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: 2022/12/29 HORA: 14:54:59 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000473
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-19
FECHA FORMULA: 29/12/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702605100613 CEFALEXINA 500 MG CAJA X 10 CAP	0003	0000	0000	0000	19,278.00
7702605100019 ACETAMINOFEN 500 MG CAJA X 100 TABL	0000	0020	0000	0000	3,638.00
7703153016852 CLENOX 40 MG CAJA X 1 JERINGA PRELLENADA	0003	0000	0000	0000	36,267.00

TOTAL EXENTO.....:	59,183.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	59,183.00

OBSERVACIONES: Melva Marin

FIRMA DE RECIBIDO: C.C. 1022201[illegible]2
CEL. 3106301519

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

CSMQ1047E9428583

NIT: 890.806.490-5 **TELÉFONO:** 8783430 **DIRECCIÓN:** Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia **FECHA:** 29 DEC 2022 **HORA GENERADA:** 9:51

SAB: CSMQ QUIROFANO

Orden Médica

PACIENTE: CARDONA DE MARIN MELVA **NRO. HISTORIA:** CC - 30272847 **AFILIACION:** 30272847 01 **PLAN:** SENA1 SENA SERVICIO NACIONAL NOV2022

CONVENIO: 899999034 SENA SERVICIO NACIONAL DE A **ESCALA:** JE AOVIEMED **x:** DInsuficiencia venosa (cronica) (periferica) **T. ATENCION:** Atención Ambulatoria

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
01984368-1 --> CEFALEXINA CAPSULA 500 MG tomar 1 tableta cada 6 horas durante 7 dias			28
00053560-5 --> ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG tomar 1 tableta cada 6 horas durante 5 dias			[illegible]
20006034-2 --> NAPROXENO TABLETA Ó CÁPSULA 250 MG tomar 1 tableta cada 12 horas durante 5 dias			10
019947837- --> ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4 ML Aplicar una ampolla subcutánea cada 24 horas durante 3 dias, iniciar hoy en la noche		SOLUCION INYECTABLE	3

Herman Yahir S.
1077220 42.
3108301519.

Confa Salud, Contigo, con todo.

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

FIRMA Y REGISTRO MEDICO

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: 2022/12/29 HORA: 14:58:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000474
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-20
FECHA FORMULA: 29/12/2022

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702605101931 NAPROXENO 250 MG CAJA X 10 TABL	0001 0000	0000 0000	4,357.00

TOTAL EXENTO.....:	4,357.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	4,357.00

OBSERVACIONES: Melva Mari
30272042

FIRMA DE RECIBIDO: ~~3108305149~~

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

*C S M Q 1 0 4 7 E 9 4 2 8 5 8 3 *

NIT: 890.806.490-5 **TELÉFONO:** 8783430 **DIRECCIÓN:** Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia **FECHA:**29.DEC.2022 **HORA GENERADA:** 9:51

SAB: CSMQ QUIROFANO

Orden Médica

PACIENTE: CARDONA DE MARIN MELVA **NRO. HISTORIA:** CC - 30272847 **AFILIACION:**30272847 01 **PLAN:** SENA1 SENA SERVICIO NACIONAL NOV2022

CONVENIO: 899999034 SENA SERVICIO NACIONAL DE A **ESCALA:** \JE AOVIEM **EDx:** DInsuficiencia venosa (cronica) (periferica) **T. ATENCION:** Atención Ambulatoria

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
01984368-1 -->	CEFALEXINA CAPSULA 500 MG tomar 1 tableta cada 6 horas durante 7 dias		28
00053560-5 -->	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG tomar 1 tableta cada 6 horas durante 5 dias		20
20006034-2 -->	NAPROXENO TABLETA Ó CÁPSULA 250 MG tomar 1 tableta cada 12 horas durante 5 dias		10
019947837- -->	ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4 ML Aplicar una ampolla subcutánea cada 24 horas durante 3 dias, iniciar hoy en la noche	SOLUCION INYECTABLE	3

Herman Yamil S.
1077204 2.
3108301519.

Confa Salud, Contigo, con todo.

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

FIRMA Y REGISTRO MEDICO

D R O P O P U L A R
NIT. : 890.92
ALEMANA 2
MANIZALES -
CARRERA. 23 NO
TELEFONO : 880171

FECHA: 2022/12/30 HORA: 10:42:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000475
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA GRICELDA GARCIA ALVAREZ
CC. :24270478
NRO FORMULA: 24270478-11
FECHA FORMULA: 30/12/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702870087152, 7702870072851					
NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000	150,291.80
7703454921176					
MILPAX MENTA FRASCO X 360 ML	0001	0000	0000	0000	86,740.00
7702207573860					
NUEVI D (VITAMINA D3) 7000 UI CAJA X 4 T	0001	0000	0000	0000	40,621.00
7707397790356					
DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0001	0010	0000	0000	37,621.50
7501094916022					
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 60 GR	0001	0000	0000	0000	56,045.00
7706569000781					
ENALAPRIL 5 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	4,116.00

TOTAL EXENTO.....:	375,435.30
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	375,435.30

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Evelyn Correa 1053824721

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 29.NOV.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24270478	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24270478 01	**EDAD:**	86 Años
NOMBRE:	GARCIA ALVAREZMARIA GRICELDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
29.11.202	- NEDOX (ESOMEPRAZOL) CAP x 20 MG INTERDIARIIO # 20 - MILPAX SUSP ORAL 360ml. 1 CUCHARADA EN CASO DE SINTOMAS # 1 - 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 - ENALAPRIL TABLETA x 5mg 1 TAB CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Evelyn correa
1053824121
3145317355
Cra 13 con calle 31 Tercer pasaje
alto galán

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: 2022/12/30 HORA: 10:47:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000476
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA GRICELDA GARCIA ALVAREZ
CC. :24270478
NRO FORMULA: 24270478-12
FECHA FORMULA: 30/12/2022

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7707397790356 DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0003 0000	0000 0000	75,243.00

TOTAL EXENTO.....:	75,243.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	75,243.00

OBSERVACIONES:

Evelyn Correa

FIRMA DE RECIBIDO: 1053824121

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** 29.NOV.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24270478	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24270478 01	**EDAD:**	86 Años
NOMBRE:	GARCIA ALVAREZMARIA GRICELDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
29.11.202	- NEDOX (ESOMEPRAZOL) CAP x 20 MG INTERDIARIIO # 20 - MILPAX SUSP ORAL 360ml. 1 CUCHARADA EN CASO DE SINTOMAS # 1 - 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 - ENALAPRIL TABLETA x 5mg 1 TAB CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Evelyn correa
1053824121
3145317355
Cra 13 con calle 31 tercer pasaje
alto galán



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: 2022/12/16 HORA: 19:47:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000435
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 73013586 FORERO MEDINA MARIA FERNANDA

USUARIO: GLORIA ESTELLA PEREZ VELEZ
CC. :43725661
NRO FORMULA: 43725661-1
FECHA FORMULA: 16/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057070502			
AMOXICILINA 500 MG CAJA X 60 CAP	0000 0020	0000 0000	9,095.00
7702057072193			
DICLOFENACO 50 MG CAJA X 20 GRAG	0000 0010	0000 0000	2,250.00
7706569000415			
LORATADINA 10 MG CAJA X 20 TABL	0000 0010	0000 0000	2,683.00

TOTAL EXENTO.....:	14,028.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	14,028.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1042793

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS COMFA

NIT: 890.806.490-5 TELÉFONO: 8783430

SAB: URG_URGENCIAS CL SAN MARCEL

DIRECCIÓN: Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia

URG 047E9364076

FECHA: 16.DEC.2022 HORA GENERADA: 15:17

Orden Médica

PACIENTE: PEREZ VELEZ GLORIA ESTELLA NRO. HISTORIA: CC - 43725661 AFILIACION: 43725661

CONVENIO: 899999034 SENA SERVICIO NACIONAL DE APESCALA:JE AOVIEMEDx: DOtras sinusitis agudas 01 PLAN: SENA1 SENA SERVICIO NACIONAL NOV2022

T. ATENCION: Urgencias

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
19914375-4 --> AMOXICILINA CAPSULA 500 MG Tomar 1 tab v.o cada 8 horas por 7 dias			21
00207750-6 --> DICLOFENACO SODICO TABLETA 50 MG Tomar 1 tab v.o cada 12 hora spor 5 dias			10
00214251-6 --> LORATADINA TABLETA 10 MG Tomar 1 tab v.o cada 1 2hora spor 5 dias			10

10.242.793

Confa Salud, Contigo, con todo.

AUTORIZADO POR: MAGGI TATIANA GUACANEME FORERO

C.C: 1018125651

R.M.: 1018125651

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: 2022/12/26 HORA: 09:16:45 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000468
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MANUELA BARRETO OCAMPO
CC. :1002609259
NRO FORMULA: 1002609259-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7730979098229 ARLUY DUO CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	124,697.00

TOTAL EXENTO.....:	124,697.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	124,697.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Luz Ocampo
30.398.877

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

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 1002609259
AFILIACION: 1002609259 01
NOMBRE: BARRETO OCAMPOMANUELA

Finalidad: Diagnóstico

FECHA PLAN DE TRATAMIENTO

7.12.2022 LACTULAX SOBRES 1 CADA NOCHE # 30

DUOPAS 1 CAPSULA CADA 12 HORAS SEGUN EL DOLOR # 10

ARLUY DUO 1 TABLETA CADA 8 HORAS, (ANTES DE ALMUERZO Y ANTES DE CENA) # 6

Sandra Y. Ocampo

30 321622

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

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.920.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/12/27 HORA: 12:48:19 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000469
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA DEYANIRA PARRA CARDONA
CC. :25260616
NRO FORMULA: 25260616-18
FECHA FORMULA: 27/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702184030158 VITAMINA B-12 X 1 ML CAJA X 25 AMP	0000 0001	0000 0000	2,364.72

TOTAL EXENTO.....:	2,364.72
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	2,364.72

OBSERVACIONES:

Martha C.

FIRMA DE RECIBIDO:

3032608 8

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.OCT.22

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.10.202	CIANOCOBALAMINA AMPOLLA 1000 MCG # 6 APLICAR IM CADA MES PARA SEIS MESES.

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

FIRMA MÉDICO

Math C
30.326 085

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: 2022/12/26 HORA: 09:03:11 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000465
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANAD
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292743-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7841141000053 COLMIBE 2010 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	0000	0000	258,933.00

TOTAL EXENTO.....:	258,933.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	258,933.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Yolanda Hernandez G

30292843

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 11.OCT.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30292843
AFILIACION: 30292843 01
NOMBRE: HERNANDEZ GRANADAYOLANDA

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

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.10.202	- EUTIROX LEVOTIROXINA 25 MCG LUNES A VIERNES # 20 × - EUTIROX LEVOTIROXINA 50 MCG FIN DE SEMANA # 10 × - ESOMEPRAZOL NEDOX 20 MG POR NECESIDAD # 30 - CALTRATE D 600 mg 1 TAB DIARIA # 30 - COLMIBE 1 TAB x 20/10MG 1 CADA NOCHE # 30 - DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20
	POR 3 MESES
	BENZIRIN VERDE TABLETAS MASTICABLES 1 CADA 6 HORAS # 20 LEVOPRONT JABARE 10ml CADA 8 HORAS # 1 BISACODILO TABLETA x 5mg 1 CADA NOCHE, SEGUN INDICACIONES # 30

No
No
MED
P
3 No.

Yolanda Hernandez
30292843

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: 2022/12/26 HORA: 09:05:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000466
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7612797318690, 7612797272183 SEEBRI 50 MCG CAJA X 30 CAP	0001	0000 0000	106,657.13

TOTAL EXENTO.....:	106,657.13
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	106,657.13

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1053825403

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 16.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 89 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.12.2022	MIRABEGRON TABLETA 50MG 1 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
	TELMISARTAN CARDIOCAP 80MG CADA DIA # 30
	CITRAGEL 1 CAPSULA CADA DIA # 30
	INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1 - MED - P.
	ALDACTONE 1 TABLETA x 25mg 1 CADA DIA # 30
	MONTELUKAST AIROMED TAB 10MG CADA DIA # 30
	METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG 1 TAB VO CADA DIA # 30
	DENOSUMAB DISPOSITIVO PRELLENADO 60mg 1 AMPOLLA SUBCUTANEA DOSIS UNICA # 1

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

FIRMA MÉDICO

Luz Stella Ortiz G.
C. 24.313.508

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: 2022/12/26 HORA: 09:15:10 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000467
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870004852 ESTEINE CAJA X 6 OVULOS	0001 0000	0000 0000	112,984.00
7702057077433 HIPROLUB SOLUCION OFTAL FRASCO X 15 ML	0001 0000	0000 0000	51,105.00

TOTAL EXENTO.....:	164,089.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	164,089.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: carlos gonzalez 80174XS

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

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 7 DEC 22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 88 Años
SEXO: Indetermin

Finalidad: Diagnóstico

FECHA

PLAN DE TRATAMIENTO

Esteine ovulos vaginales 1 cada semana # 6
Hiprolub solucion oftalmica 0.3% aplicar 1 gota en cada ojo cada 12 horas # 1

POR 2 MESES

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

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: 2022/12/26 HORA: 08:59:20 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000464
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DASSY MARIA SALAZAR DE SALAZAR
CC. :24293432
NRO FORMULA: 24293432-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703283405700, 7703283401658 LIPITOR 20 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	99,435.29

TOTAL EXENTO.....:	99,435.29
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	99,435.29

OBSERVACIONES: Dassy Sala Salazar 24293432

FIRMA DE RECIBIDO:

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

CAJA D COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONF

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

FECHA 13.DEC.22

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24293432
AFILIACION: 24293432 01
NOMBRE: SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 77 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.12.202	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
	LIPITOR ATORVASTATINA TAB 20mg CADA NOCHE # 30 MED UP
	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
	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
	MYBETRIC MIRABEGRON COM 50mg 1 TAB CADA DIA EN LA MAÑANA # 30
	DIOSMINA/ HESPERIDINA TABLETAS 450/50 CADA 12 HORAS # 60
	FORMULA POR 2 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Dary Salazar de Salazar
cc 24293432,

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: 2022/12/23 HORA: 14:05:19 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000460
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ROCIO ROMERO CASTRO
CC. :30286616
NRO FORMULA: 30286616-17
FECHA FORMULA: 23/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7730979097970			
VEDIPAL 1000 MG CAJA X 30 COMP	0001 0000	0000 0000	256,053.00
7707204490868			
SEGREGAM 40 MG CAJA X 28 COMP	0001 0000	0000 0000	282,895.00
7702870004852			
ESTEINE CAJA X 6 OVULOS	0001 0000	0000 0000	112,984.00

TOTAL EXENTO.....:	651,932.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	651,932.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Rocio Romero C.

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

30286616

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 19.OCT.22

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30286616
AFILIACION: 30286616 01
NOMBRE: ROMERO CASTROROCIO

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 60 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.10.202	VEDIPAL 1000 1 TABLETA CADA DIA # 30 - 93 SEGREGAM TAB 40MG CADA DIA EN AYUNAS # 30 ESTEINE OVULOS VAGINALES 1 CADA SEMANA # 4

FORMULA POR 3 MESES

GASTROFAST SACHETS x 10ml CADA 12 HORAS A NECESIDAD # 60
DURAFEX CAPSULA x 500mg 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10

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: 2022/12/25 HORA: 13:12:00 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000462
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: AIDE MARIA FLOREZ LOAIZA
CC. :25763653
NRO FORMULA: 25763653-265
FECHA FORMULA: 25/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702635716945 EXFORGE HCT 5160 12.5 MG CAJA X 28 TABL	0001 0000	0000 0000	52,729.00

TOTAL EXENTO.....:	52,729.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	52,729.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

78 708 746
3134628535

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 15.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25763653		
AFILIACION:	25763653 01	COD. PLAN:	SENA1
NOMBRE:	FLOREZ LOAIZAAIDE MARIA	EDAD:	80 Años
		SEXO:	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
15.12.202	Valsartán/hidroclorotiazida/amlodipino 160/12.5/5 mg # 90 – MED
	Una cada día
	Fórmula para tres meses.

