ESPIRONOLACTONA 25MG CADA DIA # 30
	- DEXAPRON TAB x 10MG CADA DIA # 30
	- OPTIVE GOTAS OFTALMICADA CADA 4 HORAS, A NECESIDAD # 1
	- PANCREATINA ENZIMAS LEPRIT ENZIMATICO TABLETA CADA 12 HORAS # 60
	- TRAZODONA 1 TAB 50MG 1 CADA NOCHE # 30
	- MONTELUKAST 1 TAB x 10MG 2 TABLETAS CADA DIA # 60

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Beatriz García
CC 30305650
Cel. 3155435844

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 11.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24271061
AFILIACION: 24271061 01
NOMBRE: NARANJO DE GARCIAMARIA AMELIA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 86 Años
SEXO: Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA **PLAN DE TRATAMIENTO**

- ROSUVASTATINA TAB x 20mg 1 CADA NOCHE # 30
- MOSAPRIDA MOXAR TAB 5MG 1 CADA 8 HORAS # 90

FORMULA PARA 2 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Beatriz Garcia
CC 30305650
Cel. 3155435844

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

ORCOPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/13 HORA: 14:28:51 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000023
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA AMELIA NARANJO
CC. :24271061
NRO FORMULA: 24271061-1
FECHA FORMULA: 13/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7709990706208	ELIQUIS 2.5 MG CAJA X 60 TABL	0001	0000	0000	0000
7896261006249	DIOVAN 80 MG CAJA X 28 TABL	0002	0000	0000	0000
7703763997756	ESOZ 40 MG CAJA X 60 CAP	0000	0030		
4048846003584	MIRAD				

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/13 HORA: 14:28:51 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000023
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA AMELIA NARANJO
CC. :24271061
NRO FORMULA: 24271061-1
FECHA FORMULA: 13/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7709990706208				
ELIQUIS 2.5 MG CAJA X 60 TABL	0001	0000	0000	0000
7896261006249				
DIOVAN 80 MG CAJA X 28 TABL	0002	0000	0000	0000
7703763997756				
ESOZ 40 MG CAJA X 60 CAP	0000	0030	0000	0000
4048846003584				
MIRAPEX ER 1.5 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	0000	0000
7702418001541				
EUTIROX 50 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000
7707172688939				
DOLEX AVANZADO CAJA X 10 TABL	0006	0000	0000	0000
7705959030292				
ESPIRONOLACTONA 25 MG CAJA X 20 TABL +++	0001	0010	0000	0000
7702057030001				
DEXAPRON 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7703763997763				
LEPRIT ENZIMATICO CAJA X 60 GRAGEAS	0001	0000	0000	0000
7706569022455				
MONTELUKAST 10 MG CAJA X 10 TABL +++	0006	0000	0000	0000
7706569023117				
ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 28 TAB +++	0001	0000	0000	0000
7702195078569				
MOXAR 5 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Beatriz Garcia
cc 30305650

FIRMA DE RECIBIDO:_____

cel. 3155435844

CÁJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 21.JUN.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24274944
AFILIACION: 24274944 01
NOMBRE: MORENO DE MONTILLALUZ ESTELLA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 80 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.06.202	INSULINA DEGLUDEC 100UIML, LAPICERO x 3ml, APLICAR 26UI CADA DIA # 2
	LINAGLIPTINA TAB 5MG CADA DIA # 30
	IRBERSARTAN APROVEL TAB x 300 MG 1 CADA DIA # 30
	FUROSEMIDA TAB 40 MG 1 CADA DIA # 30
	METOPROLOL BETALOK ZOC TAB 50mg 1 CADA DIA # 30
	QUETIAPINA TAB 50MG, 1 CADA NOCHE # 30
	OLOPATADINA 2% 1 GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS # 1
	LEVOTIROXINA EUTIROX 75MCG DIA EN AYUNAS # 30
	ATORVASTATINA TAB x 40mg 1 CADA NOCHE # 30
	BEDOYECTA AMP x 2ML APLICAR 1 AMP IM CADA MES # 1
	budesonida mas formoterol capsula inhalatoria de 200/6 mcg 1 cad a dia # 1
	DENOSUMAB AMP x 60ML, JERINGA PRELLENADA, APLICAR 1 JERINGA SUBCUTANEA CADA 6 MESES # 1

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Se entrega solo el. aprovel que se debio

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/14 HORA: 13:46:15 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000024
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MORENO DE MONTILLA LUZ ESTELL
CC. :24274944
NRO FORMULA: 24274944-1
FECHA FORMULA: 14/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7706263001671					
APROVEL 300 MG CAJA X 28 TABL		0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:
Orfilia Montilla
312-3303368

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 3.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25260616	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	25260616 01	**EDAD:**	82 Años
NOMBRE:	PARRA CARDONAMARIA DEYANIRA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
3.05.2022	LOSARTAN (COZAAR) TABLETA 50 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 ATORVASTATINA (ATOVAROL) TAB 20 MG CADA NOCHE # 30 AIROMED (MONTELUKAST) TAB 10 MG 1 CADA NOCHE - SEEBRI BREEZHALER (B. GLICOPIRRONIO) 1 CAPSULA 50 MG INHALADA DIARIA. # 1 DOLEX AVANZADO 1 TABLETA CADA 12 HORAS, SEGUN EL DOLOR # 60 - DOLOTRIN GEL APLICAR SEGUN DOLOR # 1 ACIDO ACETIL SALICILICO TAB x 100 MG CADA DIA # 30 --- POR 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL CALDAS
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
Diana Martinez.
LÍDER SMA

Se autoriza entrega del mes de julio.

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/14 HORA: 16:02:28 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000025
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA DEYANIRA PARRA CARDONA
CC. :25260616
NRO FORMULA: 25260616-2
FECHA FORMULA: 14/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7501326052337					
	COZAAR 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES: Jhon Jair Arreto
1027259 4

FIRMA DE RECIBIDO: _____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA.

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 13.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30292843	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	30292843 01	**EDAD:**	57 Años
NOMBRE:	HERNANDEZ GRANADAMARIA YOLANDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.07.202	- EUTIROX LEVOTIROXINA 25 MCG LUNES A VIERNES, # 20 - EUTIROX LEVOTIROXINA 50 MCG FIN DE SEMANA # 10 - ESOMEPRAZOL NEDOX 20 MG POR NECESIDAD # 30 16 r - CALTRATE D 600 mg 1 TAB DIARIA # 30 - COLMIBE 1 TAB x 20/10MG 1 CADA NOCHE # 30 306 - DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20 --- POR 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Diego Cruz
CC. 1002852038

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/15 HORA: 11:09:20 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000026
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA YOLANADA HERNANDEZ GRANA
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-2
FECHA FORMULA: 15/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702870072851					
	NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000
7702132007041					
	CALTRATE 600 D MG FRASCO X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7707397790356					
	[illegible] ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0001	0000	0000	0000
7841141000053					
	COLMIBE 2010 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Diego Cruz
CC. 1002652032

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 8.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30401590	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	30401590 01	**EDAD:**	43 Años
NOMBRE:	NOREÑA SANCHEZSANDRA MILENA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
8.07.2022	CENTRUM ADVANCE 1 TABLETA CADA DIA # 90 NEUROBION DC 1 AMPOLLA IM CADA MES # 3
	FORMULA PARA 3 MESES

- Sandra Milena Noreña S.
- 30'401.590
- 3115077823

AUTORIZADO POR: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS
C.C. : 1118553220
R. M. : 1118553220

FIRMA MÉDICO

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/15 HORA: 11:52:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000027
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: SANDRA MILENA NORENA
CC. :30401590
NRO FORMULA: 30401590-1
FECHA FORMULA: 15/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7501298220185					
	NEUROBION DC CAJA X 3 AMP	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

- Sandra Milena Norena S.
- 30'401.590
- 3115077823.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 13.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24270478	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24270478 01	**EDAD:**	85 Años
NOMBRE:	GARCIA ALVAREZMARIA GRICELDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.07.202	- NEDOX (ESOMEPRAZOL) CAP x 20 MG INTERDIARIIO # 20
161	- MILPAX SUSP ORAL 360ml. 1 CUCHARADA EN CASO DE SINTOMAS # 1
161	- NUEVID (VITAMINA D) TAB 7000UI 1 SEMANAL # 30
	- DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA VIA ORAL CADA 8 HORAS # 90
	- VOLTAREN EMULGEL X 60gr, APLICAR SEGUN EL DOLOR # 1

	FORMULA PARA 3 MESES
	- BEDOYECTA JERINGA PRELLENADA 1 AMPOLLA IM CADA SEMANA # 4
	- ANEXIA 1 TAB 120mg 1 CADA DIA POR 7 DIAS, TOMAR CON ESTOMAGO LLENO # 7