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

FIRMA MÉDICO

11.1.4
7890726
3134628555

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: 2022/12/26 HORA: 08:46:49 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000463
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DANIELA CANDAMIL ALZATE
CC. :1055750404
NRO FORMULA: 1055750404-29
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703546015301 AIROMED 10 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	204,657.00

TOTAL EXENTO.....:	204,657.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	204,657.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Jhon Fredy 1047535

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_

BENEFICIARIO

FECHA 20.DEC.22

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 18 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
20.12.202	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

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

FIRMA MÉDICO

Daniela Candamil A
CC 1055750404

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: 2022/12/17 HORA: 09:42:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000438
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA ELENA ARIAS BUITRAGO
CC. :30297398
NRO FORMULA: 30297398-10
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702605103232 LOSARTAN 50 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	27,690.00
7071726875053 SERETIDE 25250 MG FRASCO X 120 DOSIS	0001	0000	114,069.00
7703763997749 ESOZ 40 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	179,167.00
7897337715164, 7501326048118 SINGULAIR 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	253,746.76
7702123008590, 7702502010992 AFRISAL SOLUCION SALINA FRASCO X 30 ML	0001	0000	32,460.15
7703546018661 DESLODEX 5 MG CAJA X 20 TABL	0001	0010	127,395.00

TOTAL EXENTO.....:	734,527.91
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	734,527.91

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria Elena Arias
30297398

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** 17.NOV.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30297398
AFILIACION: 30297398 01
NOMBRE: ARIAS BUITRAGOMARIA ELENA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 58 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.11.202	* LOSARTAN TABLETA x 50mg 1 CADA 12 HORAS # 60 * SERECOR (SALMETEROL MAS FLUTICASONA) 25/250 1 PUFF CADA 12 HORAS # 1 * 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

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

FIRMA MÉDICO

2 folios

Maria Elena Arias
30297398
3136048120

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: 2022/12/17 HORA: 15:27:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000439
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-27
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7460536564651, 7707346470377 DUOVAL 5160 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	160,535.56
7841141004068 TOLMUS CAJA X 20 TABL	0001 0000	0000 0000	65,962.00
7702870072974 IMIK 3.75 CREMA X 5 GR	0001 0000	0000 0000	82,689.00

TOTAL EXENTO.....:	309,186.56
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	309,186.56

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 24343182

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** 7.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 88 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.12.2022	Valsartán más amlodipino160/5 mg, una cada día # 90
	Carvedilol tableta 12,5 mg, una cada 12 horas. # 180
	Pregabalina cápsula 75 mg, una cada 12 horas # 180
	Ácido acetilsalicílico cardioASA tableta por 100 mg, una cada día # 90
	Tolmus 1 tableta cada noche, segun la necesidad # 30
	Atorvastatina tableta 40 mg, una cada noche # 90
	Esomeprazol tableta por 40 mg, una cada día. # 90
	Trazodona tableta por 50 mg, una cada noche # 90
	Bisacodilo tableta por 5 mg, a necesidad # 45
	Dolex Avanzado tableta por 665 mg 1 cada 12 horas segun dolor # 180
	Voltarén (diclofenaco) tópico tubo Aplicar en sitio de dolor # 3
	Lidocaína (versatis) parche por 5%, aplicar cada 12 horas en cadera izquierda # 8
	Betametasona tubo 0,5 % 2 veces aldia en las lesiones # 5
	Clotrimazol tubo 1% 2 veces aldia en las lesiones # 5
	Imik crema, aplicar cada noche en las lesiones # 1

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

FIRMA MÉDICO

75064393

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: 2022/12/23 HORA: 09:40:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000459
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: SANDRA MILENA NORENA
CC. :30401590
NRO FORMULA: 30401590-10
FECHA FORMULA: 23/12/2022

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7501298220185 NEUROBION DC CAJA X 3 AMP	0000 0001	0000 0000	40,881.00
7702057092757 IBUFLASH MIGRAN CAJA X 30 CAP	0000 0016	0000 0000	29,301.33

TOTAL EXENTO.....:	70,182.33
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	70,182.33

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Sandra Milena Norena
30140l-590

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 22.NOV.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30401590
AFILIACION: 30401590 01
NOMBRE: NOREÑA SANCHEZSANDRA MILENA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 43 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
22.11.202	NEUROBION DC 1 AMPOLLA IM CADA MES # 1 IBUFLASH MIGRAN 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, LUEGO SEGUN DOLOR # 15 --- FORMULA PARA 3 MESES ERICOX TABLETA x 90mg 1 CADA 12 HORAS POR 7 DIAS # 14 INFLACOR RETARD 1 JERINGA PRELLENADA IM DOSIS UNICA # 1 MITRUL 1 TABLETA CADA NOCHE MAXIMO 5pm POR 10 DIAS # 10

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

FIRMA MÉDICO

Sandra Milena Noreña Sanchez
30'401.590

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: 2022/12/14 HORA: 11:53:36 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000427
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-16
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703454920841 STAMYL CAJA X 20 TABL	0003	0000	0000	0000	212,805.00
4032129057258 VERSATIS 5 PARCHES CAJA X 15 UNIDADES	0002	0000	0000	0000	226,458.00
7702057013851 PERTACTIN JARABE FRASCO X 180 ML.	0001	0000	0000	0000	53,380.00

TOTAL EXENTO.....:	492,643.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	492,643.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 30289571

8829178

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** 6.DEC.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24281240 **COD. PLAN:** SENA1
AFILIACION: 24281240 01 **EDAD:** 85 Años
NOMBRE: HERRERA DE ZAPATANELLY **SEXO:** Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.12.2022	- STAMYL 1 TABLETA CADA 12 HORAS # 60 - LIDOCAINA VERSATIS PARCHES 5% 1 CADA 12 HORAS # 30 --- POR 3 MESES
	- TRAZIDEX UNGUENTO OFTALMICO APLICAR SEGUN INDICACIONES # 1 - PERIACTIN JARABE x 180ml, DAR 10mL CADA 12 HORAS # 1

Nelly Zuluaga 3028957 - 8824178

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: 2022/12/16 HORA: 14:34:45 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000434
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-6
FECHA FORMULA: 16/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706569021922 TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0000 0030	0000 0000	21,262.20

TOTAL EXENTO.....:	21,262.20
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	21,262.20

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Melva Cardona

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

30727847
3116113659

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_ FECHA 4.OCT.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30272847		
AFILIACION:	30272847	01	COD. PLAN: SENAH
NOMBRE:	CARDONA DE MARINMELVA		EDAD: 64 Años
			SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
4.10.2022	* METOPROLOL BETALOK ZOC TAB x 50MG 1 CADA DIA # 30 * SEGREGAM TABLETA x 20MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 * TRAZODONA TAB 50MG 1 CADA NOCHE # 30

FORMULA PARA 3 MESES

LEVOPRONT JARABE 5ml CADA 8 HORAS # 1
BEDOYECTA JERINGA PRELLENADA 1 AMPOLLA IM CADA 5 DIAS # 3

myrtha Cardona de M.
30272847 M/S.
3116113659

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

FIRMA MÉDICO

NOTA: No se entrega betaloc zocti 4q que en otra formula envian 60, se entregan en la misma fecha

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: 2022/12/15 HORA: 15:02:10 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000432
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 43217188 SERNA TORO MARIO JAVIER
USUARIO: LUZ ESTELA MORENO LUZ ESTELLA
CC. :24274944
NRO FORMULA: 24274944-18
FECHA FORMULA: 15/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
3582910023630 APIDRA SOLOSTAR 100 U.I. AMP FRASCO X 3	0001	0000 0000	22,273.00

TOTAL EXENTO.....:	22,273.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	22,273.00

OBSERVACIONES:

Victor M. Montilla
75.070.633
3206576796

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: ENE_ **FECHA** 15.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 81 Años
SEXO: Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
15.12.202	1. INSULINA GLULISINA LAPICERO # 1 APLICAR 3 UDS ANTES DE ALMUERZO.

Victor M Montilla
75.070.633
3706576716

AUTORIZADO POR: MARIO JAVIER SERNA TORO
C.C. : 89008996
R. M. : 631389

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: 2022/12/16 HORA: 14:33:13 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000433
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30372847
NRO FORMULA: 30272847-5
FECHA FORMULA: 16/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7730979098540 BEXON DUO CAJA X 5 CAP BLANDA VAGINAL	0001	0000	0000	0000	80,763.00
7703445030153 FLUIMUCIL 600 MG CAJA X 30 SOBRES	0000	0020	0000	0000	60,481.33
7706569001245 AZITROMICINA 500 MG CAJA X 3 TABL +++	0001	0000	0000	0000	11,369.00

TOTAL EXENTO.....:	152,613.33
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	152,613.33

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: melva cardona
30272847
3116113659

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 14.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30272847
AFILIACION: 30272847 01
NOMBRE: CARDONA DE MARINMELVA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 64 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Protección Específica

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
14.12.202	FITOSTIMULINE GEL BUCAL APLICAR EN LESIONES 2 O 3 VECES AL DIA # 1 NO FITOSTIMULINE CREMA VAGINAL APLICAR EN LESIONES 2 VECES AL DIA POR 1 SEMANA # 1 NO BEXON DUO 1 OVULO VAGINAL CADA NOCHE POR 5 DIAS # 5 ✓ ADORLAN FORTE 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10 ✓ N ACETIL CISTEINA ACEMUK TABLETAS 600mg 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS # 20 ✓ AZITROMICINA TABLETA x 500mg 1 CADA DIA POR 3 DIAS # 3 ✓

myrta Cardona c.c.M.
30972847 MIS.
3116173659

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: 2022/12/14 HORA: 11:51:52 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000426
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-15
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057712532, 7702057708870 FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000 0030	0000 0000	5,026.70
7706569000804 ENALAPRIL 20 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	4,349.00
7501298224244, 7702418001985 EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	51,059.96
7707204490868 SEGREGAM 40 MG CAJA X 28 COMP	0002 0000	0000 0000	565,790.00
300090056247 MEDROL 4 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	50,124.00
7703283404659, 7703283402242 LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	39,611.40
7703258112961, 7701047111911 SINALGEN 5325 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	302,162.42
7702057323264 DULOXETINA 60 MG CAJA X 28 TABL -+++	0001 0000	0000 0000	69,380.00
7705959013479 ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 28 TABL +++	0001 0000	0000 0000	46,327.00
7702605102297 KETOPROFENO GEL TUBO X 60 GR +++	0001 0000	0000 0000	22,512.00

TOTAL EXENTO.....:	1,156,342.48
TOTAL GRAVADO.....:	
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	0.00
	1,156,342.48

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1028957

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

8824178

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 6.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24281240
AFILIACION: 24281240 01
NOMBRE: HERRERA DE ZAPATANELLY ✓

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 85 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.12.2022	- FUROSEMIDA TAB x 40 MG 1 CADA MAÑANA # 30 ✓ - ENALA PRIL TAB 20mg 1 CADA DIA # 30 ✓ - EUTHIROX TAB x 75 MCG 1 DIARIA EN AYUNAS # 30 ✓ - SEGREGAM TAB x 40 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 ✓ - CALCITRIOL TAB x 0.5 MCG 1 CADA DIA # 30 — HED - MEDROL TAB 4MG CADA DIA # 30 ✓ - 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 ✓ - ESCITALOPRAM ESCILOM TAB 10mg 1 CADA DIA # 30 ✓ - KETOPROFENO GEL x 40gr APLICAR SEGUN EL DOLOR # 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 — HED NO HIPROLUB solucion oftalmica 1 gota en cada ojo cada 8 horas # 1

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

FIRMA MÉDICO

Wilfy Zapata
30289371
8824178

Nelson Zapata
4313.366
8824178

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: 2022/12/13 HORA: 17:18:49 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000423
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DASSY MARIA SALAZAR DE SALAZAR
CC. :24293432
NRO FORMULA: 24293432-20
FECHA FORMULA: 13/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706569485403 LOSARTAN HIDROCLOROTIAZIDA 5012.5 MG CAJ	0001 0000	0000 0000	42,671.00
7706569021618 LOSARTAN 50 MG CAJA X 30 TABL +++	0001 0000	0000 0000	15,721.00
7703432426297 NIFEDIPINO 30 MG CAJA X 30 CAP LIBERACIO	0001 0000	0000 0000	29,953.00
7702418000872 CONCOR 5 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	38,880.00
7897337714624, 7501326048859 JANUVIA 50 MG CAJA X 28 TABL	0001 0000	0000 0000	65,623.00
7702605109128 METFORMINA 500 MG CAJA X 30 TABL +++	0001 0000	0000 0000	34,765.00
7706569283931 ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG CAJA X 100	0000 0030	0000 0000	8,160.00
7703153031251 TRIMEBUTINA 200 MG + SIMETICONA 120 MG C	0002 0000	0000 0000	80,240.00
7706569021755 ESOMEPRAZOL 20 MG CAJA X 14 TABL +++	0001 0000	0000 0000	31,708.00
7703454123136 FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001 0000	0000 0000	80,341.00
7706569001849 ALENDRONATO 70 MG CAJA X 4 TABL +++	0001 0000	0000 0000	26,119.00
7709484810893, 7709484810879 MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	132,732.00
7705959013370 DIOSMINAHESPERIDINA 45050 MG CAJA X 30 T	0002 0000	0000 0000	126,702.00

TOTAL EXENTO.....:	713,615.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	713,615.00

OBSERVACIONES:

Dassy Ade Salazar

FIRMA DE RECIBIDO:

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

24293432

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_ **FECHA** 13.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24293432
AFILIACION: 24293432 01
NOMBRE: SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 77 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.12.202	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
	LIPITOR ATORVASTATINA TAB 20mg CADA NOCHE # 30 MED - P
	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
	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
	MYBETRIC MIRABEGRON COM 50mg 1 TAB CADA DIA EN LA MAÑANA # 30
	DIOSMINA/ HESPERIDINA TABLETAS 450/50 CADA 12 HORAS # 60
	FORMULA POR 2 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Dorys Salazar de Salazar
cc 24293432.

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: 2022/12/12 HORA: 16:18:44 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000422
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA AMELIA NARANJO
CC. :24271061
NRO FORMULA: 24271061-25
FECHA FORMULA: 12/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT	FALT
7709990706208 ELIQUIS 2.5 MG CAJA X 60 TABL	0001	0000	0000	0000 363,369.00
7702057709068 CARVEDILOL 6.25 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000 6,030.00
7703763997749 ESOZ 40 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000 179,167.00
4048846003584 MIRAPEX ER 1.5 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	0000	0000 182,277.00
7501298224374, 7702418001541 EUTIROX 50 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000 44,279.74
7707397791032 DOLEX AVANZADO FRASCO X 100 TABL	0001	0000	0000	0000 84,638.00
7705959030292 ESPIRONOLACTONA 25 MG CAJA X 20 TABL +++	0002	0000	0000	0000 19,352.00
7702057030001 DEXAPRON 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000 285,154.00
7703763997763 LEPRIT ENZIMATICO CAJA X 60 GRAGEAS	0001	0000	0000	0000 139,866.00
7706569022455 MONTELUKAST 10 MG CAJA X 10 TABL +++	0006	0000	0000	0000 55,518.00
7706566023117 ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 28 TAB +++	0001	0000	0000	0000 123,917.00

D R O P O P U L A R S . A . S

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 9.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 87 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
9.12.2022	- APIXABAN TAB x 2.5 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 - CARVEDILOL TAB X 6.25MG 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 # 30 258 - 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 NO - ESPIRONOLACTONA 25MG CADA DIA # 30 - DEXAPRON TAB x 10MG CADA DIA # 30 - PANCREATINA ENZIMAS LEPRIT ENZIMATICO TABLETA CADA 12 HORAS # 60 - MONTELUKAST 1 TAB x 10MG 2 TABLETAS CADA DIA # 60 - ROSUVASTATINA TAB x 20mg 1 CADA NOCHE # 30

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

FIRMA MÉDICO

Beatriz Gorera.
cc 30305650
Cel. 3155435844

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: 2022/12/14 HORA: 15:51:49 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000430
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-26
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7705959881221, 7705959013424					
CARVEDILOL 12.5 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	0000	0000	29,005.82
7703283404659, 7703283402242					
LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0002	0000	0000	0000	79,222.80
7706569283931					
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG CAJA X 100	0000	0030	0000	0000	8,160.00
7841141004068					
TOLMUS CAJA X 20 TABL	0001	0000	0000	0000	65,962.00
7702635683605					
ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000	37,271.00
7702605105601					
ESOMEPRAZOL 40 MG CAJA X 10 TABL +++	0003	0000	0000	0000	59,433.00
7706569021922					
TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0000	0030	0000	0000	21,262.20
7707288820247, 7707288820063					
BISACODILO 5 MG X CAJA X 100 TABL	0000	0020	0000	0000	6,010.00
7707397791032					
DOLEX AVANZADO FRASCO X 100 TABL	0001	0000	0000	0000	84,638.00
7501094916022					
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 60 GR	0002	0000	0000	0000	112,090.00
4032129015029					
VERSATIS 5 PARCHES CAJA X 5 UND	0002	0000	0000	0000	75,486.00
7706569020321					
BETAMETASONA CREMA 0.05 TUBO X 20 GR +++	0003	0000	0000	0000	24,285.00
7706569001269, 7706569001917					
CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA TUBO X 40 GR ++	0003	0000	0000	0000	28,650.00

TOTAL EXENTO.....:	631,475.82
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	631,475.82

OBSERVACIONES:

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 7.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 88 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.12.2022	Valsartán más amlodipino160/5 mg, una cada día # 90
	Carvedilol tableta 12,5 mg, una cada 12 horas. # 180
	Pregabalina cápsula 75 mg, una cada 12 horas # 180
	Ácido acetilsalicílico cardioASA tableta por 100 mg, una cada día # 90
	Tolmus 1 tableta cada noche, segun la necesidad # 30
	Atorvastatina tableta 40 mg, una cada noche # 90
	Esomeprazol tableta por 40 mg, una cada día. # 90
	Trazodona tableta por 50 mg, una cada noche # 90
	Bisacodilo tableta por 5 mg, a necesidad # 45
	Dolex Avanzado tableta por 665 mg 1 cada 12 horas segun dolor # 180
	Voltarén (diclofenaco) tópico tubo Aplicar en sitio de dolor # 3
	Lidocaína (versatis) parche por 5%, aplicar cada 12 horas en cadera izquierda # 8
	Betametasona tubo 0,5 % 2 veces aldia en las lesiones # 5
	Clotrimazol tubo 1% 2 veces aldia en las lesiones # 5
	Imik crema, aplicar cada noche en las lesiones # 1

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

FIRMA MÉDICO

75064393

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: 2022/12/14 HORA: 14:10:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000429
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 21013523 NOGUERA CRUZ ALVARO
USUARIO: ANDRES MAURICIO FRANCO HERNAND
CC. :1193517117
NRO FORMULA: 1193517117-5
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057070694 TIMOLOL 0.5 SOLUCION OFTAL FRASCO X 5 ML	0001 0000	0000 0000	32,571.00

TOTAL EXENTO.....:	32,571.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	32,571.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1193517117.