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Evelyn Correa
1053824121

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/16 HORA: 11:49:15 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000028
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA GRICELDA GARCIA ALVAREZ
CC. :24270478
NRO FORMULA: 24270478-1
FECHA FORMULA: 16/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702870072851				
NEXIUM 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000
7703454921152				
MILPAX CEREZA FRASCO X 360 ML	0001	0000	0000	0000
7702207573860				
NUEVI D (VITAMINA D3) 7000 UI CAJA X 4 T	0001	0000	0000	0000
7707397790356				
DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0004	0000	0000	0000
7703363006094				
DOLEX ACTIVGEL CAJA X 10 CAP	0001	0000	0000	0000
7501094916022				
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 60 GR	0001	0000	0000	0000
7703454920568				
BEDOYECTA CAJA X 3 JERINGAS X 2 ML	0001	0001	0000	0000
7702057012663				
ANEXIA 120 MG CAJA X 7 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Evelyn correa
1053824121

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 3.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 1055750404
AFILIACION: 1055750404 01
NOMBRE: CANDAMIL ALZATEDANIELA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 18 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
3.05.2022	MOMETASONA RINAID SPRAY NASAL CADA 12 HORAS # 1
	MONTELUKAST (AIROMED) TAB x 10MG CADA DIA # 30
	NEDOX ESOMEPRAZOL TAB 20MG CADA DIA EN AYUNAS # 30
	GAVISCON SACHETS X 10ML TOMAR A NECESIDAD # 20
	BELLANEW 1 TABLETA CADA DIA, TOMA CONTINUA # 28

FORMULA PARA 3 MESES

Maria Rosa Alzate G
CC 30291890
3136137454

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/16 HORA: 15:25:30 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000030
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: DANIELA CANDAMIL ALZATE
CC. :1055750404
NRO FORMULA: 1055750404-1
FECHA FORMULA: 16/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702057012427				
RINAID 10 GR X 60 DOSIS	0001	0000	0000	0000
7703546015301				
AIROMED 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7702870002261				
NEDOX 20 MG CAJA X 14 TAB	0002	0000	0000	0000
7702626211770				
GAVISCON DOBLE ACCION SUSPENSION LIQUIDA	0001	0008	0000	0000
7702870940549				
BELLANEW CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:_____

Instituto Oftalmológico de Caldas S.A.

MANIZALES FECHA: 2022-07-13

PACIENTE: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA

Entidad: SENA

Regimen: OTRO

Diagnóstico: H201

Documento: CC 30239880

Fecha Nacimiento: 01/08/1984

Edad: 37 años

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	MODO Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION	PRESENTACION	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	TIEMPO TRATAMIENTO	OBSERVACIÓN
ZEBESTEN (Bromfenaco 0.09%)	1 GOTA CADA 12 HORAS EN AMBOS OJOS	Solucion oftalmica esteril frasco gotero 5 ml -	OFTALMICA	3 (TRES)	SE PUEDE REPETIR	O BRONAX

Alejandra Arango
30239880

HÉCTOR DARÍO ESCOBAR GÓMEZ

ESP: MD NEUROOFTALMOLOGO
RM: E 3038

FIRMA

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/16 HORA: 19:40:03 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000032
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA
CC. :30239880
NRO FORMULA: 30239880-4
FECHA FORMULA: 16/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
736085412925	ZEBESTEN SOLUCION OFTAL FRASCO X 5 ML	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Alejandra
30239880

FIRMA DE RECIBIDO: _____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 6.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24343182
AFILIACION: 24343182 01
NOMBRE: TAMAYO GOMEZROSA EMMA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 87 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.07.2022	* CARVEDILOL TAB x 6.25mg 1 CADA 12 HORAS # 60 * AMLODIPINO VALSARTAN HIDROCLOROTIAZIDA TAB 5/160/12.5mg 1 AL DIA # 30 * LIPITOR TAB x 40MG 1 CADA NOCHE # 30 * MARTESIA TAB 75MG (PREGABALINA) 1 CADA 12 HORAS # 60 * ACIDO ACETILSALICILICO TAB x 100MG 1 CADA DIA # 30 * ESTEINE OVULO VAGINAL 1 SEMANAL # 6 * HIPROLUB 0.3% 1 GOTA CADA 12 HORAS, GOTAS OFTALMICAS # 1 * DUODOL 1 TABLETA CADA 1 2HORAS # 60 * VOLTAREN DICLOFENACO GEL LOCAL EN CASO DE DOLOR # 1 * ESOMEPRAZOL NEDOX TAB 20MG CADA DIA EN AYUNAS # 30

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Por Emma Tamayo
C.C. 24343182

Escaneado con CamScanner

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/18 HORA: 10:18:50 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000033
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-3
FECHA FORMULA: 18/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702870072851					
	NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000
7702870003879					
	DUODOL 37.5325 MG CAJA X 10 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Cra 1 este # 64
3 24 1 0649
3 23 486 34 41

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 15.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24274944
AFILIACION: 24274944 01
NOMBRE: MORENO DE MONTILLALUZ ESTELLA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 80 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
15.07.2022	INSULINA DEGLUDEC 100UIML, LAPICERO x 3ml, APLICAR 26UI CADA DIA # 2
	LINAGLIPTINA TAB 5MG CADA DIA # 30
	IRBERSARTAN APROVEL TAB x 300 MG 1 CADA DIA # 30
	FUROSEMIDA TAB 40 MG 1 CADA DIA # 30
	METOPROLOL BETALOK ZOC TAB 50mg 1 CADA DIA # 30
	QUETIAPINA TAB 25MG, 2 CADA NOCHE # 60
	OLOPATADINA 2% 1 GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS # 1
	LEVOTIROXINA EUTIROX 75MCG DIA EN AYUNAS # 30
	ATORVASTATINA TAB x 40mg 1 CADA NOCHE # 30
	BEDOYECTA AMP x 2ML APLICAR 1 AMP IM CADA MES # 1
	budesonida mas formoterol capsula inhalatoria de 200/6 mcg 1 cad a dia # 1

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Ofilia Montilla M
30273337

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/18 HORA: 16:53:03 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000034
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MORENO DE MONTILLA LUZ ESTELL
CC. :24274944
NRO FORMULA: 24274944-2
FECHA FORMULA: 18/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7709990267945				
TRESIBA FLEXTOUCH 100 U.I X 1 PLUMA	0002	0000	0000	0000
4048846005151				
TRAYENTA 5 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7706263001671				
APROVEL 300 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000
7702057708870				
FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000	0030	0000	0000
7501098607728				
BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7702057078799				
QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	0000	0000
7703153035563				
ALAP SOLUCION OFTAL FRASCO X 6 ML	0001	0000	0000	0000
7702418001985				
EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000
7702635683605				
ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000
7703454920568				
BEDOYECTA CAJA X 3 JERINGAS X 2 ML	0000	0001	0000	0000
7703546010313				
AEROVIAL CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Ofelia Montilla
30273332

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 18.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 10156368	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	10156368 01	**EDAD:**	75 Años
NOMBRE:	CORREA OSORIOJOSE OMAR	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	**PLAN DE TRATAMIENTO**
18.07.202	LEVOTIROXINA SYNTHOID TAB 25MCG DIA TRAZODONA 1 TAB 50MG 1 CADA NOCHE # 30 FLUOXETINA PRAGMATEN TAB 20MG 1 CADA DIA # 30 STAMYL FORTE 1 TABLETA CADA DIA # 30 NO NO ---------- FORMULA PARA 3 MESES

AUTORIZADO POR: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS
C.C. : 1118553220
R. M. : 1118553220

FIRMA MÉDICO

amilbia Correa Hoyos
30395583

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 18.JUL.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 10156368	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	10156368 01	**EDAD:**	75 Años
NOMBRE:	CORREA OSORIOJOSE OMAR	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.07.202	AMOXICILINA CAP X 500MG TOMAR 1 TAB CADA 8 HORA SPOR 7 DÍAS. # 21 VITAMINA C TAB X 500MG TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS # 14 DICLOFENACO TAB X 50MG TOMAR 1 TAB CADA DÍA POR 10 DÍAS # 10 ***SOLO SI HAY DOLOR INTENSO-***

AUTORIZADO POR: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS
C.C. : 1118553220
R. M. : 1118553220

FIRMA MÉDICO

amilbia Correa Flory.
30395583.