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

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 Oftalmica -	OFTALMICA	6 frascos 0	6 meses	

ALVARO NOGUERA CRUZ

ESP: MD OFTALMOLOGO-GLAUCOMATOLOGO
RM: 25932-97

FIRMA

Instituto Oftalmológico de Caldas [Calle 54 Nro 23-140 Manizales, pbx: (6) 8860368 comercial@ioc.com.co]

no antecedente familiar de glaucoma
trae campo visual dentro de limites normales ambos ojos

Agudeza visual sin correccion
Ojo derecho: 20/50
Ojo izquierdo: 20/30
Motilidad: normal ambos ojos
Cover: ortho
Pupilas: *reactivas ambos ojos*
Biomicroscopia: *medios claros ambos ojos angulos abiertos*
Presión intraocular: 16 y 16
Fondo: retina aplicada ambos ojos maculas sanas papilas 0.6 0.6 elongadas vertical

Diag: MIOPIA Ojo: AMBOS
Diag: GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO Ojo: AMBOS

conducta
indicaciones
segur igual manejo
cita 6 meses por glaucoma con campo visual de ambos ojos

1193517117

ALVARO NOGUERA CRUZ

ESP: MD OFTALMOLOGO-GLAUCOMATOLOGO RM: 25932-97

IMPRESO EL :11/07/2022 10:34:15

FIRMA DEL MEDICO

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: 2022/12/14 HORA: 18:36:47 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000431
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANAD
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-19
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7501298224343, 7501298212265 EUTIROX 25 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	41,170.52

TOTAL EXENTO.....:	41,170.52
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	41,170.52

OBSERVACIONES: Yolanda Hernandez G

FIRMA DE RECIBIDO:

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 11.OCT.22

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.10.202	- EUTIROX LEVOTIROXINA 25 MCG LUNES A VIERNES # 20 - EUTIROX LEVOTIROXINA 50 MCG FIN DE SEMANA # 10 — No - ESOMEPRAZOL NEDOX 20 MG POR NECESIDAD # 30 - CALTRATE D 600 mg 1 TAB DIARIA # 30 - COLMIBE 1 TAB x 20/10MG 1 CADA NOCHE # 30 — HEO — P - DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20 --- POR 3 MESES BENZIRIN VERDE TABLETAS MASTICABLES 1 CADA 6 HORAS # 20 LEVOPRONT JABARE 10ml CADA 8 HORAS # 1 BISACODILO TABLETA x 5mg 1 CADA NOCHE, SEGUN INDICACIONES # 30

3 No.

Yolanda Hernandez
30292843

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: 2022/12/13 HORA: 17:57:07 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000425
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANADO
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-12
FECHA FORMULA: 13/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870087152, 7702870072851 NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000	150,291.80
7702132010102, 7702132007041 CALTRATE 600+D MG FRASCO X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	31,896.85
7707397790356 DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0001	0000	0000	0000	25,081.00

TOTAL EXENTO.....:	207,269.65
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	207,269.65

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Yolanda Hernandez G
30292843

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 11.OCT.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30292843
AFILIACION: 30292843 01
NOMBRE: HERNANDEZ GRANADAYOLANDA

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

Finalidad: Diagnóstico

FECHA — PLAN DE TRATAMIENTO

11.10.202: - EUTIROX LEVOTIROXINA 25 MCG LUNES A VIERNES # 20 ×
- EUTIROX LEVOTIROXINA 50 MCG FIN DE SEMANA # 10 ← No
- ESOMEPRAZOL NEDOX 20 MG POR NECESIDAD # 30
- CALTRATE D 600 mg 1 TAB DIARIA # 30
- COLMIBE 1 TAB x 20/10MG 1 CADA NOCHE # 30 - MED - P
- DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20

POR 3 MESES

BENZIRIN VERDE TABLETAS MASTICABLES 1 CADA 6 HORAS # 20
LEVOPRONT JABARE 10ml CADA 8 HORAS # 1
BISACODILO TABLETA x 5mg 1 CADA NOCHE, SEGUN INDICACIONES # 30

3 No.

Yolanda Hernandez
30292 20043

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: 2022/12/17 HORA: 09:30:21 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000437
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: GLORIA ESTELLA PEREZ VELEZ
CC. :43725661
NRO FORMULA: 43725661-2
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7707173600077 BREMIEL ADULTO JARABE FRASCO X 120 ML	0001	0000 0000	29,143.00

TOTAL EXENTO.....:	29,143.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	29,143.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Gloria Perez
43725661

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: URGENCIAS CL.SAN MARCI
CODIGO: URG_

FECHA 16.DEC 22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 43725661
AFILIACION: 43725661 01
NOMBRE: PEREZ VELEZGLORIA ESTELLA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 52 Años
SEXO: Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.12.2022	*Guayacolato + Bromhexina Jarabe adultos - 1 cucharada cada 8 horas por 5 dias*

Gloria Perez
43725661

AUTORIZADO POR: MAGGI TATIANA GUACANEME FOF
C.C. 1018125651
R. M.: 1018125651



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: 2022/12/23 HORA: 08:19:33 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000458
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DANIELA CANDAMIL ALZATE
CC. :1055750404
NRO FORMULA: 1055750404-4
FECHA FORMULA: 23/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7702057012434 RINAID 18 GR X 140 DOSIS	0001	0000	0000	0000	95,944.00

TOTAL EXENTO.....:	95,944.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	95,944.00

OBSERVACIONES:

Daniela Candamil A.

FIRMA DE RECIBIDO: CC 1055750404

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_

BENEFICIARIO

FECHA 20.DEC.22

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 18 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
20.12.202	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

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

FIRMA MÉDICO

Daniela Candamil A
cc 1055750404

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: 2022/12/22 HORA: 16:58:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000457
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: SANDRA MILENA NORENA
CC. :30401590
NRO FORMULA: 30401590-17
FECHA FORMULA: 22/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870071236, 7702870071326 ERTCOX 90 MG CAJA X 14 TABL	0001	0000	0000	0000	85,466.29
7708548830044 KETESSE 50 MG 2 ML CAJA X 3 AMP	0000	0001	0000	0000	23,207.33
7708548830518, 7707182880259 KETUM GEL 2.5 TUBO X 30 GR	0001	0000	0000	0000	34,994.81
7703889155313 FLUZETRIN F CAJA X 10 TABL	0001	0000	0000	0000	32,352.00

TOTAL EXENTO.....:	176,020.43
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	176,020.43

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO Sandra Milena Norena S.
30'401.590

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 21.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30401590
AFILIACION: 30401590 01
NOMBRE: NOREÑA SANCHEZSANDRA MILENA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 43 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.12.202	ERICOX TABLETA x 90mg 1 CADA 12 HORAS POR 7 DIAS # 14
	KETESSE AMPOLLA x 50/2ml APLICAR 1 AMPOLLA IM DOSIS UNICA # 1
	KETUM GEL 2.5% x 30gr APLICAR 3 VECES AL DIA HASTA TERMINAR TUBO # 1
	FLUZETRIN 1 CAPSULA CADA 8 HORAS CON ESTOMAGO LLENO # 10

2G2 va se pidio

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

FIRMA MÉDICO

Sandra Milena Noreña S.
30.401590 M/2.
tel 3115077823.

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: 2022/12/22 HORA: 11:55:36 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000455
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: AURA ANDREA PATIÑO
CC. :30400742
NRO FORMULA: 30400742-25
FECHA FORMULA: 22/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706127000529 HISTIVERT 16 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	93,993.00
4029733000633 LEVOPRONT JARABE FRASCO X 120 ML.	0001 0000	0000 0000	64,950.00
7703445130181 FLUIMUCIL 4 JARABE FRASCO X 120 ML	0001 0000	0000 0000	25,763.00

TOTAL EXENTO.....:	184,706.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	184,706.00

OBSERVACIONES: Andrea Patiño
30400742

FIRMA DE RECIBIDO: 3103940252

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** 22.DEC.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30400742	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30400742 01	**EDAD:**	44 Años
NOMBRE:	PATIÑO GRISALESAURA ANDREA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
22.12.202	BETAHISTINA HISTIVERT TABLETA x 16mg, TOMAR 1 CADA NOCHE # 20 FLUIMUCIL JARABE 4% ADULTOS, TOMAR 5 ml CADA 8 HORAS # 1 LEVOPRONT JARABE x 120ml , TOMAR 10ml CADA 8 HORAS # 1

Andrea Patiño
30400742
3103940252

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: 2022/12/21 HORA: 15:00:53 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000453
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-16
FECHA FORMULA: 21/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7703546015301 AIROMED 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	204,657.00
8715131024369, 7707172689585 PROLIA 60 MG X 1 JERINGA PRELLENADA	0001	0000	0000	0000	609,657.52

TOTAL EXENTO.....:	814,314.52
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	814,314.52

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Luz Stella Ochoa
C. 24.313.508

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** 16.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 89 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.12.202	MIRABEGRON TABLETA 50MG 1 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
	TELMISARTAN CARDIOCAP 80MG CADA DIA # 30
	CITRAGEL 1 CAPSULA CADA DIA # 30
	INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1 - MED - P.
	ALDACTONE 1 TABLETA x 25mg 1 CADA DIA # 30
	MONTELUKAST AIROMED TAB 10MG CADA DIA # 30
	METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG 1 TAB VO CADA DIA # 30
	DENOSUMAB DISPOSITIVO PRELLENADO 60mg 1 AMPOLLA SUBCUTANEA DOSIS UNICA # 1

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

FIRMA MÉDICO

Luz Stella Ortiz G.
C. 24.313.508

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: 2022/12/21 HORA: 08:33:39 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000452
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DANIEL ESTEBAN VERGARA SANCHEZ
CC. :1055751655
NRO FORMULA: 1055751655-1
FECHA FORMULA: 21/12/2022

COD / NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702123005513, 7702123000051 APRONAX 550 MG CAJA X 60 TABL	0000	0010	0000	0000	28,405.76

TOTAL EXENTO.....:	28,405.76
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	28,405.76

OBSERVACIONES: Daniel Vergara
1055751655
FIRMA DE RECIBIDO: 300 4219179

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 21.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1055751655	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	1055751655 01	**EDAD:**	18 Años
NOMBRE:	VERGARA SANCHEZDANIEL ESTEBAN	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.12.202:	NAPROXENO APRONAX TABLETA x 550mg 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10

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: 2022/12/20 HORA: 18:01:47 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000451
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: LUZ ESTELA MORENO LUZ ESTELLA
CC. :24274944
NRO FORMULA: 24274944-29
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7709990267945					
TRESIBA FLEXTOUCH 100 U.I X 1 PLUMA	0003	0000	0000	0000	138,849.00
4048846005151					
TRAYENTA 5 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	166,812.00
7706263001671					
APROVEL 300 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	38,612.00
7702057708870					
FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000	0030	0000	0000	4,232.20
7501098607728					
BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	17,130.00
7702057078799					
QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	0000	0000	31,020.00
7703153035563					
ALAP SOLUCION OFTAL FRASCO X 6 ML	0001	0000	0000	0000	114,950.00
7501298224244, 7702418001985					
EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000	51,059.96
7702635683605					
ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000	37,271.00
7703454920568					
BEDOYECTA TRI SOLUCION INYECTABLE CAJA X	0000	0001	0000	0000	36,950.67
7703546010306					
AEROVIAL CAJA X 30 CAP + INHALADOR	0001	0000	0000	0000	32,192.00

TOTAL EXENTO.....:	669,078.83
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	669,078.83

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 30273332

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 19.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 81 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapeutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.12.202	INSULINA DEGLUDEC 100UIML. LAPICERO x 3ml. APLICAR 26UI CADA DIA # 3 127. LINAGLIPTINA TAB 5MG CADA DIA # 30 IRBERSARTAN APROVEL TAB x 300 MG 1 CADA DIA # 30 93 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 # 1 238 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 93 budesonida mas formoterol capsula inhalatoria de 200/6 mcg 1 cad a dia # 1 127

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

FIRMA MÉDICO

Estella Moreno de M
C.C 24274944
3123303368

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: 2022/12/20 HORA: 13:57:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000450
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-15
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7709484810893, 7709484810879					
MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	132,732.00
7703153030933					
EZOLIUM 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	192,479.00
7703432426297					
NIFEDIPINO 30 MG CAJA X 30 CAP LIBERACIO	0001	0000	0000	0000	29,953.00
7704039127617					
CARDIOCAP 80 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	28,933.00
7703153022570					
CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	65,140.00
7612797273838, 7702635721963					
ONBRIZE BREEZHALER 150 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	85,362.00
7703283403928					
ALDACTONE 25 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	54,904.00
7501098607728					
BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	17,130.00

TOTAL EXENTO.....:	606,633.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	606,633.00

OBSERVACIONES:

Luz Stella Ortiz G
C. 24.313.508

FIRMA DE RECIBIDO:

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 16.DEC.22

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 89 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.12.202	MIRABEGRON TABLETA 50MG 1 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
	TELMISARTAN CARDIOCAP 80MG CADA DIA # 30
	CITRAGEL 1 CAPSULA CADA DIA # 30
	INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1 - MED - P.
	ALDACTONE 1 TABLETA x 25mg 1 CADA DIA # 30
	MONTELUKAST AIROMED TAB 10MG CADA DIA # 30
	METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG 1 TAB VO CADA DIA # 30
	DENOSUMAB DISPOSITIVO PRELLENADO 60mg 1 AMPOLLA SUBCUTANEA DOSIS UNICA # 1

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

FIRMA MÉDICO

Luz Stella Ortiz G.
C. 24.313.508

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/12/20 HORA: 13:39:48 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000449
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-7
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7707204490837 SEGREGAM 20 MG CAJA X 28 COMP	0001 0000	0000 0000	276,080.00

TOTAL EXENTO.....:	276,080.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	276,080.00

OBSERVACIONES:

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** 4.OCT.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30272847
AFILIACION: 30272847 01
NOMBRE: CARDONA DE MARINMELVA

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
4.10.2022	* METOPROLOL BETALOK ZOC TAB x 50MG 1 CADA DIA # 30 * SEGREGAM TABLETA x 20MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 * TRAZODONA TAB 50MG 1 CADA NOCHE # 30
	FORMULA PARA 3 MESES
	LEVOPRONT JARABE 5ml CADA 8 HORAS # 1 BEDOYECTA JERINGA PRELLENADA 1 AMPOLLA IM CADA 5 DIAS # 3

myeloa Cardona cc 01.
30272847 M/S.
3116113659

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

FIRMA MÉDICO

NOTA: No se entrega betaloc zoc ni 49 que en ota formula envian 60, se entregan en la misma fecha

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: 2022/12/20 HORA: 10:31:45 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000448
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DANIELA CANDAMIL ALZATE
CC. :1055750404
NRO FORMULA: 1055750404-3
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702870087152, 7702870072851 NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001 0000	0000 0000	150,291.80
7702626211770 GAVISCON DOBLE ACCION SUSPENSION LIQUIDA	0001 0008	0000 0000	56,215.00
7702870940549 BELIANEW CAJA X 28 TAB	0001 0000	0000 0000	46,053.00

TOTAL EXENTO.....:	252,559.80
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	252,559.80

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Daniela Candamil A
1055750404

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

CA[illegible] DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CO[illegible]FA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 20.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1055750404	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	1055750404 01	EDAD:	18 Años
NOMBRE:	CANDAMIL ALZATEDANIELA	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
20.12.202[illegible]	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

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

FIRMA MÉDICO

Daniela Candamil A
cc 1055750404

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: 2022/12/19 HORA: 16:39:34 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000447
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 424758 NIETO ESPINOZA NANCY JANETH
USUARIO: CAMILA CARDONA JARAMILLO
CC. :1002633966
NRO FORMULA: 1002633966-10
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7703331105118 MICROGYNON SUAVE CAJA X 21 GRAG	0001 0000	0000 0000	5,647.00

TOTAL EXENTO.....:	5,647.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	5,647.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: María Camila Cardona J
1002633966

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 19.DEC.22

BENEFICIARIO

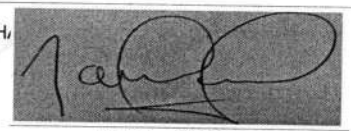
No. HISTORIA CLINICA: CC - 1002633966
AFILIACION: 1002633966 01
NOMBRE: CARDONA JARAMILLOMARIA CAMILA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 21 Años
SEXO: Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.12.202	1) LEVONORGESTREL MAS ETINIL ESTRADIOL 0.1/0.02 MG #3 CAJAS POR 21 TABLETAS. TOMAR UNA DIARIA POR 21 DIAS. SUSPENDER 7 DIAS Y REINICIAR UNA NUEVA CAJA. (FÓRMULA PARA 3 MESES).

AUTORIZADO POR: NANCY JEANNETTE SANCHEZ CH
C.C. : 65733255
R. M. : 65733255



FIRMA MÉDICO

Mara Camila Cardona Jaramillo
1002633966.

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: 2022/12/19 HORA: 12:27:32 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000446
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-30
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7501098607728 BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	17,130.00

TOTAL EXENTO.....:	17,130.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	17,130.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Melva Cardona
30272847
3116113659

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

FUNDACION PEQUENO CORAZON

CARDIOLOGIA
NIT: 810000423-0
CRA 30 No 93-25 CLINICA SAN MARCEL - Tel: 3183517179 - 3163049848
MANIZALES

PACIENTE: CC 30272847 - MELVA CARDONA DE MARIN
GENERO: FEMENINO **FECHA NACIMIENTO:** 22-05-1958

FORMULA MEDICA
2022-11-22

Fecha y Hora de Atención: 2022-11-22 - CAS:103044
Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CALDAS - CONFA
Diagnosticos: I340 - - -

METOPROLOL SUCCINATO 50 MG TABLETA # (180)
TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS. FORMULA PARA 3 MESES.

Carlos Andres Libreros M.
Cardiólogo - Ecocardiografista
Reg. 76614-97
C.C. 94.376.782

CARLOS ANDRES LIBREROS
MONTOYA
CARDIOLOGIA
Nro Documento: 94376782
Nro. Registro:76614-97

- Melva Cardona de M.
- 30272847 M/S.
- 3116113659

NOTA: Medicamento pendiente desde noviembre.

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: 2022/12/17 HORA: 15:33:37 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000440
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-28
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703445130181 FLUIMUCIL 4 JARABE FRASCO X 120 ML	0001	0000	25,763.00

TOTAL EXENTO.....:	25,763.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	25,763.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 24307849

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



Sara Ale 265
hoy a la(s) 15:50

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.12.2022	FLUIMUCIL JARABE 4% x 120ml, TOMAR 10ml CADA 12 HORAS #

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CA
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

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: 2022/12/19 HORA: 12:26:18 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000445
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-29
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7501098607728 BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	34,260.00

TOTAL EXENTO.....:	34,260.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	34,260.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Melva Cardona
30272847
3116113659

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

FUNDACION PEQUENO CORAZON

CARDIOLOGIA
NIT: 810000423-0
CRA 30 No 93-25 CLINICA SAN MARCEL - Tel: 3183517179 - 3163049848
MANIZALES

PACIENTE: CC 30272847 - MELVA CARDONA DE MARIN
GENERO: FEMENINO **FECHA NACIMIENTO:** 22-05-1958

FORMULA MEDICA
2022-11-22

Fecha y Hora de Atención: 2022-11-22 - CAS:103044
Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CALDAS - CONFA
Diagnosticos: I340 - - -

METOPROLOL SUCCINATO 50 MG TABLETA
TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS. FORMULA PARA 3 MESES.

(180)

Melva Cardona de M.
30272847 M/S.
3116113659

Carlos Andree Libreros M.
Cardiólogo - Ecocardiografista
Reg. 76614-97
C.C. 94.376.782

CARLOS ANDRES LIBREROS
MONTOYA
CARDIOLOGIA
Nro Documento: 94376782
Nro. Registro:76614-97

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: 2022/12/19 HORA: 12:24:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A2650000000444
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-28
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7861073904335 ADORLAN FORTE CAJA X 20 TABL	0001 0000	0000 0000	79,651.00

TOTAL EXENTO.....:	79,651.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	79,651.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Melva Cardona
30272847
3116113654

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 14.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30272847	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30272847 01	**EDAD:**	64 Años
NOMBRE:	CARDONA DE MARINMELVA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Protección Específica

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
14.12.2022	FITOSTIMULINE GEL BUCAL APLICAR EN LESIONES 2 O 3 VECES AL DIA # 1 ND
	FITOSTIMULINE CREMA VAGINAL APLICAR EN LESIONES 2 VECES AL DIA POR 1 SEMANA # 1 ND
	BEXON DUO 1 OVULO VAGINAL CADA NOCHE POR 5 DIAS # 5
	ADORLAN FORTE 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10
	N ACETIL CISTEINA ACEMUK TABLETAS 600mg 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS # 20
	AZITROMICINA TABLETA x 500mg 1 CADA DIA POR 3 DIAS # 3

myrtha Cardona c.c.M.
30272847 MIS.
3116173659

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: 2022/12/19 HORA: 10:36:58 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000443
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIELA RIVERA GALLEGO
24263849
NRO FORMULA: 24263849-19
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870072103 CORDIAX 80 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	62,950.00
7707355056869, 7707355054858 ADOREM 500 MG CAJA X 10 TABL	0006	0000	0000	0000	53,706.66
7702605102358 PIROXICAM GEL TUBO X 40 GR	0001	0000	0000	0000	9,976.00
7703283404666 LYRICA 150 MG CAJA X 30 CAP	0002	0000	0000	0000	185,118.00
7703153024420 CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 90 TABL	0000	0030	0000	0000	34,087.67
7703153033002 DEFEROL (VITAMINA D3) 2000 U.I CAJA X 60	0000	0030	0000	0000	28,934.00
7702057706944, 7702057706937 TRIMEBUTINA 200 MG + SIMETICONA 120 MG C	0001	0000	0000	0000	76,527.17
7702057078799 QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000	15,510.00
7703153032883 LAGRIGEN FRASCO X 10 ML +++	0001	0000	0000	0000	15,095.00

TOTAL EXENTO.....:	481,904.50
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	481,904.50

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

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

10.241.219

3-1042018-27

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 2.NOV.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24263849	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24263849 01	**EDAD:**	94 Años
NOMBRE:	RIVERA GALLEGOMARIELA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
2.11.2022	- CORDIAX (TELMISARTAN) TABLETA x 80 MG 1 TAB CADA DIA # 30 - ADOREM TABLETA 500mg 1 CADA 12 HORAS # 60 - SYNTHORID TABLETA x 88 MCG 1 TAB DIA EN AYUNAS # 30 - FELDENE (PIROXICAM) GEL APLICAR EN RODILLAS EN CASO DE DOLOR # 1 - LYRICA TAB x 150 MG 1 CADA NOCHE, SEGUN DOLOR # 60 - CITRAGEL (CALCIO + VIT D) 1 CAPSULA DIARIA # 30 - DEFEROL 2000UI 1 CAP CADA DIA # 30 - TRIMEBUTINA / SIMETICONA (MUVETT/S) 1 TABLETA ALMUERZO Y CENA EN CASO DE SINTOMAS # 30 - REFRESH TEARS SOL OFTALMICA 1 GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS # 1 - ~~OLOFTAL (OLOPATADINA) SOL OFTALMICA AL 0.2% x 5ml, APLICAR 1 GOTA CADA NOCHE EN CADA OJO # 2~~ - QUETIAPINA TABLETA 25mg 1 CADA NOCHE # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

10.241.219
3104201527

NOTA: Se entrega otra carboximetilcelulosa en cambio del Refresh tears

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: 2022/12/17 HORA: 16:20:00 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000442
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA ELENA ARIAS BUITRAGO
CC. :30297398
NRO FORMULA: 30297398-28
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057012434 RINAID 18 GR X 140 DOSIS	0001	0000 0000	95,944.00

TOTAL EXENTO.....:	95,944.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	95,944.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria Elena Arias
30297398

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

CAJA DE COMPE SACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 17.NOV.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30297398	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	30297398 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	ARIAS BUITRAGOMARIA ELENA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.11.202	* LOSARTAN TABLETA x 50mg 1 CADA 12 HORAS # 60 * SERECOR (SALMETEROL MAS FLUTICASONA) 25/250 1 PUFF CADA 12 HORAS # 1 * 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

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

FIRMA MÉDICO

2 folio.

María Elena Arias
30297398
3136048120

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: 2022/12/17 HORA: 16:16:52 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000441
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-28
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703153035037 MUVETT S 200 MG CAJA X 60 TAB	0000	0030	0000	0000	95,049.00
7703153021900 CALCITRIOL 0.5 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	51,493.00

TOTAL EXENTO.....:	146,542.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	146,542.00

OBSERVACIONES:

Nelson Zapata

FIRMA DE RECIBIDO: 43133760

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 6.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24281240
AFILIACION: 24281240 01
NOMBRE: HERRERA DE ZAPATANELLY

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 85 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.12.2022	- FUROSEMIDA TAB x 40 MG 1 CADA MAÑANA # 30 - ENALA PRIL TAB 20mg 1 CADA DIA # 30 - EUTHIROX TAB x 75 MCG 1 DIARIA EN AYUNAS # 30 - SEGREGAM TAB x 40 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 - CALCITRIOL TAB x 0.5 MCG 1 CADA DIA # 30 – HCO - MEDROL TAB 4MG CADA DIA # 30 - 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 - ESCITALOPRAM ESCILOM TAB 10mg 1 CADA DIA # 30 - KETOPROFENO GEL x 40gr APLICAR SEGUN EL DOLOR # 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 – HCO NO HIPROLUB solucion oftalmica 1 gota en cada ojo cada 8 horas # 1

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

FIRMA MÉDICO

Wilson Zapata
30289371
8924178

Nelson Zapata
4313.366
8824178

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 6.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24281240	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24281240 01	**EDAD:**	85 Años
NOMBRE:	HERRERA DE ZAPATANELLY	**SEXO:**	Indeterminado

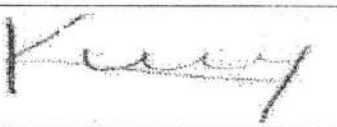
Finalidad: Terapéutico

FECHA **PLAN DE TRATAMIENTO**

- MUVETT S 1 TABLETA ANTES DEL ALMUERZO CADA DIA # 30 - MED
NO TIMOLOL 0.5% APLICAR 1 GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 12 HORAS # 2
NE LIDOPROCTO SUPOSITORIOS APLICAR SEGUN NECESIDAD E INDICACIONES # 10
N LIDOPROCTO UNGUENTO PROCTOLOGICO, USO SEGUN INDICACIONES # 1

POR 3 MESES

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: 2022/12/12 HORA: 11:51:46 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000421
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 369840 GIRALDO MEJIA MONICA
USUARIO: SALOME CORREA ECHEVERRY
CC. :1054892915
NRO FORMULA: 1054892915-3
FECHA FORMULA: 12/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7703445030047 FLUIMUCIL 200 MG CAJA X 30 SOBRES	0000 0006	0000 0000	10,353.20
7702057074906 PIRANTEL PAMOATO 250 MG5 ML FRASCO X 15	0001 0000	0000 0000	2,943.00

TOTAL EXENTO.....:	13,296.20
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	13,296.20

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

1053795193

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

Confa Salud — Contigo, con todo

I.P.S Confa Salud

FORMULACIÓN MÉDICA

(DEBE RECLAMARSE EN LAS PRIMERAS 72 HORAS)
Cra. 25 Calle 50 Esquina Tel. 878 3430 Opción 1 Manizales - Colombia

MANIZALES

AÑO	MES	DÍA
22	12	05

Asegurador: _____ Nombre:				Empresa	Documento de identificación
E.P.S.	ARL	SOAT	OTRA	Sena	1054892915

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Tipo de usuario (Contributivo (C) Subsidiado (S) Particular (P) Otros (O))				Historia clínica	Código diagnóstico
			C	S	P	O		
Correa	Echeverry	Salome						

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CONCENTRACIÓN O DOSIS	Forma farmacéutica	Cantidad N°	Formulada Letras	Cantidad entregada N°
1.	- Fluvicl sobres 200gr 1/2 sobre 8/12 horas		+	6.	
2.	- Vitamina C gotas 11 gotas / Dia		fco+1.	-258	
3.	- Difenhidramina Jbe 2.5cc /8 Hrs		fco+1		

Firma y sello del profesional: Monicagm

N° de registro profesional: 16116

Recibí conforme:

Identificación: 1055795943

Teléfono:

EDITORIAL ZAPATA - MANIZALES

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Confa Salud | Contigo, con todo

I.P.S Confa Salud

FORMULACIÓN MÉDICA

(DEBE RECLAMARSE EN LAS PRIMERAS 72 HORAS)
Cra. 25 Calle 50 Esquina Tel. 878 3430 Opción 1 Manizales - Colombia

MANIZALES

AÑO	MES	DÍA
22	12	05

Asegurador: _____

Nombre:

E.P.S.	ARL	SOAT	OTRA

Empresa: Sena

Documento de identificación: 1054892915

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Correa	Echeverry	Salome

Tipo de usuario (Contributivo (C) Subsidiado (S) Particular (P) Otros (O))

C	S	P	O

Historia clínica:

Código diagnóstico:

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CONCENTRACIÓN O DOSIS	Forma farmacéutica	Cantidad N°	Formulada Letras	Cantidad entregada N°
1.	- Metaval x 250mg 2cc c/8 horas	fco #1	x 7 días		-> 250
2.	- Panoato Pravitel 2cc c/15 días	fco #1 (2 veces)			
3.	- Dayamineral E 1 cucharada mediana	fco #2	alterno días		

Firma y sello del profesional: Monicagil

N° de registro profesional: 16116

Recibí conforme: Salome

Identificación: 1053795173

Teléfono:

EDITORIAL ZAPATA - MANIZALES

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 14
TELEFONO : 8792923

FECHA: 2022/12/26 HORA: 15:19:51 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000143
VENDEDOR: RODRIGO CARVAJAL BECERRA
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN AL
ICIA
USUARIO: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA
CC. :24271061
NRO FORMULA: 24271061-1
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
4032129061927			
NORSPAN 7 (20 MG25 CH) CAJA X 4 PARCHES	0001	0000 0000	114,916.00

TOTAL EXENTO.....:	114,916.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	114,916.00

==========

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Beatriz Garcia M 30.305.650

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

Territorial
Dirección Territorial de Salud de Caldas
NIT. 800.114.312-5

FONDO ROTATORIO
DE ESTUPEFACIENTES
MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

FRE CALDAS

DIA	MES	AÑO
01	12	2022

RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

2021- 075111

1. DATOS DEL PACIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Naranjo	de Garcia	Maria Amelia

Documento de Identificación:	Edad	Sexo
CC 24271061	87	F [X] M [ ]

Dirección Residencia	Teléfono	Municipio	Departamento
Bl Chipre	—	Mzlcs	Caldas

Afiliación al S.G.S.S.S. Subsidiado: [ ] Contributivo: [ ] Vinculado: [ ] Entidad Sura

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico, concentración y forma farmacéutica Dosis, Vía de Administración	Cantidad Prescrita Número	Letras
Buprenorfina Parches 20ug 1 cada Semana	4	cuatro

Diagnóstico: Coxartrosis — Código:

3. PROFESIONAL

Odontólogo [ ] Médico [ ] General [X] Especialista [ ] Cual:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Castillo	Chang	Karen A.