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/18 HORA: 17:18:05 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000035
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: JOSE OMAR CORREA OSORIO
CC. :10156368
NRO FORMULA: 10156368-1
FECHA FORMULA: 18/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7501298212265				
EUTIROX 25 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000
7706569021922				
TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0000	0030	0000	0000
7703546050135				
PRAGMATEN 20 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000
7702605100309				
AMOXICILINA 500 MG CAJA X 50 CAP	0000	0021	0000	0000
7703763750115				
VITAMINA C NARANJA CAJA X 100 TABLETAS M	0000	0020	0000	0000
7702057072193				
DICLOFENACO 50 MG CAJA X 20 GRAG	0000	0010	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: armando Correa G.
30395583.

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 18.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24322287	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24322287 01	**EDAD:**	63 Años
NOMBRE:	MARIN ZAMORAMARIA SOLEDAD	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.07.202	ROSUVASTATINA TAB X 20MG Tomar 1 tab cada noche por 3 meses # 90

AUTORIZADO POR: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS
C.C. : 1118553220
R. M. : 1118553220

FIRMA MÉDICO

Soledad Marin Z.
24322287 HCs.

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/18 HORA: 17:54:13 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000036
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA SOLEDAD MARIN ZAMORA
CC. :24322287
NRO FORMULA: 24322287-1
FECHA FORMULA: 18/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702057062170	ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Soledad Marin Z.
24322287 ncl

FORMULA MEDICA

Reconciliacion Medicamentosa

S.E.S Hospital Universitario de Caldas
Queremos devolver sonrisas

NIT: 890807591-5 Dirección: Calle 48 No. 25-71 TELEFONO: 8 78 25 00
Lugar Preescripción: Manizales, Caldas

CAMA:
Servicio: CONSULTA AMBULATORIA

Fecha Preescripción: 18/07/2022 02:40 p. m. **Nº Historia Clinica:** 24275050 **Nº Folio:** 28

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
Identificacion : 24275050 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 89 Años \ 3 Meses \ 26 Días **Ingreso:** 1370089
Fecha Ingreso: 18/07/2022 2:23:49 p. m.
Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Telefono : 3007812256

MEDICAMENTOS POS

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
G04BD122TABLP2	MIRABEGRON 50mg TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA	NOVENTA	90

Concentracion: 50mg **Unidad:** TABLETAS **Via Administracion:** Oral **Días tratamiento:** 90
Posología: 1 TAB AL DIA

C. 24.313.508

Medico: GOMEZ RODRIGUEZ ANDRES MAURICIO
Especialidad: UROLOGIA
Registro: 1247

Firma: ANDRES GOMEZ R

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/19 HORA: 15:44:12 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000039
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
FORMULA: 24275050-3
FECHA FORMULA: 19/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7709484810879					
MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL		0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

C. 24.313.508

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: HOSPITALIZACION PISO 3 **FECHA** 19.JUL.22
CODIGO: CSMH

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24343182	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24343182 01	**EDAD:**	87 Años
NOMBRE:	TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

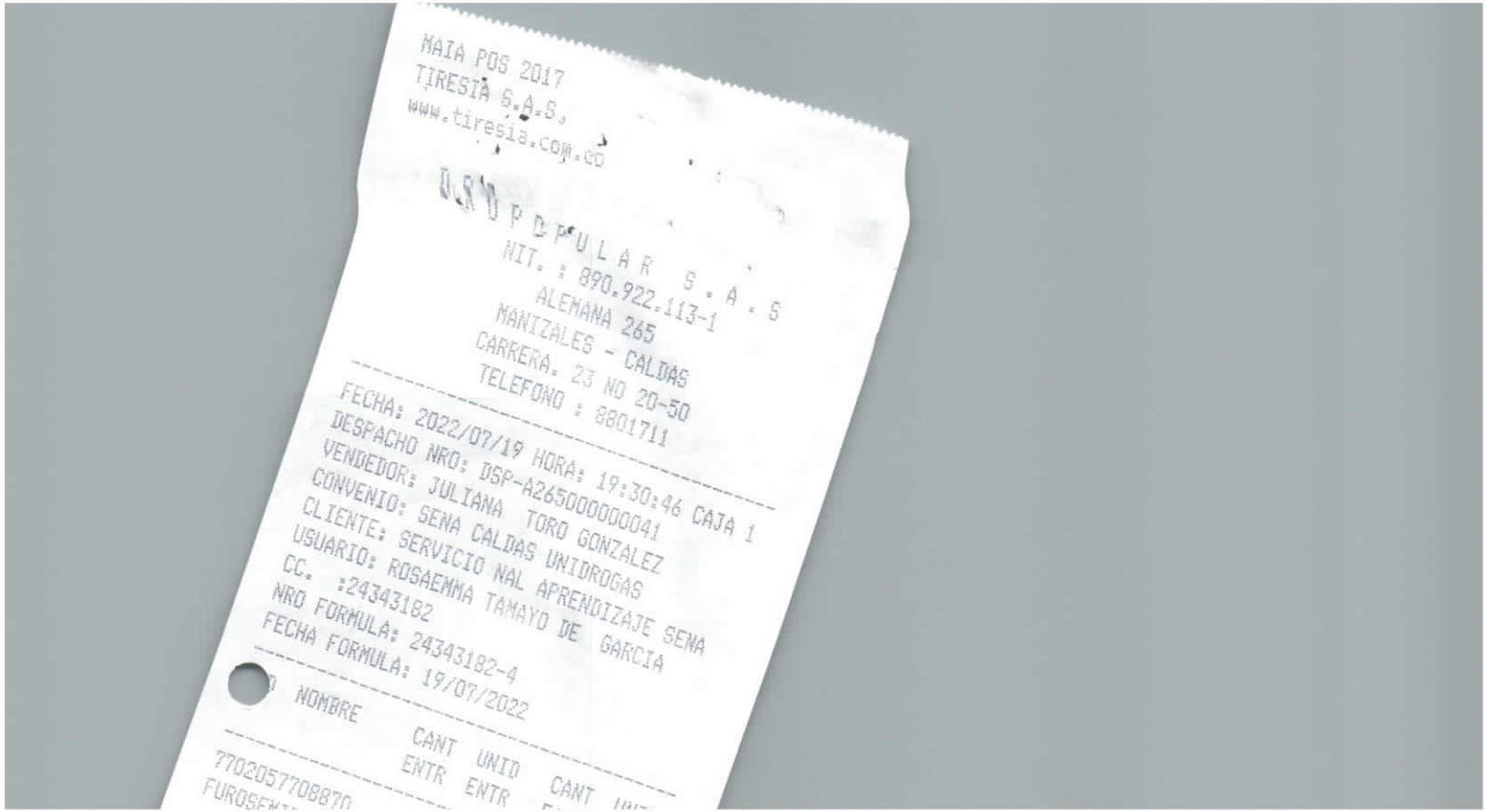
FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.2022	FORMULA MEDICA -O2 bajo canula nasal para sat > 90% oxigeno domiciliario -Furosemida tab 40mg administrar 1 tab via oral dia POR 30 DIAS NO 30 -Amlodipino+valsartan+hctz 5/160/12.5 mg, 1 tab vo al dia POR 30 DIAS NO 30 -Atorvastatina tab 40 mg, Administrar 1tab via oral cada noche por 30 dias NO 30 -Carvedilol tab 6.25 mg, dar 2 tab vo cada 12 horas -Pregabalina tab 75 mg, dar 1 tab vo cada 12 horas -Asa tab 100 mg, dar 1 tab vo cada dia -Trazodona tab por 50mg adminsitrar 1 tab via oral cada 24hrs en la noche. -Esomeprazol tab 40 mg, dar 1 cap vo cada mañana -Enoxaparina amp 40 mg - 40 mg sc cada dia -Salbutamol inhalador 2 puff cada 6 horas -Ipratropio bromuro inh, realizar 4 inh vo cada 8 horas -Bisacodilo 5 mg, dar 1 tab VO en la noche *nuevo*

AUTORIZADO POR: MATEO TRUJILLO RAMIREZ
C.C. : 1053819424
R. M. : 1053819424

C.C. 1053819424

FIRMA MÉDICO

María Fotos Gar
24 32 0649


MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S.
www.tiresia.com.co

D S P P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/19 HORA: 19:30:46 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000041
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-4
FECHA FORMULA: 19/07/2022

NOMBRE CANT UNID ENTR CANT ENTR

7702057708870

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S,
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/19 HORA: 19:30:46 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000041
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-4
FECHA FORMULA: 19/07/2022

	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
	7702057708870				
	FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000	0030	0000	0000
	7706569021922				
	TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0000	0030	0000	0000
	7703153016852				
	CLENOX 40 MG CAJA X 1 JERINGA PRELLENADA	0006	0000	0000	0000
	7707274721206				
	SACRUSYT (SALBUTAMOL) INHALADOR X 200 DO	0001	0000	0000	0000
	7707274721107				
	IPRASYNT 20 MCG (BROMURO IPRATROPIO) INH	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:
María Fernanda Toro
24 3/06 44

FIRMA DE RECIBIDO:_____

2042

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 16.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30297398	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	30297398 01	**EDAD:**	57 Años
NOMBRE:	ARIAS BUITRAGOMARIA ELENA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.05.2022	* LOSARTAN TABLETA x 50mg 1 CADA 12 HORAS # 60 * SERECOR (SALMETEROL MAS FLUTICASONA) 25/250 1 PUFF CADA 12 HORAS # 1 → 254 * ESOMEPRAZOL (ESOZ) TAB 40 MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 * MONTELUKAST (SINGULAIR) TAB x 10 MG 1 CADA DIA # 30 * MOMETASYN SPRAY NASAL 1 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA MAÑANA # 1 * AFRISAL SOLUCION NASAL , USO DIARIO SEGUN INDICACIONES # 1 * DESLORATADINA (DESLODEX) 1 TAB CADA NOCHE # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES * NITAZOXANIDA CELECTAN TABLETA x 500mg 1 CADA 12 HORAS, CON ESTOMAGO LLENO POR 3 DIAS # 6

Jorge Eduardo Sojo C.
10.246.712

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

3ª Entrega Pend.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 17.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30297398	COD. PLAN:	SENAH
AFILIACION:	30297398 01	EDAD:	57 Años
NOMBRE:	ARIAS BUITRAGOMARIA ELENA	SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.05.202	ORLISTAT (DISGRASIL). TABLERA POR 120 MG # 270 → x30
	UNA CADA 8 HORAS.
	PARA TRES MESES.

Jorge Eduardo Zirck
10.246 717

AUTORIZADO POR: ANDRES FERNANDO GIRALDO OR
C.C. : 75079451
R. M. : 15464

FIRMA MÉDICO

3era Entega Pend.

DROPOPULAR S.A.S
NIT : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/19 HORA: 20:11:29 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000042
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA ELENA ARIAS BUITRAGO
CC. :30297398
NRO FORMULA: 30297398-1
FECHA FORMULA: 19/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7706569021618				
LOSARTAN 50 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	0000	0000
7071726875053				
SERETIDE 25250 MG FRASCO X 120 DOSIS	0001	0000	0000	0000
7703763997756				
ESOZ 40 MG CAJA X 60 CAP	0000	0030	0000	0000
7501326048118				
SINGULAIR 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7702057012427				
RINAID 10 GR X 60 DOSIS	0001	0000	0000	0000
7702502010992				
AFRISAL SOLUCION SALINA FRASCO X 30 ML	0001	0000	0000	0000
7[illegible]46018661				
DESLODEX 5 MG CAJA X 20 TABL	0001	0000	0000	0000
7702870003107				
DISGRASIL 120 MG CAJA X 30 CAP +++	0001	0000	0000	0000
7702870003114				
DISGRASIL 120 MG CAJA X 60 CAP +++	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Jorge Eduardo Garcia

FIRMA DE RECIBIDO: 10.246717

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: HOSPITALIZACION PISO 3 **FECHA** 19.JUL.22
CODIGO: CSMI-

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24343182 **COD. PLAN:** SENAH
AFILIACION: 24343182 01 **EDAD:** 87 Años
NOMBRE: TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA **SEXO:** Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.2022	FORMULA MEDICA -O2 bajo canula nasal para sat > 90% oxigeno domiciliario -Furosemida tab 40mg administrar 1 tab via oral dia POR 30 DIAS NO 30 -Amlodipino+valsartan+hctz 5/160/12.5 mg, 1 tab vo al dia POR 30 DIAS NO 30 -Atorvastatina tab 40 mg, Administrar 1tab via oral cada noche por 30 dias NO 30 -Carvedilol tab 6.25 mg, dar 2 tab vo cada 12 horas -Pregabalina tab 75 mg, dar 1 tab vo cada 12 horas -Asa tab 100 mg, dar 1 tab vo cada dia -Trazodona tab por 50mg adminsitrar 1 tab via oral cada 24hrs en la noche. -Esomeprazol tab 40 mg, dar 1 cap vo cada mañana -Enoxaparina amp 40 mg - 40 mg sc cada dia -Salbutamol inhalador 2 puff cada 6 horas -Ipratropio bromuro inh, realizar 4 inh vo cada 8 horas -Bisacodilo 5 mg, dar 1 tab VO en la noche *nuevo*

AUTORIZADO POR: MATEO TRUJILLO RAMIREZ
C.C. : 1053819424
R. M. : 1053819424

FIRMA MÉDICO

24 3r 0644

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/20 HORA: 13:56:38 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000043
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-5
FECHA FORMULA: 20/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703153016852					
CLENOX 40 MG CAJA X 1 JERINGA PRELLENADA		0004	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:
Olvidó formula
243/0644 Jer

FIRMA DE RECIBIDO:_____

2094

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 12.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 1193460077
AFILIACION: 1193460077 01
NOMBRE: GARCIA GOMEZSOFIA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 21 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
12.07.202	BEXON DUO OVULOS VAGINALES 1 CADA NOCHE POR 7 DIAS # 7

Elizabeth Gómez
CC. 30.391321 Nvs

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/20 HORA: 14:06:07 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000044
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: SOFIA GARCIA GOMEZ
CC. :1193460077
NRO FORMULA: 1193460077-2
FECHA FORMULA: 20/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7707204490998					
	BEXON DUO CAJA X 7 OVULOS	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Elizabeth Giraldo
CC. 30.391.321 MH

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 19.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 25260616
AFILIACION: 25260616 01
NOMBRE: PARRA CARDONAMARIA DEYANIRA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 83 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.2022	FLUIMUCIL JARABE 7ml CADA 8 HORAS # 1 ✓ ABRILAR JARABE 7.5ml CADA 8 HORAS # 1 ✓

Jhon Jairo Bermeo
1027594
3137436882

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/21 HORA: 18:14:20 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000045
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA DEYANIRA PARRA CARDONA
CC. :25260616
NRO FORMULA: 25260616-4
FECHA FORMULA: 21/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
4104480705151					
	ABRILAR JARABE EA 575 FRASCO X 100 ML	0001	0000	0000	0000
7703445103109					
	FLUIMUCIL 2 JARABE NINOS FRASCO X 120 ML	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Johan Leiro Barreto
10272914
3137436888

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 3.MAY.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 1053824114 **COD. PLAN:** SENAH
AFILIACION: 1053824114 01 **EDAD:** 29 Años
NOMBRE: BARRETO OCAMPODANIEL JAIRO **SEXO:** Mujer

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
3.05.2022	PAÑALES DESECHABLES TALLA M. DOS PAÑALES CADA DIA # 60
	DESITIN CREMA x 57gr PARA EL AREA DEL PAÑAL # 2
	ACETAMINOFEN DOLEX 500 MG CADA 8 HORAS EN CASO DE MALESTAR O FIEBRE # 20
	ENSURE ADVANCE POLVO, TARRO x 850gr, 1 A 2 VASOS DIARIOS, (6 MEDIDAS X VASO) # 2
	POR 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Jhon Barreto
CC 1027259X

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL CALDAS
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
Diana Martinez.
LÍDER SMA

Se autoriza entrega del mes de Julio.