Documento de Identificación	Registro Profesional	Firma
1053781313	302	

Institución donde labora	Dirección	Teléfono
Confa	—	—

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (A diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)

Apellido y Nombre (s) de quien recibe	Documento identidad	Firma
Garcia Naranjo Beatriz	CC 30305650	Beatriz Garcia

Apellido y Nombre (s) de quien dispensa	Documento identidad	Firma
Gonzalez V. Rodrigo	7561458	

Establecimiento Farmacéutico minorista	Dirección	Fecha de despacho DIA	MES	AÑO
Droga Alemana	Cra 23 11-53A 04	26	12	22

Versión por JAVIER E.A. PBX: 3715555 EXT: 1111

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

D_ O P U P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 14
TELEFONO : 8792923

FECHA: 2022/12/22 HORA: 09:22:14 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000141
VENDEDOR: RODRIGO CARVAJAL BECERRA
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 3695496 VILLA CARMONA FREDDY ALE
XANDER
USUARIO: MELVA CARDONA
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-1
FECHA FORMULA: 22/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057075927					
TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0002	0000	0000	0000	114,914.00
7706569021922					
TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0000	0020	0000	0000	14,174.80

TOTAL EXENTO.....:	129,088.80
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	129,088.80

==========

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: melva Cardona
30272847
3116113659

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** 20.DEC.22
CODIGO: ENE_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30272847	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30272847 01	**EDAD:**	64 Años
NOMBRE:	CARDONA DE MARINMELVA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA **PLAN DE TRATAMIENTO**

20.12.202: 1 : Trazodone tab x 50 mg ----------720
Tomar 3 tabletas noche, en cas de insomnio aumentar a 4 cada noche

2 : Bromazepam tab x 6 mg ---------- 45
1/4 cada noche (En proceso de retiro)

Fórmula para seis meses

Marleth Cardona de M.
30272847 MLS
3116113659

AUTORIZADO POR: FREDDY ALEXANDER VILLA CARM
C.C. : 75071931
R. M. : 213

Freddy Villa C.
FIRMA MÉDICO

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 14
TELEFONO : 8792923

FECHA: 2022/12/22 HORA: 11:22:41 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000142
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 47314094 LOPEZ GIRALDO ANDRES FE
LIPE
USUARIO: DEYANIRA PARRA CARDONA
CC. :25260616
NRO FORMULA: 25260616-25
FECHA FORMULA: 22/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703283404659, 7703283402242 LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	39,611.40
7707397791032 DOLEX AVANZADO FRASCO X 100 TABL	0001	0000	0000	0000	84,638.00

TOTAL EXENTO.....:	124,249.40
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	124,249.40

==========

OBSERVACIONES: C25260616

Maria Deyanira

FIRMA DE RECIBIDO: _____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_ **FECHA** 20.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25260616	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	25260616 01	**EDAD:**	83 Años
NOMBRE:	PARRA CARDONAMARIA DEYANIRA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
20.12.202	PREGABALINA CÁPSULA POR 75 MG # 90 UNA CADA NOCHE. DOLEX AVANZADO POR 500 MG # 180 UNA CADA 12 HORAS FÓRMULA PARA TRES MESES.

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

FIRMA MÉDICO

Maria Deyanira
C25260616

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 14
TELEFONO : 8792923

FECHA: 2022/12/31 HORA: 19:09:04 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000146
VENDEDOR: RODRIGO CARVAJAL BECERRA
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN AL
ICIA
USUARIO: MARGARITA GONZALEZ
CC. :24836776
NRO FORMULA: 24836776-5
FECHA FORMULA: 31/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT	FALT
7501298224237, 7702418004580				
EUTIROX 88 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000 53,533.99
7703763997763				
LEPRIT ENZIMATICO CAJA X 60 GRAGEAS	0001	0000	0000	0000 139,866.00
7702057030601				
DEXAPRON 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000 285,154.00
7705959881016				
QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000 8,591.00
4048946006363				
TRAYENTA DUO 2.5/1000 MG CAJA X 60 TABL	0000	0000	0001	0000 165,104.00
7703153030933				
EZOLIUM 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001	0000	0000	0000 142,479.00
7702057062170				
ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000 152,410.00
7702123828631				
CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000 55,590.00
7702207573660				
NUEVI D (VITAMINA D3) 7000 UI CAJA X 4 T	0002	0000	0000	0000 81,242.00
7703283404659, 7703283407242				
LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000 39,611.40

TOTAL EXENTO.....:	1,173,271.39
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,173,271.39

OBSERVACIONES:

Deborah Pava
75146562
891267.

FIRMA DE RECIBIDO: _____

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

D R O P O P U L A R S . A .

ALEMANA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 14
TELEFONO : 8792923

FECHA: 2022/12/31 HORA: 19:09:04 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000146
VENDEDOR: RODRIGO CARVAJAL BECERRA
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN AL
ICIA
USUARIO: MARGARITA GONZALEZ
CC. :24836776
NRO FORMULA: 24836776-5
FECHA FORMULA: 31/12/2022

TICKET PARA RECLAMAR PENDIENTES

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
4048846006363	TRAYENTA DUO 2.51000 MG CAJA X 60 TABL	0000	0000	0001	0000

OBSERVACIONES: Rebinson Ramos
75 146 582
8913267

FIRMA DE RECIBIDO:

*** COPIA CLIENTE ***

** SIEMPRE PENSANDO EN SU SALUD **

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 29.NOV.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24836776
AFILIACION: 24836776 01
NOMBRE: GONZALEZ DE PEREZMARGARITA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 67 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
29.11.202	* LEVOTIROXINA EUTIROX TAB x 88 MCG 1 CADA DIA LUN A VIE # 20 27 * LEVOTIROXINA EUTIROX TAB x 75 MCG 1 CADA DIA FINES DE SEMANA # 10 no * LEPRIT ENZIMATICO CADA 12 HORAS # 60 265 * ESCITALOPRAM DEXAPRON 1 TAB 10 MG CADA DIA # 30 * QUETIAPINA TAB x 25MG 1 CADA DIA # 30 * TRAYENTA DUO TABLETA 2.5/1000mg 1 TABLETA CADA DIA # 30 no hay * ESOMEPRAZOL EZOLIUM CAP x 20 MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 93 * ROSUVASTATINA TAB 20 MG EN LAS NOCHES VO # 30 (1) * CARDIOASPIRINA 1 TAB 100 MG 1 CADA DIA # 30 265 * NUEVID 1 TAB x 7000UI 1 CADA 4 DIAS (2 SEMANALES) # 8 265 * LYRICA PREGABALINA TAB 75MG 1 CADA DIA # 30 93 * TAPENTADOL TABLETA x100mg CADA 12 HORAS # 60 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Robinson Perez
75 146 562
89/3267

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 14
TELEFONO : 8792923

FECHA: 2022/12/20 HORA: 18:50:27 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000139
VENDEDOR: MARTHA ISABEL JIMENEZ BOTERO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: GLORIA INES CANDELA
CC. :24314285
NRO FORMULA: ---24314285
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7501124814090			
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 100 GR	0001	0000	70,914.00
7703454123136			
FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001	0000	80,341.00
7501298224379, 7702418001541			
EUTIROX 50 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	44,279.74
7501298224294, 7702418001985			
EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	51,059.96
7702418000841			
DIP SUSPENSION FRUTAS FRASCO X 200 ML	0002	0000	219,970.00
7702870087152, 7702870072851			
NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	150,291.80
7703281008439			
DERMACORTINE EMULSION FRASCO X 60 ML	0001	0000	134,332.00
7730979097970			
VEDIPAL 1000 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	256,053.00
7703202221152, 7703381002030			
DULCOLAX CAJA X 20 TABL	0001	0000	23,584.93
7702057012397			
BENZIRIN VERDE EUCALIPTO CAJA X 12 TABL	0001	0000	25,000.00
7702057012526			
BENZIRIN VERDE MENTA ANIS CAJA X 12 TABL	0001	0006	37,500.00
7730979094177			
MITRUL 15 MG CAJA X 10 CAP	0001	0000	109,822.00

TOTAL EXENTO.....:	1,203,148.43
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,203,148.43

==========

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Rocio Lo 12

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 14.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24314285
AFILIACION: 24314285 01
NOMBRE: CANDELA MUÑOZGLORIA INES

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 70 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
14.12.202	VOLTAREN EMULGEL 100gr, APLICAR SEGUN EL DOLOR # 1
	FARMA D 1 CAPSULA 2000U 2 CAPSULAS CADA DIA # 60
	EUTIROX TAB x 50MCG AL DIA EN AYUNAS # 30
	EUTIROX TAB x 75MCG AL DIA EN AYUNAS # 30
	DIP SUSPENSION ORAL x 200ml, 1 CUCHARADA CADA 8 HORAS, ANTES DE COMER # 2
	NEDOX CAPSULAS 20MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30
	MONOVEL LOCION 0.1% x 30ml APLICAR SEGUN APLICACIONES # 1
	VEDIPAL 1 TABLETA x 1000 1 CADA DIA # 30
	DULCOLAX 1CAPSULA CADA NOCHE, SEGUN LA NECESIDAD # 20

	FORMULA PARA 5 MESES
	B VIT CAPSULAS, TOMAR 1 CADA DIA # 50
	BENZIRIN VERDE TABLETAS 1 CADA 8 HORAS SEGUN LA NECESIDAD # 30
	MITRUL 1 TABLETA CADA DIA A LAS 5:00pm POR 10 DIAS # 10

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

FIRMA MÉDICO

x Pacio Pedro
x 24314285
x 3104211818

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 258
CHINCHINA - CALDAS
CALLE 11 NO 8-20
TELEFONO : 8506666-8400777

FECHA: 2022/12/22 HORA: 17:40:03 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A258000000018
VENDEDOR: JUAN CARLOS FORERO DURAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 5380701 GIRALDO MARTINEZ LILIANA

USUARIO: MANUELA ALEJANDRA AGUDELO
CC. :1002576906
NRO FORMULA: 10025476906-98
FECHA FORMULA: 22/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT FALT
7703454920841			
STAMYL CAJA X 20 TABL	0004 0010	0000 0000	319,207.50
7702057075903			
TRIMEBUTINA 200 MG CAJA X 30 TABL	0003 0000	0000 0000	50,937.00
7705959005009			
COLESTIRAMINA CAJA X 15 SOBRES	0004 0000	0000 0000	252,172.00

TOTAL EXENTO.....:	622,316.50
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	622,316.50

==========

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Manuela Agudelo 1002576906

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

S.E.S Hospital Universitario de Caldas

FORMULA MEDICA

Reconciliacion Medicamentosa

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

CAMA:
Servicio: CONSULTA AMBULATORIA

Fecha Preescripción: 11/08/2022 04:16 p. m. **Nº Historia Clinica:** 1002576906 **Nº Folio:** 22

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MANUELA ALEJANDRA AGUDELO PEREZ **Identificacion :** 1002576906 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 18 Años \ 11 Meses \ 25 Días **Ingreso:** 1379685 **Fecha Ingreso:** 11/08/2022 3:37:55 p. m.
Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3116224648

MEDICAMENTOS POS

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
A09AA002141	PANCREATINA 175 mg HIDROLASA 50 mg. SIMETICONA 40mg. EXTRACTO DE BILIS DE BUEY 25mg GRAGEAS (STAMYL)	QUINIENTOS CUARENTA	540

Concentracion: 175+50+40+25 mg **Unidad:** TABLETAS **Via Administracion:** Oral **Días tratamiento:** 180
Posología:

STAMYL

1 GRAGEA ANTES DE CADA COMIDA

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
A03AT00111	TRIMEBUTINA MALEATO 200 mg TABLETA	QUINIENTOS CUARENTA	540

Concentracion: 200 mg **Unidad:** TABLETAS **Via Administracion:** Oral **Días tratamiento:** 180
Posología:

1 TABLETA ANTESDE CADA COMIDA

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
B04AC035251	COLESTIRAMINA 4 g GRANULOS SOBRE	TRESCIENTOS SESENTA	360

Concentracion: 4 g polvo/sobre **Unidad:** SOBRES **Via Administracion:** Oral **Días tratamiento:** 180
Posología:

1 SOBRE DILUIDO CADA 12 HORAS

Medico: GIRALDO MARTINEZ LILIANA
Especialidad: GASTROENTEROLOGIA
Registro: D3049

Firma:

Alexander Piedrahita Ramirez
1077909147

Servicios Especiales de Salud

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: 2022/12/12 HORA: 16:18:44 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000422
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA AMELIA NARANJO
CC. :24271061
NRO FORMULA: 24271061-25
FECHA FORMULA: 12/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT	FALT
7709990706208 ELIQUIS 2.5 MG CAJA X 60 TABL	0001	0000	0000	0000 363,369.00
7702057709068 CARVEDILOL 6.25 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000 6,030.00
7703763997749 ESOZ 40 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000 179,167.00
4048846003584 MIRAPEX ER 1.5 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	0000	0000 182,277.00
7501298224374, 7702418001541 EUTIROX 50 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000 44,279.74
7707397791032 DOLEX AVANZADO FRASCO X 100 TABL	0001	0000	0000	0000 84,638.00
7705959030292 ESPIRONOLACTONA 25 MG CAJA X 20 TABL +++	0002	0000	0000	0000 19,352.00
7702057030001 DEXAPRON 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000 285,154.00
7703763997763 LEPRIT ENZIMATICO CAJA X 60 GRAGEAS	0001	0000	0000	0000 139,866.00
7706569022455 MONTELUKAST 10 MG CAJA X 10 TABL +++	0006	0000	0000	0000 55,518.00
7706566023117 ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 28 TAB +++	0001	0000	0000	0000 123,917.00

D R O P O P U L A R S . A . S

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 9.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 87 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
9.12.2022	- APIXABAN TAB x 2.5 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 - CARVEDILOL TAB X 6.25MG 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 # 30 258 - 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 NO - ESPIRONOLACTONA 25MG CADA DIA # 30 - DEXAPRON TAB x 10MG CADA DIA # 30 - PANCREATINA ENZIMAS LEPRIT ENZIMATICO TABLETA CADA 12 HORAS # 60 - MONTELUKAST 1 TAB x 10MG 2 TABLETAS CADA DIA # 60 - ROSUVASTATINA TAB x 20mg 1 CADA NOCHE # 30

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

FIRMA MÉDICO

Beatriz Gorera.
cc 30305650
Cel. 3155435844

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: 2022/12/12 HORA: 11:51:46 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000421
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 369840 GIRALDO MEJIA MONICA
USUARIO: SALOME CORREA ECHEVERRY
CC. :1054892915
NRO FORMULA: 1054892915-3
FECHA FORMULA: 12/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7703445030047 FLUIMUCIL 200 MG CAJA X 30 SOBRES	0000 0006	0000 0000	10,353.20
7702057074906 PIRANTEL PAMOATO 250 MG5 ML FRASCO X 15	0001 0000	0000 0000	2,943.00

TOTAL EXENTO.....:	13,296.20
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	13,296.20

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

1053795193

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

Confa Salud — Contigo, con todo

I.P.S Confa Salud

FORMULACIÓN MÉDICA

(DEBE RECLAMARSE EN LAS PRIMERAS 72 HORAS)
Cra. 25 Calle 50 Esquina Tel. 878 3430 Opción 1 Manizales - Colombia

MANIZALES

AÑO	MES	DÍA
22	12	05

Asegurador: _____ Nombre:				Empresa	Documento de identificación
E.P.S.	ARL	SOAT	OTRA	Sena	1054892915

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Tipo de usuario (Contributivo (C) Subsidiado (S) Particular (P) Otros (O))				Historia clínica	Código diagnóstico
			C	S	P	O		
Correa	Echeverry	Salome						

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CONCENTRACIÓN O DOSIS	Forma farmacéutica	Cantidad N°	Formulada Letras	Cantidad entregada N°
1.	- Fluvicl sobres 200gr 1/2 sobre 8/12 horas		+	6.	
2.	- Vitamina C gotas 11 gotas / Dia		fco+1.	-258	
3.	- Difenhidramina Jbe 2.5cc /8 Hrs		fco+1		

Firma y sello del profesional: Monicagm

N° de registro profesional: 16116

Recibí conforme:

Identificación: 1055795943

Teléfono:

EDITORIAL ZAPATA - MANIZALES

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Confa Salud | Contigo, con todo

I.P.S Confa Salud

FORMULACIÓN MÉDICA

(DEBE RECLAMARSE EN LAS PRIMERAS 72 HORAS)
Cra. 25 Calle 50 Esquina Tel. 878 3430 Opción 1 Manizales - Colombia

MANIZALES

AÑO	MES	DÍA
22	12	05

Asegurador: _____

Nombre:

E.P.S.	ARL	SOAT	OTRA

Empresa: Sena

Documento de identificación: 1054892915

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Correa	Echeverry	Salome

Tipo de usuario (Contributivo (C) Subsidiado (S) Particular (P) Otros (O))

C	S	P	O

Historia clínica:

Código diagnóstico:

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CONCENTRACIÓN O DOSIS	Forma farmacéutica	Cantidad N°	Formulada Letras	Cantidad entregada N°
1.	- Metaval x 250mg 2cc c/8 horas	fco #1	x 7 días		-> 250
2.	- Panoato Pravitel 2cc c/15 días	fco #1 (2 veces)			
3.	- Dayamineral E 1 cucharada mediana	fco #2	alterno días		

Firma y sello del profesional: Monicagil

N° de registro profesional: 16116

Recibí conforme: Salome

Identificación: 1053795173

Teléfono:

EDITORIAL ZAPATA - MANIZALES

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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: 2022/12/30 HORA: 10:47:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000476
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA GRICELDA GARCIA ALVAREZ
CC. :24270478
NRO FORMULA: 24270478-12
FECHA FORMULA: 30/12/2022

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7707397790356 DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0003 0000	0000 0000	75,243.00

TOTAL EXENTO.....:	75,243.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	75,243.00

OBSERVACIONES:

Evelyn Correa

FIRMA DE RECIBIDO: 1053824121

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** 29.NOV.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24270478	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24270478 01	**EDAD:**	86 Años
NOMBRE:	GARCIA ALVAREZMARIA GRICELDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
29.11.202	- NEDOX (ESOMEPRAZOL) CAP x 20 MG INTERDIARIIO # 20 - MILPAX SUSP ORAL 360ml. 1 CUCHARADA EN CASO DE SINTOMAS # 1 - 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 - ENALAPRIL TABLETA x 5mg 1 TAB CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Evelyn correa
1053824121
3145317355
Cra 13 con calle 31 tercer pasaje
alto galán

D R O P O P U L A R
NIT. : 890.92
ALEMANA 2
MANIZALES -
CARRERA. 23 NO
TELEFONO : 880171

FECHA: 2022/12/30 HORA: 10:42:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000475
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA GRICELDA GARCIA ALVAREZ
CC. :24270478
NRO FORMULA: 24270478-11
FECHA FORMULA: 30/12/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702870087152, 7702870072851					
NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000	150,291.80
7703454921176					
MILPAX MENTA FRASCO X 360 ML	0001	0000	0000	0000	86,740.00
7702207573860					
NUEVI D (VITAMINA D3) 7000 UI CAJA X 4 T	0001	0000	0000	0000	40,621.00
7707397790356					
DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0001	0010	0000	0000	37,621.50
7501094916022					
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 60 GR	0001	0000	0000	0000	56,045.00
7706569000781					
ENALAPRIL 5 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	4,116.00

TOTAL EXENTO.....:	375,435.30
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	375,435.30

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Evelyn Correa 1053824721

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 29.NOV.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24270478	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24270478 01	**EDAD:**	86 Años
NOMBRE:	GARCIA ALVAREZMARIA GRICELDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
29.11.202	- NEDOX (ESOMEPRAZOL) CAP x 20 MG INTERDIARIIO # 20 - MILPAX SUSP ORAL 360ml. 1 CUCHARADA EN CASO DE SINTOMAS # 1 - 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 - ENALAPRIL TABLETA x 5mg 1 TAB CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Evelyn correa
1053824121
3145317355
Cra 13 con calle 31 Tercer pasaje
alto galán

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: 2022/12/29 HORA: 14:58:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000474
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-20
FECHA FORMULA: 29/12/2022

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702605101931 NAPROXENO 250 MG CAJA X 10 TABL	0001 0000	0000 0000	4,357.00

TOTAL EXENTO.....:	4,357.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	4,357.00

OBSERVACIONES: Melva Mari
30272042

FIRMA DE RECIBIDO: ~~3108305149~~

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

*C S M Q 1 0 4 7 E 9 4 2 8 5 8 3 *

NIT: 890.806.490-5 **TELÉFONO:** 8783430 **DIRECCIÓN:** Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia **FECHA:**29.DEC.2022 **HORA GENERADA:** 9:51

SAB: CSMQ QUIROFANO

Orden Médica

PACIENTE: CARDONA DE MARIN MELVA **NRO. HISTORIA:** CC - 30272847 **AFILIACION:**30272847 01 **PLAN:** SENA1 SENA SERVICIO NACIONAL NOV2022

CONVENIO: 899999034 SENA SERVICIO NACIONAL DE A **ESCALA:** \JE AOVIEM **EDx:** DInsuficiencia venosa (cronica) (periferica) **T. ATENCION:** Atención Ambulatoria

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
01984368-1 -->	CEFALEXINA CAPSULA 500 MG tomar 1 tableta cada 6 horas durante 7 dias		28
00053560-5 -->	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG tomar 1 tableta cada 6 horas durante 5 dias		20
20006034-2 -->	NAPROXENO TABLETA Ó CÁPSULA 250 MG tomar 1 tableta cada 12 horas durante 5 dias		10
019947837- -->	ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4 ML Aplicar una ampolla subcutánea cada 24 horas durante 3 dias, iniciar hoy en la noche	SOLUCION INYECTABLE	3

Herman Yamil S.
1077204 2.
3108301519.

Confa Salud, Contigo, con todo.

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

FIRMA Y REGISTRO MEDICO

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: 2022/12/29 HORA: 14:54:59 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000473
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-19
FECHA FORMULA: 29/12/2022

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702605100613 CEFALEXINA 500 MG CAJA X 10 CAP	0003	0000	0000	0000	19,278.00
7702605100019 ACETAMINOFEN 500 MG CAJA X 100 TABL	0000	0020	0000	0000	3,638.00
7703153016852 CLENOX 40 MG CAJA X 1 JERINGA PRELLENADA	0003	0000	0000	0000	36,267.00

TOTAL EXENTO.....:	59,183.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	59,183.00

OBSERVACIONES: Melva Marin

FIRMA DE RECIBIDO: C.C. 1022201[illegible]2
CEL. 3106301519

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

CSMQ1047E9428583

NIT: 890.806.490-5 **TELÉFONO:** 8783430 **DIRECCIÓN:** Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia **FECHA:** 29 DEC 2022 **HORA GENERADA:** 9:51

SAB: CSMQ QUIROFANO

Orden Médica

PACIENTE: CARDONA DE MARIN MELVA **NRO. HISTORIA:** CC - 30272847 **AFILIACION:** 30272847 01 **PLAN:** SENA1 SENA SERVICIO NACIONAL NOV2022

CONVENIO: 899999034 SENA SERVICIO NACIONAL DE A **ESCALA:** JE AOVIEMED **x:** DInsuficiencia venosa (cronica) (periferica) **T. ATENCION:** Atención Ambulatoria

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
01984368-1 --> CEFALEXINA CAPSULA 500 MG tomar 1 tableta cada 6 horas durante 7 dias			28
00053560-5 --> ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG tomar 1 tableta cada 6 horas durante 5 dias			[illegible]
20006034-2 --> NAPROXENO TABLETA Ó CÁPSULA 250 MG tomar 1 tableta cada 12 horas durante 5 dias			10
019947837- --> ENOXAPARINA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4 ML Aplicar una ampolla subcutánea cada 24 horas durante 3 dias, iniciar hoy en la noche		SOLUCION INYECTABLE	3

Herman Yahir S.
1077220 42.
3108301519.

Confa Salud, Contigo, con todo.

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

FIRMA Y REGISTRO MEDICO

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: 2022/12/19 HORA: 10:36:58 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000443
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIELA RIVERA GALLEGO
24263849
NRO FORMULA: 24263849-19
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870072103 CORDIAX 80 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	62,950.00
7707355056869, 7707355054858 ADOREM 500 MG CAJA X 10 TABL	0006	0000	0000	0000	53,706.66
7702605102358 PIROXICAM GEL TUBO X 40 GR	0001	0000	0000	0000	9,976.00
7703283404666 LYRICA 150 MG CAJA X 30 CAP	0002	0000	0000	0000	185,118.00
7703153024420 CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 90 TABL	0000	0030	0000	0000	34,087.67
7703153033002 DEFEROL (VITAMINA D3) 2000 U.I CAJA X 60	0000	0030	0000	0000	28,934.00
7702057706944, 7702057706937 TRIMEBUTINA 200 MG + SIMETICONA 120 MG C	0001	0000	0000	0000	76,527.17
7702057078799 QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000	15,510.00
7703153032883 LAGRIGEN FRASCO X 10 ML +++	0001	0000	0000	0000	15,095.00

TOTAL EXENTO.....:	481,904.50
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	481,904.50

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

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

10.241.219

3-1042018-27

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 2.NOV.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24263849	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	24263849 01	**EDAD:**	94 Años
NOMBRE:	RIVERA GALLEGOMARIELA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
2.11.2022	- CORDIAX (TELMISARTAN) TABLETA x 80 MG 1 TAB CADA DIA # 30 - ADOREM TABLETA 500mg 1 CADA 12 HORAS # 60 - SYNTHORID TABLETA x 88 MCG 1 TAB DIA EN AYUNAS # 30 - FELDENE (PIROXICAM) GEL APLICAR EN RODILLAS EN CASO DE DOLOR # 1 - LYRICA TAB x 150 MG 1 CADA NOCHE, SEGUN DOLOR # 60 - CITRAGEL (CALCIO + VIT D) 1 CAPSULA DIARIA # 30 - DEFEROL 2000UI 1 CAP CADA DIA # 30 - TRIMEBUTINA / SIMETICONA (MUVETT/S) 1 TABLETA ALMUERZO Y CENA EN CASO DE SINTOMAS # 30 - REFRESH TEARS SOL OFTALMICA 1 GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS # 1 - ~~OLOFTAL (OLOPATADINA) SOL OFTALMICA AL 0.2% x 5ml, APLICAR 1 GOTA CADA NOCHE EN CADA OJO # 2~~ - QUETIAPINA TABLETA 25mg 1 CADA NOCHE # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

10.241.219
3104201527

NOTA: Se entrega otra carboximetilcelulosa en cambio del Refresh tears

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: 2022/12/17 HORA: 16:20:00 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000442
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA ELENA ARIAS BUITRAGO
CC. :30297398
NRO FORMULA: 30297398-28
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057012434 RINAID 18 GR X 140 DOSIS	0001	0000 0000	95,944.00

TOTAL EXENTO.....:	95,944.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	95,944.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria Elena Arias
30297398

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

CAJA DE COMPE SACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 17.NOV.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30297398	**COD. PLAN:**	SENAH
AFILIACION:	30297398 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	ARIAS BUITRAGOMARIA ELENA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.11.202	* LOSARTAN TABLETA x 50mg 1 CADA 12 HORAS # 60 * SERECOR (SALMETEROL MAS FLUTICASONA) 25/250 1 PUFF CADA 12 HORAS # 1 * 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

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

FIRMA MÉDICO

2 folio.

María Elena Arias
30297398
3136048120

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: 2022/12/17 HORA: 16:16:52 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000441
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-28
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703153035037 MUVETT S 200 MG CAJA X 60 TAB	0000	0030	0000	0000	95,049.00
7703153021900 CALCITRIOL 0.5 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	51,493.00

TOTAL EXENTO.....:	146,542.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	146,542.00

OBSERVACIONES:

Nelson Zapata

FIRMA DE RECIBIDO: 43133760

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 6.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24281240
AFILIACION: 24281240 01
NOMBRE: HERRERA DE ZAPATANELLY

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 85 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.12.2022	- FUROSEMIDA TAB x 40 MG 1 CADA MAÑANA # 30 - ENALA PRIL TAB 20mg 1 CADA DIA # 30 - EUTHIROX TAB x 75 MCG 1 DIARIA EN AYUNAS # 30 - SEGREGAM TAB x 40 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 - CALCITRIOL TAB x 0.5 MCG 1 CADA DIA # 30 – HCO - MEDROL TAB 4MG CADA DIA # 30 - 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 - ESCITALOPRAM ESCILOM TAB 10mg 1 CADA DIA # 30 - KETOPROFENO GEL x 40gr APLICAR SEGUN EL DOLOR # 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 – HCO NO HIPROLUB solucion oftalmica 1 gota en cada ojo cada 8 horas # 1

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

FIRMA MÉDICO

Wilson Zapata
30289371
8924178

Nelson Zapata
4313.366
8824178

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 6.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24281240	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24281240 01	**EDAD:**	85 Años
NOMBRE:	HERRERA DE ZAPATANELLY	**SEXO:**	Indeterminado

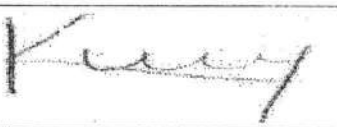
Finalidad: Terapéutico

FECHA **PLAN DE TRATAMIENTO**

- MUVETT S 1 TABLETA ANTES DEL ALMUERZO CADA DIA # 30 - MED
NO TIMOLOL 0.5% APLICAR 1 GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 12 HORAS # 2
NE LIDOPROCTO SUPOSITORIOS APLICAR SEGUN NECESIDAD E INDICACIONES # 10
N LIDOPROCTO UNGUENTO PROCTOLOGICO, USO SEGUN INDICACIONES # 1

POR 3 MESES

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: 2022/12/17 HORA: 09:30:21 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000437
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: GLORIA ESTELLA PEREZ VELEZ
CC. :43725661
NRO FORMULA: 43725661-2
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7707173600077 BREMIEL ADULTO JARABE FRASCO X 120 ML	0001	0000 0000	29,143.00

TOTAL EXENTO.....:	29,143.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	29,143.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Gloria Perez
43725661

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: URGENCIAS CL.SAN MARCI
CODIGO: URG_

FECHA 16.DEC 22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 43725661
AFILIACION: 43725661 01
NOMBRE: PEREZ VELEZGLORIA ESTELLA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 52 Años
SEXO: Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.12.2022	*Guayacolato + Bromhexina Jarabe adultos - 1 cucharada cada 8 horas por 5 dias*

Gloria Perez
43725661

AUTORIZADO POR: MAGGI TATIANA GUACANEME FOF
C.C. 1018125651
R. M.: 1018125651



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: 2022/12/17 HORA: 15:33:37 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000440
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-28
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703445130181 FLUIMUCIL 4 JARABE FRASCO X 120 ML	0001	0000	25,763.00

TOTAL EXENTO.....:	25,763.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	25,763.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 24307849

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



Sara Ale 265
hoy a la(s) 15:50

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.12.2022	FLUIMUCIL JARABE 4% x 120ml, TOMAR 10ml CADA 12 HORAS #

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CA
C.C. : 1053781313
R. M. : 17302

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: 2022/12/17 HORA: 09:42:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000438
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA ELENA ARIAS BUITRAGO
CC. :30297398
NRO FORMULA: 30297398-10
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702605103232 LOSARTAN 50 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	27,690.00
7071726875053 SERETIDE 25250 MG FRASCO X 120 DOSIS	0001	0000	114,069.00
7703763997749 ESOZ 40 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	179,167.00
7897337715164, 7501326048118 SINGULAIR 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	253,746.76
7702123008590, 7702502010992 AFRISAL SOLUCION SALINA FRASCO X 30 ML	0001	0000	32,460.15
7703546018661 DESLODEX 5 MG CAJA X 20 TABL	0001	0010	127,395.00

TOTAL EXENTO.....:	734,527.91
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	734,527.91

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria Elena Arias
30297398

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** 17.NOV.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30297398
AFILIACION: 30297398 01
NOMBRE: ARIAS BUITRAGOMARIA ELENA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 58 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.11.202	* LOSARTAN TABLETA x 50mg 1 CADA 12 HORAS # 60 * SERECOR (SALMETEROL MAS FLUTICASONA) 25/250 1 PUFF CADA 12 HORAS # 1 * 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

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

FIRMA MÉDICO

2 folios

Maria Elena Arias
30297398
3136048120

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: 2022/12/17 HORA: 15:27:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000439
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-27
FECHA FORMULA: 17/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7460536564651, 7707346470377 DUOVAL 5160 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	160,535.56
7841141004068 TOLMUS CAJA X 20 TABL	0001 0000	0000 0000	65,962.00
7702870072974 IMIK 3.75 CREMA X 5 GR	0001 0000	0000 0000	82,689.00

TOTAL EXENTO.....:	309,186.56
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	309,186.56

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 24343182

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** 7.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 88 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.12.2022	Valsartán más amlodipino160/5 mg, una cada día # 90
	Carvedilol tableta 12,5 mg, una cada 12 horas. # 180
	Pregabalina cápsula 75 mg, una cada 12 horas # 180
	Ácido acetilsalicílico cardioASA tableta por 100 mg, una cada día # 90
	Tolmus 1 tableta cada noche, segun la necesidad # 30
	Atorvastatina tableta 40 mg, una cada noche # 90
	Esomeprazol tableta por 40 mg, una cada día. # 90
	Trazodona tableta por 50 mg, una cada noche # 90
	Bisacodilo tableta por 5 mg, a necesidad # 45
	Dolex Avanzado tableta por 665 mg 1 cada 12 horas segun dolor # 180
	Voltarén (diclofenaco) tópico tubo Aplicar en sitio de dolor # 3
	Lidocaína (versatis) parche por 5%, aplicar cada 12 horas en cadera izquierda # 8
	Betametasona tubo 0,5 % 2 veces aldia en las lesiones # 5
	Clotrimazol tubo 1% 2 veces aldia en las lesiones # 5
	Imik crema, aplicar cada noche en las lesiones # 1