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

Prueba de impresion OK

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/21 HORA: 18:16:29 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000046
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: DANIEL JAIRO BARRETO OCAMPO
CC. :1053824114
NRO FORMULA: 1053824114-2
FECHA FORMULA: 21/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702027478611	TENA SLIP ULTRA TALLA M PQTE X 21 UND	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Dhon Jairo Barreto
1027259 4

FIRMA DE RECIBIDO: _____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: HOSPITALIZACION PISO 3 **FECHA** 19.JUL.22
CODIGO: CSMH

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24343182	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24343182 01	**EDAD:**	87 Años
NOMBRE:	TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.2022	FORMULA MEDICA -O2 bajo canula nasal para sat > 90% oxigeno domiciliario -Furosemida tab 40mg administrar 1 tab via oral dia POR 30 DIAS NO 30 -Amlodipino+valsartan+hctz 5/160/12.5 mg, 1 tab vo al dia POR 30 DIAS NO 30 -Atorvastatina tab 40 mg, Administrar 1tab via oral cada noche por 30 dias NO 30 -Carvedilol tab 6.25 mg, dar 2 tab vo cada 12 horas -Pregabalina tab 75 mg, dar 1 tab vo cada 12 horas -Asa tab 100 mg, dar 1 tab vo cada dia -Trazodona tab por 50mg adminsitrar 1 tab via oral cada 24hrs en la noche. -Esomeprazol tab 40 mg, dar 1 cap vo cada mañana -Enoxaparina amp 40 mg - 40 mg sc cada dia -Salbutamol inhalador 2 puff cada 6 horas -Ipratropio bromuro inh, realizar 4 inh vo cada 8 horas -Bisacodilo 5 mg, dar 1 tab VO en la noche *nuevo*

AUTORIZADO POR: MATEO TRUJILLO RAMIREZ
C.C. : 1053819424
R. M. : 1053819424

FIRMA MÉDICO

2437 0649

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/22 HORA: 09:21:37 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000050
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
:24343182
NRO FORMULA: 24343182-7
FECHA FORMULA: 22/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703153016852					
	CLENOX 40 MG CAJA X 1 JERINGA PRELLENADA	0010	0000	0000	0000

OBSERVACIONES: Gloria Isabel Ramírez
24343/0647

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ,VER_

FECHA 19.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24319563	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24319563 01	**EDAD:**	68 Años
NOMBRE:	FONSECA DE DUQUELIGIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.2022	ATOVAROL CAPSULA 40mg 1 CADA NOCHE POR 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Ligia Fonseca.
cc# 24319563
cel: 3136397758

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/22 HORA: 11:04:08 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000051
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: LIGIA FONSECA DE DUQUE
CC. :24319563
NRO FORMULA: 24319563-1
FECHA FORMULA: 22/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703153035228	ATOVAROL CBG 40 MG CAJA X 20 CAP	0001	0010	0000	0000

OBSERVACIONES:

Ligia Fonseca
cc# 24319563
cel: 3136397488

FIRMA DE RECIBIDO: _____

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 18.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 25763653
AFILIACION: 25763653 01
NOMBRE: FLOREZ LOAIZAAIDE MARIA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 79 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.07.202	DIOVAN HCT (VALSARTAN) 160 MG CADA MAÑANA # 30
	ATOVAROL TABLETA 40MG 1 CADA NOCHE # 30 — 93
	AMLODIPINO TAB x 5MG CADA NOCHE # 30
	FARMA D CAPSULA 2000U 1 CADA DIA # 30
	CITRAGEL 1 CAPSULA CADA DIA # 30
	CETIRIZINA TABLETAS 10 MG (ALERCERT) # 30
	DERMACORTINE LOCION APLICAR SEGUN INDICACIONES # 1
	SEGREGAM (PANTOPRAZOL) TAB x 20 MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30
	DEXAPRON (ESCITALOPRAM) TAB x 20MG 1 CADA MAÑANA # 30 — 258
	TRAZODONA 1 TAB 50MG CADA NOCHE # 30
	ULTIBRO BREEZHALER INDACATEROL + GLICOPIRRONIO 110/50UG, 1 CAP CADA 24 HORAS. # 1
	DOLIREN 1 TABLETA CADA 12 HORAS # 60 — 161 - 262
	ACETAMINOFEN TABLETA x 500mg 1 CADA 8 HORAS # 60
	BEN GAY TUBO GEL, APLICAR SEGUN DOLOR # 2 — 20.

AUTORIZADO POR: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS
C.C. : 1118553220
R. M. : 1118553220

FIRMA MÉDICO

Wilson Ruiz
78708716
Cll 46 # 25-28
3134628355

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 18.JUL.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25763653	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	25763653 01	**EDAD:**	79 Años
NOMBRE:	FLOREZ LOAIZAAIDE MARIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA **PLAN DE TRATAMIENTO**

FORMULA PARA 3 MESES

AUTORIZADO POR: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS
C.C. : 1118553220
R. M. : 1118553220

FIRMA MÉDICO



DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/22 HORA: 13:13:25 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000052
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: AIDE MARIA FLOREZ LOAIZA
CC. :25763653
NRO FORMULA: 25763653-1
FECHA FORMULA: 22/07/2022

NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7896261012257 DIOVAN 160 MG CAJA X 28 TAB				
7703153035228 ATOVARO	0001	/		

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/22 HORA: 13:13:25 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000052
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: AIDE MARIA FLOREZ LOAIZA
CC. :25763653
NRO FORMULA: 25763653-1
FECHA FORMULA: 22/07/2022

NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7896261012257				
DIOVAN 160 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000
7703153035228				
ATOVAROL CBG 40 MG CAJA X 20 CAP	0001	0010	0000	0000
7702057711573				
AMLODIPINO 5 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7703454123136				
FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001	0000	0000	0000
7703153022570				
CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7703153001742				
ALERCET 10 MG CAJA X 10 CAP	0003	0000	0000	0000
7703281008422				
DERMACORTINE LOCION FRASCO X 30 ML	0001	0000	0000	0000
7707204490837				
SEGREGAM 20 MG CAJA X 28 COMP	0001	0000	0000	0000
7702057012335				
DEXAPRON 20 MG CAJA X 20 TABL	0002	0000	0000	0000
7706569021922				
TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0000	0030	0000	0000
7612797301951				
DLTIBRO BREEZHALER 11050MG + INHALADOR X	0001	0000	0000	0000
7702870071922				
DOLIREN 5325 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	0000	0000
7706569020659				
ACETAMINOFEN 500 MG CAJA X 100 TABL	0000	0060	0000	0000

OBSERVACIONES:

Wilson Ruiz

FIRMA DE RECIBIDO: 7870876

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: HOSPITALIZACION PISO 3
CODIGO: CSMI-

FECHA 19.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24343182
AFILIACION: 24343182 01
NOMBRE: TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 87 Años
SEXO: Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.2022	FORMULA MEDICA -O2 bajo canula nasal para sat > 90% oxigeno domiciliario -Furosemida tab 40mg administrar 1 tab via oral dia POR 30 DIAS NO 30 -Amlodipino+valsartan+hctz 5/160/12.5 mg, 1 tab vo al dia POR 30 DIAS NO 30 -Atorvastatina tab 40 mg, Administrar 1tab via oral cada noche por 30 dias NO 30 -Carvedilol tab 6.25 mg, dar 2 tab vo cada 12 horas -Pregabalina tab 75 mg, dar 1 tab vo cada 12 horas -Asa tab 100 mg, dar 1 tab vo cada dia -Trazodona tab por 50mg adminsitrar 1 tab via oral cada 24hrs en la noche. -Esomeprazol tab 40 mg, dar 1 cap vo cada mañana -Enoxaparina amp 40 mg - 40 mg sc cada dia -Salbutamol inhalador 2 puff cada 6 horas -Ipratropio bromuro inh, realizar 4 inh vo cada 8 horas -Bisacodilo 5 mg, dar 1 tab VO en la noche *nuevo*

AUTORIZADO POR: MATEO TRUJILLO RAMIREZ
C.C.: 1053819424
R. M.: 1053819424

FIRMA MÉDICO

2433 0649

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S.
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/22 HORA: 17:53:48 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000053
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMNA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-8
FECHA FORMULA: 22/07/2022

CODIGO	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702635716945	EXFORGE HCT 516012.5 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000
7702635683605	ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000
7702057709068	CARVEDILOL 6.25 MG CAJA X 30 TAB -+++	0002	0000	0000	0000
8699516155889	PREGABALINA 75 MG CAJA X 14 CAP	0004	0000	0000	0000
7702057070748	ASA 100 MG CAJA X 100 TABL	0000	0030	0000	0000
7702057709006	ESOMEPRAZOL 40 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000
7707288820063	BISACODILO 5 MG X CAJA X 100 TABL	0000	0030	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: HOSPITALIZACION PISO 3 **FECHA** 19.JUL.22
CODIGO: CSMI

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24343182 **COD. PLAN:** SENAH
AFILIACION: 24343182 01 **EDAD:** 87 Años
NOMBRE: TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA **SEXO:** Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.2022	FORMULA MEDICA -O2 bajo canula nasal para sat > 90% oxigeno domiciliario -Furosemida tab 40mg administrar 1 tab via oral dia POR 30 DIAS NO 30 -Amlodipino+valsartan+hctz 5/160/12.5 mg, 1 tab vo al dia POR 30 DIAS NO 30 -Atorvastatina tab 40 mg, Administrar 1tab via oral cada noche por 30 dias NO 30 -Carvedilol tab 6.25 mg, dar 2 tab vo cada 12 horas -Pregabalina tab 75 mg, dar 1 tab vo cada 12 horas -Asa tab 100 mg, dar 1 tab vo cada dia -Trazodona tab por 50mg adminsitrar 1 tab via oral cada 24hrs en la noche. -Esomeprazol tab 40 mg, dar 1 cap vo cada mañana -Enoxaparina amp 40 mg - 40 mg sc cada dia -Salbutamol inhalador 2 puff cada 6 horas -Ipratropio bromuro inh, realizar 4 inh vo cada 8 horas -Bisacodilo 5 mg, dar 1 tab VO en la noche *nuevo*

AUTORIZADO POR: MATEO TRUJILLO RAMIREZ
C.C. : 1053819424
R. M. : 1053819424

FIRMA MÉDICO

24 3r 0644

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S,
www.tiresia.com.cp

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/22 HORA: 17:58:50 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000054
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-9
FECHA FORMULA: 22/07/2022

CÓD.	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702057709068					
	CARVEDILOL 6.25 MG CAJA X 30 TAB	0002	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 10.MAY.22
CODIGO: ENE_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24267903	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24267903 01	**EDAD:**	88 Años
NOMBRE:	GONZALEZ OROZCOINES	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.05.2022	FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA PURIFICADA TAB 500MG
	TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS DURANTE 90 DIAS
	NO. 180 TABLETAS

Dra. Natalia Reinosa Giraldo
Cirugía Vascular y Angiología
Hospital Santa Sofía del Saladillo
Reg. Médico 24338280 Esp. 2016-13829

AUTORIZADO POR: NATALIA REINOSA GIRALDO
C.C. : 24338280
R. M. : 2016-13829

FIRMA MÉDICO

1ª Entrega Mayo 11 2022 (1 caja)

2ª Entrega Junio 23 2022 (2 cajas)

Jnes Gonzalez O.
24.267.903
Cel: 3113607300

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 10.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24267903	COD. PLAN:	SENAH
AFILIACION:	24267903 01	EDAD:	88 Años
NOMBRE:	GONZALEZ OROZCOINES	SEXO:	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.05.2022	CARDIOASPIRINA TABLETA 81 MG
	No. 90 TABLETAS
	TOMAR 1 TABLETA AL DIA DURANTE 90 DIAS

Dra. Natalia Reinosa Giraldo
Cirujana General U. Militar
Cirujana Vascular y Angiologia
U. de la Sabana
Reg. Colegio Medico Col 1698-16

AUTORIZADO POR: NATALIA REINOSA GIRALDO
C.C. : 24338280
R. M. : 2016-13829

FIRMA MÉDICO

1° entrega Mayo 10 - 2022

2da entrega Junio 23 2022

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

ENE 047E7951545

NIT: 890.806.490-5 TELÉFONO: 8783430 DIRECCIÓN: Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia FECHA:10.MAY.2022 HORA GENERADA: 8:58

SAB: ENE__SEDE SAN MARCEL

Orden Médica

PACIENTE: GONZALEZ OROZCO INES NRO. HISTORIA: CC - 24267903 AFILIACION:24267903 01 PLAN: SENAH SENA 2022 CONTRATO (H)

CONVENIO: 899999034-1H SENA SERVICIO NACIONAL DIESCALA:DIZAAE 2022(IDx: Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) T. ATENCIÓN: Atención Ambulatoria

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
20022893 -->	ATORVASTATINA 20 MG TABLETA TOMAR 1 TABLETA AL DIA DURANTE 90 DIAS		90

Dra. Natalia Reinosa Giraldo
Cirugía General U Militar
Cirugía Vascular y Angiología
Universidad El Bosque
R.M. Colegio Médico Col 1456-10

Confa Salud, Contigo, con todo.

AUTORIZADO POR: NATALIA REINOSA GIRALDO
CC: 24338280
R.M.: 2016-13829

FIRMA Y REGISTRO MEDICO

1° Entrega Mayo 10 2022

2° Entrega Junio 23 2022

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_ **FECHA** 12.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24267903	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24267903 01	**EDAD:**	88 Años
NOMBRE:	GONZALEZ OROZCOINES	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
12.05.202	METOPROLOL SUCCINATO TABLETA POR 25 MG # 90 UNA CADA DÍA. - presion
	FUROSEMIDA TABLETA POR 40 MG # 45 INTERDIARIA. - diuretico
	PARA TRES MESES.

AUTORIZADO POR: ANDRES FERNANDO GIRALDO OR
C.C. : 75079451
R. M. : 15464

FIRMA MÉDICO

- Entrega Myo 18 - 2022
- Entrega Juno 23 - 2022

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 19.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24267903
AFILIACION: 24267903 01
NOMBRE: GONZALEZ OROZCOINES

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 88 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.202	CALCIBON D 1 TAB CADA DIA # 30 FARMA D 2000U TABLETA 1 CADA DIA # 30 --- POR 3 MESES ERICOX TABLETA x 90mg 1 CADA 12 HORAS, CON ESTOMAGO LLENO, POR 7 DIAS # 14

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/25 HORA: 15:49:57 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000055
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: INES GONZALES OROZCO
CC. :24267903
NRO FORMULA: 24267903-3
FECHA FORMULA: 25/07/2022

CÓD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703454123174					
	CALCIBON D 800 U.I FRASCO X 60 TABL GRAT	0001	0000	0000	0000
7703454123136					
	FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001	0000	0000	0000
7702870071326					
	ERICOX 90 MG CAJA X 14 TABL	0001	0000	0000	0000
7704232000472					
	DAFLON 500 MG X 30 TABL	0002	0000	0000	0000
7702635683391					
	ATORVASTATINA 20 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000
7702123008811					
	[illegible]OASPIRINA 81 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7501098608084					
	BETALOC ZOK 25 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7702057708870					
	FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000	0030	0000	0000

OBSERVACIONES:
- Ines Gonzalez
- 24.267.903
3113607300

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 22.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: TI - 1054400090
AFILIACION: 1054400090 01
NOMBRE: OSORIO ARANGOJACOBO

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 11 Años
SEXO: Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
22.07.202	DESONIDA DERMOSUPRIL EMULSION 60ml APLICAR EN LAS NOCHES # 1

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Escaneado con CamScanner

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/26 HORA: 10:55:44 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000056
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: JACOBO OSORIO ARANGO
TI. :1054400090
NRO FORMULA: 1054400090-4
FECHA FORMULA: 26/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703281003144	DERMOSUPRIL EMULSION FRASCO X 120 ML	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

3023988

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 22.JUL.22
CODIGO: ENE_

BENEFICIARIO

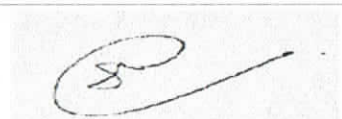
No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30239880	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	30239880 01	**EDAD:**	38 Años
NOMBRE:	ARANGO GARCIAOLGA ALEJANDRA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
22.07.202	Aziatropina tab x 50mg Tomar 1 tab cada 12 horas por 3 meses # 180

30239880

AUTORIZADO POR: SANTIAGO VALENCIA URIBE
C.C. : 1053813326
R. M. : 1053813326



FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/26 HORA: 10:59:36 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000057
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA
CC. :30239880
NRO FORMULA: 30239880-5
FECHA FORMULA: 26/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
5010706005327					
	IMURAN (AZATIOPRINA) 50 MG CAJA X 100 T	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____
30239880

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 25.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30337798
AFILIACION: 30337798 01
NOMBRE: FLOREZ TABARESMARIA JACKELINE

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 47 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
25.07.2022	A CERUMEN SPRAY OTICO APLICAR 1 ASPERCION EN CADA OIDO CADA 3 DIAS # 1 MITRUL 1 TABLETA CADA NOCHE, MAXIMO A LAS 5:00pm, POR 5 DIAS # 5 MULTIDOL CAPSULA x 800mg 1 CADA 12 HORAS, CON ESTOMAGO LLENO POR 5 DIAS # 10

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

Jacqueline P
30337798

MAIA PO[redacted]
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/26 HORA: 11:13:44 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000058
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA JACKELINE FLOREZ TABAREZ
CC. :30337798
NRO FORMULA: 30337798-2
FECHA FORMULA: 26/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
3518646057984				
ACERUMEN SPRAY FRASCO X 40 ML	0001	0000	0000	0000
7730979094177				
MITRUL 15 MG CAJA X 10 CAP	0001	0000	0000	0000
7703889153661				
MULTIDOL 800 MG CAJA X 30 CAP	0000	0012	0000	0000

OBSERVACIONES:

Jackeline

FIRMA DE RECIBIDO:_____

30337798

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 26.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 19291371
AFILIACION: 19291371 01
NOMBRE: MONSALVE PINOJORGE

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 64 Años
SEXO: Mujer

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
26.07.2022	GASTROFAST SACHETS x 10ml 1 CADA 12 HORAS, SEGUN LA NECESIDAD # 30