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

FIRMA MÉDICO

75064393

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: 2022/12/16 HORA: 14:34:45 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000434
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-6
FECHA FORMULA: 16/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706569021922 TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0000 0030	0000 0000	21,262.20

TOTAL EXENTO.....:	21,262.20
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	21,262.20

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Melva Cardona

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

30727847
3116113659

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_ FECHA 4.OCT.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30272847		
AFILIACION:	30272847	01	COD. PLAN: SENAH
NOMBRE:	CARDONA DE MARINMELVA		EDAD: 64 Años
			SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
4.10.2022	* METOPROLOL BETALOK ZOC TAB x 50MG 1 CADA DIA # 30 * SEGREGAM TABLETA x 20MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 * TRAZODONA TAB 50MG 1 CADA NOCHE # 30

FORMULA PARA 3 MESES

LEVOPRONT JARABE 5ml CADA 8 HORAS # 1
BEDOYECTA JERINGA PRELLENADA 1 AMPOLLA IM CADA 5 DIAS # 3

myrtha Cardona de M.
30272847 M/S.
3116113659

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

FIRMA MÉDICO

NOTA: No se entrega betaloc zocti 4q que en otra formula envian 60, se entregan en la misma fecha

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: 2022/12/19 HORA: 12:24:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A2650000000444
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-28
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7861073904335 ADORLAN FORTE CAJA X 20 TABL	0001 0000	0000 0000	79,651.00

TOTAL EXENTO.....:	79,651.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	79,651.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Melva Cardona
30272847
3116113654

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 14.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30272847	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30272847 01	**EDAD:**	64 Años
NOMBRE:	CARDONA DE MARINMELVA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Protección Específica

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
14.12.2022	FITOSTIMULINE GEL BUCAL APLICAR EN LESIONES 2 O 3 VECES AL DIA # 1 ND
	FITOSTIMULINE CREMA VAGINAL APLICAR EN LESIONES 2 VECES AL DIA POR 1 SEMANA # 1 ND
	BEXON DUO 1 OVULO VAGINAL CADA NOCHE POR 5 DIAS # 5
	ADORLAN FORTE 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10
	N ACETIL CISTEINA ACEMUK TABLETAS 600mg 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS # 20
	AZITROMICINA TABLETA x 500mg 1 CADA DIA POR 3 DIAS # 3

myrtha Cardona c.c.M.
30272847 MIS.
3116173659

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: 2022/12/26 HORA: 09:15:10 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000467
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870004852 ESTEINE CAJA X 6 OVULOS	0001 0000	0000 0000	112,984.00
7702057077433 HIPROLUB SOLUCION OFTAL FRASCO X 15 ML	0001 0000	0000 0000	51,105.00

TOTAL EXENTO.....:	164,089.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	164,089.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: carlos gonzalez 80174XS

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

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 7 DEC 22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 88 Años
SEXO: Indetermin

Finalidad: Diagnóstico

FECHA

PLAN DE TRATAMIENTO

Esteine ovulos vaginales 1 cada semana # 6
Hiprolub solucion oftalmica 0.3% aplicar 1 gota en cada ojo cada 12 horas # 1

POR 2 MESES

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

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: 2022/12/26 HORA: 09:05:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000466
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7612797318690, 7612797272183 SEEBRI 50 MCG CAJA X 30 CAP	0001	0000 0000	106,657.13

TOTAL EXENTO.....:	106,657.13
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	106,657.13

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1053825403

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 16.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 89 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.12.2022	MIRABEGRON TABLETA 50MG 1 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
	TELMISARTAN CARDIOCAP 80MG CADA DIA # 30
	CITRAGEL 1 CAPSULA CADA DIA # 30
	INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1 - MED - P.
	ALDACTONE 1 TABLETA x 25mg 1 CADA DIA # 30
	MONTELUKAST AIROMED TAB 10MG CADA DIA # 30
	METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG 1 TAB VO CADA DIA # 30
	DENOSUMAB DISPOSITIVO PRELLENADO 60mg 1 AMPOLLA SUBCUTANEA DOSIS UNICA # 1

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

FIRMA MÉDICO

Luz Stella Ortiz G.
C. 24.313.508

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: 2022/12/26 HORA: 09:16:45 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000468
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MANUELA BARRETO OCAMPO
CC. :1002609259
NRO FORMULA: 1002609259-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7730979098229 ARLUY DUO CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	124,697.00

TOTAL EXENTO.....:	124,697.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	124,697.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Luz Ocampo
30.398.877

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

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 1002609259
AFILIACION: 1002609259 01
NOMBRE: BARRETO OCAMPOMANUELA

Finalidad: Diagnóstico

FECHA PLAN DE TRATAMIENTO

7.12.2022 LACTULAX SOBRES 1 CADA NOCHE # 30

DUOPAS 1 CAPSULA CADA 12 HORAS SEGUN EL DOLOR # 10

ARLUY DUO 1 TABLETA CADA 8 HORAS, (ANTES DE ALMUERZO Y ANTES DE CENA) # 6

Sandra Y. Ocampo

30 321622

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

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: 2022/12/19 HORA: 12:26:18 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000445
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-29
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7501098607728 BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	34,260.00

TOTAL EXENTO.....:	34,260.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	34,260.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Melva Cardona
30272847
3116113659

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

FUNDACION PEQUENO CORAZON

CARDIOLOGIA
NIT: 810000423-0
CRA 30 No 93-25 CLINICA SAN MARCEL - Tel: 3183517179 - 3163049848
MANIZALES

PACIENTE: CC 30272847 - MELVA CARDONA DE MARIN
GENERO: FEMENINO **FECHA NACIMIENTO:** 22-05-1958

FORMULA MEDICA
2022-11-22

Fecha y Hora de Atención: 2022-11-22 - CAS:103044
Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CALDAS - CONFA
Diagnosticos: I340 - - -

METOPROLOL SUCCINATO 50 MG TABLETA
TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS. FORMULA PARA 3 MESES.

(180)

Melva Cardona de M.
30272847 M/S.
3116113659

Carlos Andree Libreros M.
Cardiólogo - Ecocardiografista
Reg. 76614-97
C.C. 94.376.782

CARLOS ANDRES LIBREROS
MONTOYA
CARDIOLOGIA
Nro Documento: 94376782
Nro. Registro:76614-97

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.920.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/12/27 HORA: 12:48:19 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000469
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA DEYANIRA PARRA CARDONA
CC. :25260616
NRO FORMULA: 25260616-18
FECHA FORMULA: 27/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702184030158 VITAMINA B-12 X 1 ML CAJA X 25 AMP	0000 0001	0000 0000	2,364.72

TOTAL EXENTO.....:	2,364.72
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	2,364.72

OBSERVACIONES:

Martha C.

FIRMA DE RECIBIDO:

3032608 8

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.OCT.22

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.10.202	CIANOCOBALAMINA AMPOLLA 1000 MCG # 6 APLICAR IM CADA MES PARA SEIS MESES.

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

FIRMA MÉDICO

Math C
30.326 085

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: 2022/12/19 HORA: 12:27:32 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000446
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-30
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7501098607728 BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	17,130.00

TOTAL EXENTO.....:	17,130.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	17,130.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Melva Cardona
30272847
3116113659

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

FUNDACION PEQUENO CORAZON

CARDIOLOGIA
NIT: 810000423-0
CRA 30 No 93-25 CLINICA SAN MARCEL - Tel: 3183517179 - 3163049848
MANIZALES

PACIENTE: CC 30272847 - MELVA CARDONA DE MARIN
GENERO: FEMENINO **FECHA NACIMIENTO:** 22-05-1958

FORMULA MEDICA
2022-11-22

Fecha y Hora de Atención: 2022-11-22 - CAS:103044
Entidad: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CALDAS - CONFA
Diagnosticos: I340 - - -

METOPROLOL SUCCINATO 50 MG TABLETA # (180)
TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS. FORMULA PARA 3 MESES.

Carlos Andres Libreros M.
Cardiólogo - Ecocardiografista
Reg. 76614-97
C.C. 94.376.782

CARLOS ANDRES LIBREROS
MONTOYA
CARDIOLOGIA
Nro Documento: 94376782
Nro. Registro:76614-97

- Melva Cardona de M.
- 30272847 M/S.
- 3116113659

NOTA: Medicamento pendiente desde noviembre.

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: 2022/12/19 HORA: 16:39:34 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000447
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 424758 NIETO ESPINOZA NANCY JANETH
USUARIO: CAMILA CARDONA JARAMILLO
CC. :1002633966
NRO FORMULA: 1002633966-10
FECHA FORMULA: 19/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7703331105118 MICROGYNON SUAVE CAJA X 21 GRAG	0001 0000	0000 0000	5,647.00

TOTAL EXENTO.....:	5,647.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	5,647.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: María Camila Cardona J
1002633966

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 19.DEC.22

BENEFICIARIO

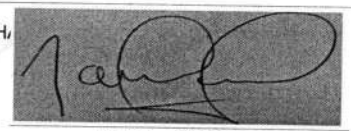
No. HISTORIA CLINICA: CC - 1002633966
AFILIACION: 1002633966 01
NOMBRE: CARDONA JARAMILLOMARIA CAMILA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 21 Años
SEXO: Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.12.202	1) LEVONORGESTREL MAS ETINIL ESTRADIOL 0.1/0.02 MG #3 CAJAS POR 21 TABLETAS. TOMAR UNA DIARIA POR 21 DIAS. SUSPENDER 7 DIAS Y REINICIAR UNA NUEVA CAJA. (FÓRMULA PARA 3 MESES).

AUTORIZADO POR: NANCY JEANNETTE SANCHEZ CH
C.C. : 65733255
R. M. : 65733255



FIRMA MÉDICO

Mara Camila Cardona Jaramillo
1002633966.

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2022/12/20 HORA: 13:39:48 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000449
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-7
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7707204490837 SEGREGAM 20 MG CAJA X 28 COMP	0001 0000	0000 0000	276,080.00

TOTAL EXENTO.....:	276,080.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	276,080.00

OBSERVACIONES:

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** 4.OCT.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30272847
AFILIACION: 30272847 01
NOMBRE: CARDONA DE MARINMELVA

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
4.10.2022	* METOPROLOL BETALOK ZOC TAB x 50MG 1 CADA DIA # 30 * SEGREGAM TABLETA x 20MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 * TRAZODONA TAB 50MG 1 CADA NOCHE # 30
	FORMULA PARA 3 MESES
	LEVOPRONT JARABE 5ml CADA 8 HORAS # 1 BEDOYECTA JERINGA PRELLENADA 1 AMPOLLA IM CADA 5 DIAS # 3

myeloa Cardona cc 01.
30272847 M/S.
3116113659

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

FIRMA MÉDICO

NOTA: No se entrega betaloc zoc ni 49 que en ota formula envian 60, se entregan en la misma fecha

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: 2022/12/20 HORA: 10:31:45 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000448
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DANIELA CANDAMIL ALZATE
CC. :1055750404
NRO FORMULA: 1055750404-3
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702870087152, 7702870072851 NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001 0000	0000 0000	150,291.80
7702626211770 GAVISCON DOBLE ACCION SUSPENSION LIQUIDA	0001 0008	0000 0000	56,215.00
7702870940549 BELIANEW CAJA X 28 TAB	0001 0000	0000 0000	46,053.00

TOTAL EXENTO.....:	252,559.80
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	252,559.80

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Daniela Candamil A
1055750404

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

CA[illegible] DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CO[illegible]FA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 20.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1055750404	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	1055750404 01	EDAD:	18 Años
NOMBRE:	CANDAMIL ALZATEDANIELA	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
20.12.202[illegible]	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

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

FIRMA MÉDICO

Daniela Candamil A
cc 1055750404

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: 2022/12/14 HORA: 18:36:47 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000431
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANAD
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-19
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7501298224343, 7501298212265 EUTIROX 25 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	41,170.52

TOTAL EXENTO.....:	41,170.52
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	41,170.52

OBSERVACIONES: Yolanda Hernandez G

FIRMA DE RECIBIDO:

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 11.OCT.22

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.10.202	- EUTIROX LEVOTIROXINA 25 MCG LUNES A VIERNES # 20 - EUTIROX LEVOTIROXINA 50 MCG FIN DE SEMANA # 10 — No - ESOMEPRAZOL NEDOX 20 MG POR NECESIDAD # 30 - CALTRATE D 600 mg 1 TAB DIARIA # 30 - COLMIBE 1 TAB x 20/10MG 1 CADA NOCHE # 30 — HEO — P - DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20 --- POR 3 MESES BENZIRIN VERDE TABLETAS MASTICABLES 1 CADA 6 HORAS # 20 LEVOPRONT JABARE 10ml CADA 8 HORAS # 1 BISACODILO TABLETA x 5mg 1 CADA NOCHE, SEGUN INDICACIONES # 30

3 No.

Yolanda Hernandez
30292843

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: 2022/12/15 HORA: 15:02:10 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000432
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 43217188 SERNA TORO MARIO JAVIER
USUARIO: LUZ ESTELA MORENO LUZ ESTELLA
CC. :24274944
NRO FORMULA: 24274944-18
FECHA FORMULA: 15/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
3582910023630 APIDRA SOLOSTAR 100 U.I. AMP FRASCO X 3	0001	0000 0000	22,273.00

TOTAL EXENTO.....:	22,273.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	22,273.00

OBSERVACIONES:

Victor M. Montilla
75.070.633
3206576796

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: ENE_ **FECHA** 15.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 81 Años
SEXO: Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
15.12.202	1. INSULINA GLULISINA LAPICERO # 1 APLICAR 3 UDS ANTES DE ALMUERZO.

Victor M Montilla
75.070.633
3706576716

AUTORIZADO POR: MARIO JAVIER SERNA TORO
C.C. : 89008996
R. M. : 631389

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: 2022/12/16 HORA: 14:33:13 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000433
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30372847
NRO FORMULA: 30272847-5
FECHA FORMULA: 16/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7730979098540 BEXON DUO CAJA X 5 CAP BLANDA VAGINAL	0001	0000	0000	0000	80,763.00
7703445030153 FLUIMUCIL 600 MG CAJA X 30 SOBRES	0000	0020	0000	0000	60,481.33
7706569001245 AZITROMICINA 500 MG CAJA X 3 TABL +++	0001	0000	0000	0000	11,369.00

TOTAL EXENTO.....:	152,613.33
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	152,613.33

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: melva cardona
30272847
3116113659

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 14.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30272847
AFILIACION: 30272847 01
NOMBRE: CARDONA DE MARINMELVA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 64 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Protección Específica

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
14.12.202	FITOSTIMULINE GEL BUCAL APLICAR EN LESIONES 2 O 3 VECES AL DIA # 1 NO FITOSTIMULINE CREMA VAGINAL APLICAR EN LESIONES 2 VECES AL DIA POR 1 SEMANA # 1 NO BEXON DUO 1 OVULO VAGINAL CADA NOCHE POR 5 DIAS # 5 ✓ ADORLAN FORTE 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10 ✓ N ACETIL CISTEINA ACEMUK TABLETAS 600mg 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS # 20 ✓ AZITROMICINA TABLETA x 500mg 1 CADA DIA POR 3 DIAS # 3 ✓

myrta Cardona c.c.M.
30972847 MIS.
3116173659

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: 2022/12/14 HORA: 14:10:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000429
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 21013523 NOGUERA CRUZ ALVARO
USUARIO: ANDRES MAURICIO FRANCO HERNAND
CC. :1193517117
NRO FORMULA: 1193517117-5
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057070694 TIMOLOL 0.5 SOLUCION OFTAL FRASCO X 5 ML	0001 0000	0000 0000	32,571.00

TOTAL EXENTO.....:	32,571.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	32,571.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1193517117.