J. Monsalve 19.291.371

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

MAIA POS 2017
TIRESIA, S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/26 HORA: 11:53:51 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000059
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: JORGE MONSALVE PINO
CC. :19291371
NRO FORMULA: 19291371-1
FECHA FORMULA: 26/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702057803278					
	GASTROFAST ADVANCE CAJA X 10 SOBRES	0003	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

J. Monsalve.
19.291.371

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 21.JUN.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24316917
AFILIACION: 24316917 01
NOMBRE: HINCAPIE MEJIAMARTHA LUCIA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 66 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.06.202	EUTIROX TAB x 100 MCG 1 TAB CADA DIA # 30 BIOCALCIUM D SOBRES 1 CADA DIA # 30 VOLTAREN GEL 60gr SEGUN DOLOR # 1 FARMA D CAPSULAS x 2000 UI 1 CADA DIA # 30 QUETIAPINA TAB 25MG CADA NOCHE # 30 SINALGEN 1 TABLETA x 325/5mg 1 CADA NOCHE # 30 TIBONELLA 1 TABLETA CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES B VIT CAPSULAS 1 CADA DIA POR 50 DIAS # 50

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

Martha L Hincapie

FIRMA MÉDICO

C. 24.316.917

Martha L Hincapie

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/26 HORA: 12:05:26 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000060
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARTHA LUCIA HINCAPIE MEJIA
CC. :24316917
NRO FORMULA: 24316917-2
FECHA FORMULA: 26/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702418001558				
EUTIROX 100 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000
7702057071813				
BIOCALCIUM D 500 MG CAJA X 30 SOBRES	0001	0000	0000	0000
7501094916022				
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 60 GR	0001	0000	0000	0000
7702057078799				
QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000
7701047111911				
SINALGEN 5325 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
[illegible]889123978				
TIBONELLA 2.5 MG CAJA X 28 TABL	0000	0000	0001	0000

OBSERVACIONES:

Martha L Hincapie

FIRMA DE RECIBIDO: C 24316917

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/26 HORA: 12:05:26 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000060
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARTHA LUCIA HINCAPIE MEJIA
CC. :24316917
NRO FORMULA: 24316917-2
FECHA FORMULA: 26/07/2022

TICKET PARA RECLAMAR PENDIENTES

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703889123978					
	TIBONELLA 2.5 MG CAJA X 28 TABL	0000	0000	0001	0000

OBSERVACIONES:

Martha L Hincapie

FIRMA DE RECIBIDO: C.24 316.917

*** COPIA CLIENTE ***

** SIEMPRE PENSANDO EN SU SALUD **

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/29 HORA: 19:35:05 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000060
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARTHA LUCIA HINCAPIE MEJIA
CC. :24316917
NRO FORMULA: 24316917-2
FECHA FORMULA: 26/07/2022
COD. PATOLOGIA: OTROS
A BODEGA

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703889123978					
	TIBONELLA 2.5 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Martha L Hincapie
COPIA

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 23.JUL.22
CODIGO: ENE_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24310972	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24310972 01	**EDAD:**	70 Años
NOMBRE:	MUNOZ CARDONAMARIA AMPARO	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
23.07.202	USO TOPICO

1. FLUOCINOLONA ACETONIDO/HIDROQUINONA/TRETINOINA/ Crema Tópica 0.01%+4%+0.05% Tubo X 15Gr

APLICAR EN LA NOCHE EN ROSTRO, MAXIMO POR 3 MESES, AL OTRO DIA RETIRAR Y APLICAR PROTECTO SOLAR, NO PUEDE USARLA POR MAS DE 3 MESES.

FORMULA POR 3 MESES

Juan Jose JM
1053777971

AUTORIZADO POR: MAGDA LIZETH GOMEZ GOMEZ
C.C. : 1052379069
R. M. : 1052379069



FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/26 HORA: 12:48:59 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000062
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA AMPARO MUNOZ CARDONA
CC. :24310972
NRO FORMULA: 24310972-1
FECHA FORMULA: 26/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
3499320002448					
	TRI-LUMA CREMA TUBO X 15 GR	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Juan Fdo JM
1033177975

Instituto Oftalmológico de Caldas S.A.

MANIZALES FECHA: 2022-07-11

PACIENTE: ANDRES MAURICIO FRANCO HERNANDEZ

Documento: CC 1193517117

Entidad: SENA

Fecha Nacimiento: 26/02/2001

Regimen: OTRO

Edad: 21 años

Diagnóstico: H401

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	MODO Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION	PRESENTACION	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	TIEMPO TRATAMIENTO	OBSERVACIÓN
TIMOLOL MALEATO 5 mg/mL (0,5%) - (POS - Código ATC S01ED0102)	aplicar 1 gota cada 12 horas en ambos ojos por 6 meses	Solución Oftálmica -	OFTALMICA	6 frascos ()	**6 meses**	

Mauricio Franco Hernandez
1193517117

ALVARO NOGUERA CRUZ

ESP: MD OFTALMOLOGO-GLAUCOMATOLOGO
RM: 25932-97

A. Noguera C.

FIRMA

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/26 HORA: 17:49:53 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000063
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ANDRES MAURICIO FRANCO HERNAND
CC. :1193517117
NRO FORMULA: 1193517117-1
FECHA FORMULA: 26/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702057070694	TIMOLOL 0.5 SOLUCION OFTAL FRASCO X 5 ML	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Mauricio Franco H
1193517117

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 27.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30319873
AFILIACION: 30319873 01
NOMBRE: PINILLA MIRIAM PATRICIA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 52 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
27.07.202	DEXAMETASONA 1 AMPOLLA 8 mg IM CADA SEMANA POR 2 # 2
	IBUFLASH MIGRAN 1 CAPSULA CADA 8 HORAS, SEGUN DOLOR # 20

= Miriam Patricia Pinilla
= 30.319873
3113394038

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/27 HORA: 17:12:28 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000064
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MIRIAM PATRICIA PINILLA
CC. :30319873
NRO FORMULA: 30319873-1
FECHA FORMULA: 27/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702605105595				
DEXAMETASONA 8 MG CAJA X 10 AMP	0000	0002	0000	0000
7702057092757				
IBUFLASH MIGRAN CAJA X 30 CAP	0000	0020	0000	0000

OBSERVACIONES:
— Miryam Patricia Pinilla
— 30319873
— 3113394038

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 25.MAY.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 1002633966
AFILIACION: 1002633966 01
NOMBRE: CARDONA JARAMILLOMARIA CAMILA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 20 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
25.05.202	BUPROPION WELBUTRIN XLTABLETA X 150MG , 1 CADA DIA # 30 POR 3 MESES

Maria Camila Cardona Jaramillo
1002633966

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/28 HORA: 11:29:32 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000066
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: CAMILA CARDONA JARAMILLO
CC. :1002633966
NRO FORMULA: 1002633966-2
FECHA FORMULA: 28/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7861028101208					
	WELLBUTRIN XL 150 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria Camila Cardona J
1002633966

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 25.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	RC - 1056135616	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	1056135616 01	**EDAD:**	6 Años
NOMBRE:	TABARES OROZCOEMILIA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
25.07.202	**KETOTIFENO jarabe 1 mg/ 5 ml jareb 0.02% # 3 , tres 2.5 cc cada 12 hrs por 3 meses ** MONTELUKAST 5 MG # 90 , novental tableta masticable 1 tab cada noche por 3 meses ** SALMETEROL FLUTICASONA # 3, tres inhalador 125/25 mcg 2 puff en cada 12 hrs por 3 meses

AUTORIZADO POR: JULIANA VILLEGAS GONZÁLEZ
C.C. : 1053772848
R. M. : 16405

JVG

FIRMA MÉDICO

1023729 a

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/28 HORA: 19:30:25 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000067
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: EMILIA TABARES OROZCO
RC. :1056135616
NRO FORMULA: 1056135616-1
FECHA FORMULA: 28/07/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702605101610				
KETOTIFENO SUSPENSION FRASCO X 100 ML	0001	0000	0000	0000
7706569022448				
MONTELUKAST 5 MG CAJA X 10 TABL	0003	0000	0000	0000
7071726874995				
SERETIDE 25125 MG FRASCO X 120 DOSIS	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

30237199

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

20 JUL 10
Fórmula

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 23.JUN.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 15235687	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	15235687 03	**EDAD:**	77 Años
NOMBRE:	REDONDO SIERRAGUSTAVO BENJAMIN	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
23.06.202	NEBIVOLOL NABILA TAB 5MG 1 TAB CADA DIA- # 30 FUROSEMIDA TAB 40MG 1 CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES.

Gustavo Redondo C.C.
15235687

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/29 HORA: 11:57:27 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000069
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: GUSTAVO BENJAMIN REDONDO SIERR
CC. :15235687
NRO FORMULA: 15235687-1
FECHA FORMULA: 29/07/2022

ID	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7730979090940					
NABILA 5 MG CAJA X 28 COMP		0001	0000	0000	0000
7702057708870					
FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS		0000	0030	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Gustavo Redondo

15.235687

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 25.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	RC - 1056135616	COD. PLAN:	SENAH
AFILIACION:	1056135616 01	EDAD:	6 Años
NOMBRE:	TABARES OROZCOEMILIA	SEXO:	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
	** SALBUTAMOL INHLALADOR 100 MCG # 3 , tres 2 puff cada 6 hrs en crisis y antes del ejercicio por 3 meses

AUTORIZADO POR: JULIANA VILLEGAS GONZÁLEZ
C.C. : 1053772848
R. M. : 16405

JVG

FIRMA MÉDICO

1023719 9

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/29 HORA: 17:12:17 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000071
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: EMILIA TABARES OROZCO
RC. :1056135616
NRO FORMULA: 1056135516-2
FECHA FORMULA: 29/07/2022

NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7707274721206				
SACRUSYT (SALBUTAMOL) INHALADOR X 200 DO	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:_____

- Harold Andres Tabaro
- 75102791
- 3013909705

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 27.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24281240	COD. PLAN:	NBENEF
AFILIACION:	24281240 01	EDAD:	85 Años
NOMBRE:	HERRERA DE ZAPATANELLY	SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
1.06.2022	NO FUROSEMIDA TAB x 40 MG 1 CADA MAÑANA # 30
	NO EUTHIROX TAB x 75 MCG 1 DIARIA EN AYUNAS # 30
	NO SEGREGAM TAB x 40 MG 1 CADA 12 HORAS # 60
	- CALCITRIOL TAB x 0.5 MCG 1 CADA DIA # 30
	- MEDROL TAB 4MG CADA DIA # 30
	NO LYRICA TAB x 75 MG 1 CADA NOCHE # 30
	- SINALGEN TAB 325/10 MG 1 CADA 12 HORAS # 60
	- DULOXETINA TABLETA x 60MG CADA DIA # 30
	NO VOLTAREN EMULGEL 100GR # 1
	- XANAX ALPRAZOLAMTAB x 0.25MG , TOMAR 1/2 TAB CADA DIA # 30
	- ZOLPIDEM TAB 10 MG 1 CADA NOCHE # 30
	- DAFLON TAB x 1000 1 CADA DIA # 30
	- HIPROLUB solucion oftalmica 1 gota en cada ojo cada 8 horas # 1
	- MUVETT S 1 TABLETA ANTES DEL ALMUERZO CADA DIA # 30
	NO TIMOLOL 0.5% APLICAR 1 GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 12 HORAS # 2

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M : 17302

FIRMA MÉDICO

Delcy Zapata
4313.366
Mg
8824178

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 27.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24281240	COD. PLAN:	NBENEF
AFILIACION:	24281240 01	EDAD:	85 Años
NOMBRE:	HERRERA DE ZAPATANELLY	SEXO:	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
1.06.2022	TRAZIDEX UNGUENTO OFTALMICO APLICAR SEGUN INDICACIONES # 1

Nelson Zapata
4313366
Mpp
8824178

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/29 HORA: 19:28:24 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000072
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA NELLY HERRERA DE ZAPA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-2
FECHA FORMULA: 29/07/2022

CÓD.	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703153021900					
	CALCITRIOL 0.5 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000
300090056247					
	MEDROL 4 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7703258113340					
	SINALGEN MAX 10325 MG CAJA X 30 TAB	0002	0000	0000	0000
7702057323264					
	DULOXETINA 60 MG CAJA X 28 TABL -+++	0001	0000	0000	0000
3594455600115					
	DAFLON 1000 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000
7702057077433					
	HIDROLUB SOLUCION OFTAL FRASCO X 15 ML	0001	0000	0000	0000
7703153035037					
	MUVETT S 200 MG CAJA X 60 TAB	0000	0030	0000	0000
736085048063					
	TRAZIDEX UNGUENTO TUBO X 3.5 GR	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

Alexon Zapata
4313366

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 28.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30296560
AFILIACION: 30296560 01
NOMBRE: CAÑAS LOAIZALUZ HEIDY

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 57 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
28.07.202	MITRUL 1 TABLETA CADA NOCHE MAXIMO A LAS 5:00pm. POR 5 DIAS # 5
	BENZIRIN VERDE TABLETAS MASTICABLES 1 CADA 6 HORAS # 20

1468618

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 26.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30296560
AFILIACION: 30296560 01
NOMBRE: CAÑAS LOAIZALUZ HEIDY

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 57 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
26.07.202	SYSTANE SOL OFTALMICA 1 GOTA CADA 8 HORAS # 1 CALCIBON D 800MG TAB 2TAB CADA DIA # 60 VITAMINA D FARMA D 2000 UI 1 TABLETA CADA DIA # 30 IPRAN ESCITALOPRAM TAB 10MG CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

FIRMA MÉDICO

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/29 HORA: 19:41:42 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000073
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: LUZ HEIDY CANAS LOAIZA
CC. :30296560
NRO FORMULA: 30296560-2
FECHA FORMULA: 29/07/2022

NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7730979094177				
MITRUL 15 MG CAJA X 10 CAP	0001	0000	0000	0000
7702057012397				
BENZIRIN VERDE EUCALIPTO CAJA X 12 TABL	0002	0000	0000	0000
0300651431483				
SYSTANE ULTRA GOTAS FCO X 10 ML	0001	0000	0000	0000
7703454123174				
CALCIBON D 800 U.I FRASCO X 60 TABL GRAT	0001	0000	0000	0000
7703454123136				
FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001	0000	0000	0000
7707189520659				
[illegible]AN 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:_____

4/6/2018

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: HOSPITALIZACION PISO 3 **FECHA** 19.JUL.22
CODIGO: CSMI-

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24343182	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24343182 01	**EDAD:**	87 Años
NOMBRE:	TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.07.2022	FORMULA MEDICA -O2 bajo canula nasal para sat > 90% oxigeno domiciliario -Furosemida tab 40mg administrar 1 tab via oral dia POR 30 DIAS NO 30 -Amlodipino+valsartan+hctz 5/160/12.5 mg, 1 tab vo al dia POR 30 DIAS NO 30 -Atorvastatina tab 40 mg, Administrar 1tab via oral cada noche por 30 dias NO 30 -Carvedilol tab 6.25 mg, dar 2 tab vo cada 12 horas -Pregabalina tab 75 mg, dar 1 tab vo cada 12 horas -Asa tab 100 mg, dar 1 tab vo cada dia -Trazodona tab por 50mg adminsitrar 1 tab via oral cada 24hrs en la noche. -Esomeprazol tab 40 mg, dar 1 cap vo cada mañana -Enoxaparina amp 40 mg - 40 mg sc cada dia -Salbutamol inhalador 2 puff cada 6 horas -Ipratropio bromuro inh, realizar 4 inh vo cada 8 horas -Bisacodilo 5 mg, dar 1 tab VO en la noche *nuevo*

AUTORIZADO POR: MATEO TRUJILLO RAMIREZ
C.C. : 1053819424
R. M. : 1053819424

FIRMA MÉDICO

24 3r 0644

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/29 HORA: 19:57:40 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000074
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: C24343182-10
FECHA FORMULA: 29/07/2022

C[redacted]	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703153016852	CLENOX 40 MG CAJA X 1 JERINGA PRELLENADA	0010	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:
Gloria Sofia Garcia
24.328353

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 28.JUL.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24322287
AFILIACION: 24322287 01
NOMBRE: MARIN ZAMORAMARIA SOLEDAD

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 63 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
28.07.202	MULTIDOL 1 CAPSULA x 800mg 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10
	BETADUO 1 AMPOLLA IM DOSIS UNICA # 1

Soledad Marin Z.
24322.287 Hh.
3007731820

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/07/30 HORA: 12:11:34 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A265000000075
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA SOLEDAD MARIN ZAMORA
CC. :24322287
NRO FORMULA: 24322287-2
FECHA FORMULA: 30/07/2022

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703889153661					
	MULTIDOL 800 MG CAJA X 30 CAP	0000	0010	0000	0000
7703153020545					
	BETADUO JERINGA PRELLENADA X 2 ML	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Soledad Marin Z
24322.287 Mln.

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co