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

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 Oftalmica -	OFTALMICA	6 frascos 0	6 meses	

ALVARO NOGUERA CRUZ

ESP: MD OFTALMOLOGO-GLAUCOMATOLOGO
RM: 25932-97

FIRMA

Instituto Oftalmológico de Caldas [Calle 54 Nro 23-140 Manizales, pbx: (6) 8860368 comercial@ioc.com.co]

no antecedente familiar de glaucoma
trae campo visual dentro de limites normales ambos ojos

Agudeza visual sin correccion
Ojo derecho: 20/50
Ojo izquierdo: 20/30
Motilidad: normal ambos ojos
Cover: ortho
Pupilas: *reactivas ambos ojos*
Biomicroscopia: *medios claros ambos ojos angulos abiertos*
Presión intraocular: 16 y 16
Fondo: retina aplicada ambos ojos maculas sanas papilas 0.6 0.6 elongadas vertical

Diag: MIOPIA Ojo: AMBOS
Diag: GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO Ojo: AMBOS

conducta
indicaciones
segur igual manejo
cita 6 meses por glaucoma con campo visual de ambos ojos

1193517117

ALVARO NOGUERA CRUZ

ESP: MD OFTALMOLOGO-GLAUCOMATOLOGO RM: 25932-97

IMPRESO EL :11/07/2022 10:34:15

FIRMA DEL MEDICO

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: 2022/12/14 HORA: 15:51:49 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000430
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-26
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7705959881221, 7705959013424					
CARVEDILOL 12.5 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	0000	0000	29,005.82
7703283404659, 7703283402242					
LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0002	0000	0000	0000	79,222.80
7706569283931					
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG CAJA X 100	0000	0030	0000	0000	8,160.00
7841141004068					
TOLMUS CAJA X 20 TABL	0001	0000	0000	0000	65,962.00
7702635683605					
ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000	37,271.00
7702605105601					
ESOMEPRAZOL 40 MG CAJA X 10 TABL +++	0003	0000	0000	0000	59,433.00
7706569021922					
TRAZODONA 50 MG CAJA X 50 TABL +++	0000	0030	0000	0000	21,262.20
7707288820247, 7707288820063					
BISACODILO 5 MG X CAJA X 100 TABL	0000	0020	0000	0000	6,010.00
7707397791032					
DOLEX AVANZADO FRASCO X 100 TABL	0001	0000	0000	0000	84,638.00
7501094916022					
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 60 GR	0002	0000	0000	0000	112,090.00
4032129015029					
VERSATIS 5 PARCHES CAJA X 5 UND	0002	0000	0000	0000	75,486.00
7706569020321					
BETAMETASONA CREMA 0.05 TUBO X 20 GR +++	0003	0000	0000	0000	24,285.00
7706569001269, 7706569001917					
CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA TUBO X 40 GR ++	0003	0000	0000	0000	28,650.00

TOTAL EXENTO.....:	631,475.82
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	631,475.82

OBSERVACIONES:

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 7.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 88 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.12.2022	Valsartán más amlodipino160/5 mg, una cada día # 90
	Carvedilol tableta 12,5 mg, una cada 12 horas. # 180
	Pregabalina cápsula 75 mg, una cada 12 horas # 180
	Ácido acetilsalicílico cardioASA tableta por 100 mg, una cada día # 90
	Tolmus 1 tableta cada noche, segun la necesidad # 30
	Atorvastatina tableta 40 mg, una cada noche # 90
	Esomeprazol tableta por 40 mg, una cada día. # 90
	Trazodona tableta por 50 mg, una cada noche # 90
	Bisacodilo tableta por 5 mg, a necesidad # 45
	Dolex Avanzado tableta por 665 mg 1 cada 12 horas segun dolor # 180
	Voltarén (diclofenaco) tópico tubo Aplicar en sitio de dolor # 3
	Lidocaína (versatis) parche por 5%, aplicar cada 12 horas en cadera izquierda # 8
	Betametasona tubo 0,5 % 2 veces aldia en las lesiones # 5
	Clotrimazol tubo 1% 2 veces aldia en las lesiones # 5
	Imik crema, aplicar cada noche en las lesiones # 1

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

FIRMA MÉDICO

75064393

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: 2022/12/14 HORA: 11:51:52 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000426
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-15
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057712532, 7702057708870 FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000 0030	0000 0000	5,026.70
7706569000804 ENALAPRIL 20 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	4,349.00
7501298224244, 7702418001985 EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	51,059.96
7707204490868 SEGREGAM 40 MG CAJA X 28 COMP	0002 0000	0000 0000	565,790.00
300090056247 MEDROL 4 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	50,124.00
7703283404659, 7703283402242 LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	39,611.40
7703258112961, 7701047111911 SINALGEN 5325 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	302,162.42
7702057323264 DULOXETINA 60 MG CAJA X 28 TABL -+++	0001 0000	0000 0000	69,380.00
7705959013479 ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 28 TABL +++	0001 0000	0000 0000	46,327.00
7702605102297 KETOPROFENO GEL TUBO X 60 GR +++	0001 0000	0000 0000	22,512.00

TOTAL EXENTO.....:	1,156,342.48
TOTAL GRAVADO.....:	
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	0.00
	1,156,342.48

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1028957

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

8824178

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 6.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24281240
AFILIACION: 24281240 01
NOMBRE: HERRERA DE ZAPATANELLY ✓

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 85 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.12.2022	- FUROSEMIDA TAB x 40 MG 1 CADA MAÑANA # 30 ✓ - ENALA PRIL TAB 20mg 1 CADA DIA # 30 ✓ - EUTHIROX TAB x 75 MCG 1 DIARIA EN AYUNAS # 30 ✓ - SEGREGAM TAB x 40 MG 1 CADA 12 HORAS # 60 ✓ - CALCITRIOL TAB x 0.5 MCG 1 CADA DIA # 30 — HED - MEDROL TAB 4MG CADA DIA # 30 ✓ - 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 ✓ - ESCITALOPRAM ESCILOM TAB 10mg 1 CADA DIA # 30 ✓ - KETOPROFENO GEL x 40gr APLICAR SEGUN EL DOLOR # 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 — HED NO HIPROLUB solucion oftalmica 1 gota en cada ojo cada 8 horas # 1

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

FIRMA MÉDICO

Wilfy Zapata
30289371
8824178

Nelson Zapata
4313.366
8824178

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: 2022/12/25 HORA: 13:12:00 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000462
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: AIDE MARIA FLOREZ LOAIZA
CC. :25763653
NRO FORMULA: 25763653-265
FECHA FORMULA: 25/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702635716945 EXFORGE HCT 5160 12.5 MG CAJA X 28 TABL	0001 0000	0000 0000	52,729.00

TOTAL EXENTO.....:	52,729.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	52,729.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

78 708 746
3134628535

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 15.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25763653		
AFILIACION:	25763653 01	COD. PLAN:	SENA1
NOMBRE:	FLOREZ LOAIZAAIDE MARIA	EDAD:	80 Años
		SEXO:	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
15.12.202	Valsartán/hidroclorotiazida/amlodipino 160/12.5/5 mg # 90 – MED
	Una cada día
	Fórmula para tres meses.

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

FIRMA MÉDICO

11.1.4
7890726
3134628555

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: 2022/12/26 HORA: 08:46:49 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000463
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DANIELA CANDAMIL ALZATE
CC. :1055750404
NRO FORMULA: 1055750404-29
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703546015301 AIROMED 10 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	204,657.00

TOTAL EXENTO.....:	204,657.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	204,657.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Jhon Fredy 1047535

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_

BENEFICIARIO

FECHA 20.DEC.22

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 18 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
20.12.202	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

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

FIRMA MÉDICO

Daniela Candamil A
CC 1055750404

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: 2022/12/14 HORA: 11:53:36 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000427
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-16
FECHA FORMULA: 14/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703454920841 STAMYL CAJA X 20 TABL	0003	0000	0000	0000	212,805.00
4032129057258 VERSATIS 5 PARCHES CAJA X 15 UNIDADES	0002	0000	0000	0000	226,458.00
7702057013851 PERTACTIN JARABE FRASCO X 180 ML.	0001	0000	0000	0000	53,380.00

TOTAL EXENTO.....:	492,643.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	492,643.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 30289571

8829178

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** 6.DEC.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24281240 **COD. PLAN:** SENA1
AFILIACION: 24281240 01 **EDAD:** 85 Años
NOMBRE: HERRERA DE ZAPATANELLY **SEXO:** Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.12.2022	- STAMYL 1 TABLETA CADA 12 HORAS # 60 - LIDOCAINA VERSATIS PARCHES 5% 1 CADA 12 HORAS # 30 --- POR 3 MESES
	- TRAZIDEX UNGUENTO OFTALMICO APLICAR SEGUN INDICACIONES # 1 - PERIACTIN JARABE x 180ml, DAR 10mL CADA 12 HORAS # 1

Nelly Zuluaga 3028957 - 8824178

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: 2022/12/26 HORA: 08:59:20 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000464
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DASSY MARIA SALAZAR DE SALAZAR
CC. :24293432
NRO FORMULA: 24293432-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703283405700, 7703283401658 LIPITOR 20 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	99,435.29

TOTAL EXENTO.....:	99,435.29
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	99,435.29

OBSERVACIONES: Dassy Sala Salazar 24293432

FIRMA DE RECIBIDO:

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

CAJA D COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONF

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

FECHA 13.DEC.22

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24293432
AFILIACION: 24293432 01
NOMBRE: SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 77 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.12.202	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
	LIPITOR ATORVASTATINA TAB 20mg CADA NOCHE # 30 MED UP
	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
	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
	MYBETRIC MIRABEGRON COM 50mg 1 TAB CADA DIA EN LA MAÑANA # 30
	DIOSMINA/ HESPERIDINA TABLETAS 450/50 CADA 12 HORAS # 60
	FORMULA POR 2 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Dary Salazar de Salazar
cc 24293432,

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: 2022/12/26 HORA: 09:03:11 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000465
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANAD
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292743-30
FECHA FORMULA: 26/12/2022

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7841141000053 COLMIBE 2010 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	0000	0000	258,933.00

TOTAL EXENTO.....:	258,933.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	258,933.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Yolanda Hernandez G

30292843

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 11.OCT.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30292843
AFILIACION: 30292843 01
NOMBRE: HERNANDEZ GRANADAYOLANDA

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

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.10.202	- EUTIROX LEVOTIROXINA 25 MCG LUNES A VIERNES # 20 × - EUTIROX LEVOTIROXINA 50 MCG FIN DE SEMANA # 10 × - ESOMEPRAZOL NEDOX 20 MG POR NECESIDAD # 30 - CALTRATE D 600 mg 1 TAB DIARIA # 30 - COLMIBE 1 TAB x 20/10MG 1 CADA NOCHE # 30 - DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20
	POR 3 MESES
	BENZIRIN VERDE TABLETAS MASTICABLES 1 CADA 6 HORAS # 20 LEVOPRONT JABARE 10ml CADA 8 HORAS # 1 BISACODILO TABLETA x 5mg 1 CADA NOCHE, SEGUN INDICACIONES # 30

No
No
MED
P
3 No.

Yolanda Hernandez
30292843

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: 2022/12/13 HORA: 17:57:07 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000425
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANADO
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-12
FECHA FORMULA: 13/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870087152, 7702870072851 NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000	150,291.80
7702132010102, 7702132007041 CALTRATE 600+D MG FRASCO X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	31,896.85
7707397790356 DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0001	0000	0000	0000	25,081.00

TOTAL EXENTO.....:	207,269.65
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	207,269.65

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Yolanda Hernandez G
30292843

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 11.OCT.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30292843
AFILIACION: 30292843 01
NOMBRE: HERNANDEZ GRANADAYOLANDA

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

Finalidad: Diagnóstico

FECHA — PLAN DE TRATAMIENTO

11.10.202: - EUTIROX LEVOTIROXINA 25 MCG LUNES A VIERNES # 20 ×
- EUTIROX LEVOTIROXINA 50 MCG FIN DE SEMANA # 10 ← No
- ESOMEPRAZOL NEDOX 20 MG POR NECESIDAD # 30
- CALTRATE D 600 mg 1 TAB DIARIA # 30
- COLMIBE 1 TAB x 20/10MG 1 CADA NOCHE # 30 - MED - P
- DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20

POR 3 MESES

BENZIRIN VERDE TABLETAS MASTICABLES 1 CADA 6 HORAS # 20
LEVOPRONT JABARE 10ml CADA 8 HORAS # 1
BISACODILO TABLETA x 5mg 1 CADA NOCHE, SEGUN INDICACIONES # 30

3 No.

Yolanda Hernandez
30292 20043

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: 2022/12/13 HORA: 17:18:49 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000423
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DASSY MARIA SALAZAR DE SALAZAR
CC. :24293432
NRO FORMULA: 24293432-20
FECHA FORMULA: 13/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706569485403 LOSARTAN HIDROCLOROTIAZIDA 5012.5 MG CAJ	0001 0000	0000 0000	42,671.00
7706569021618 LOSARTAN 50 MG CAJA X 30 TABL +++	0001 0000	0000 0000	15,721.00
7703432426297 NIFEDIPINO 30 MG CAJA X 30 CAP LIBERACIO	0001 0000	0000 0000	29,953.00
7702418000872 CONCOR 5 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	38,880.00
7897337714624, 7501326048859 JANUVIA 50 MG CAJA X 28 TABL	0001 0000	0000 0000	65,623.00
7702605109128 METFORMINA 500 MG CAJA X 30 TABL +++	0001 0000	0000 0000	34,765.00
7706569283931 ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG CAJA X 100	0000 0030	0000 0000	8,160.00
7703153031251 TRIMEBUTINA 200 MG + SIMETICONA 120 MG C	0002 0000	0000 0000	80,240.00
7706569021755 ESOMEPRAZOL 20 MG CAJA X 14 TABL +++	0001 0000	0000 0000	31,708.00
7703454123136 FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001 0000	0000 0000	80,341.00
7706569001849 ALENDRONATO 70 MG CAJA X 4 TABL +++	0001 0000	0000 0000	26,119.00
7709484810893, 7709484810879 MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	132,732.00
7705959013370 DIOSMINAHESPERIDINA 45050 MG CAJA X 30 T	0002 0000	0000 0000	126,702.00

TOTAL EXENTO.....:	713,615.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	713,615.00

OBSERVACIONES:

Dassy Ade Salazar

FIRMA DE RECIBIDO:

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

24293432

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_ **FECHA** 13.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24293432
AFILIACION: 24293432 01
NOMBRE: SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 77 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.12.202	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
	LIPITOR ATORVASTATINA TAB 20mg CADA NOCHE # 30 MED - P
	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
	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
	MYBETRIC MIRABEGRON COM 50mg 1 TAB CADA DIA EN LA MAÑANA # 30
	DIOSMINA/ HESPERIDINA TABLETAS 450/50 CADA 12 HORAS # 60
	FORMULA POR 2 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Dorys Salazar de Salazar
cc 24293432.

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: 2022/12/23 HORA: 14:05:19 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000460
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ROCIO ROMERO CASTRO
CC. :30286616
NRO FORMULA: 30286616-17
FECHA FORMULA: 23/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7730979097970			
VEDIPAL 1000 MG CAJA X 30 COMP	0001 0000	0000 0000	256,053.00
7707204490868			
SEGREGAM 40 MG CAJA X 28 COMP	0001 0000	0000 0000	282,895.00
7702870004852			
ESTEINE CAJA X 6 OVULOS	0001 0000	0000 0000	112,984.00

TOTAL EXENTO.....:	651,932.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	651,932.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Rocio Romero C.

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

30286616

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 19.OCT.22

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30286616
AFILIACION: 30286616 01
NOMBRE: ROMERO CASTROROCIO

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 60 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.10.202	VEDIPAL 1000 1 TABLETA CADA DIA # 30 - 93 SEGREGAM TAB 40MG CADA DIA EN AYUNAS # 30 ESTEINE OVULOS VAGINALES 1 CADA SEMANA # 4

FORMULA POR 3 MESES

GASTROFAST SACHETS x 10ml CADA 12 HORAS A NECESIDAD # 60
DURAFEX CAPSULA x 500mg 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10

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: 2022/12/23 HORA: 09:40:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000459
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: SANDRA MILENA NORENA
CC. :30401590
NRO FORMULA: 30401590-10
FECHA FORMULA: 23/12/2022

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7501298220185 NEUROBION DC CAJA X 3 AMP	0000 0001	0000 0000	40,881.00
7702057092757 IBUFLASH MIGRAN CAJA X 30 CAP	0000 0016	0000 0000	29,301.33

TOTAL EXENTO.....:	70,182.33
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	70,182.33

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Sandra Milena Norena
30140l-590

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 22.NOV.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30401590
AFILIACION: 30401590 01
NOMBRE: NOREÑA SANCHEZSANDRA MILENA

COD. PLAN: SENAH
EDAD: 43 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
22.11.202	NEUROBION DC 1 AMPOLLA IM CADA MES # 1 IBUFLASH MIGRAN 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, LUEGO SEGUN DOLOR # 15 --- FORMULA PARA 3 MESES ERICOX TABLETA x 90mg 1 CADA 12 HORAS POR 7 DIAS # 14 INFLACOR RETARD 1 JERINGA PRELLENADA IM DOSIS UNICA # 1 MITRUL 1 TABLETA CADA NOCHE MAXIMO 5pm POR 10 DIAS # 10

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

FIRMA MÉDICO

Sandra Milena Noreña Sanchez
30'401.590

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: 2022/12/23 HORA: 08:19:33 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000458
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DANIELA CANDAMIL ALZATE
CC. :1055750404
NRO FORMULA: 1055750404-4
FECHA FORMULA: 23/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7702057012434 RINAID 18 GR X 140 DOSIS	0001	0000	0000	0000	95,944.00

TOTAL EXENTO.....:	95,944.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	95,944.00

OBSERVACIONES:

Daniela Candamil A.

FIRMA DE RECIBIDO: CC 1055750404

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_

BENEFICIARIO

FECHA 20.DEC.22

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 18 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
20.12.202	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

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

FIRMA MÉDICO

Daniela Candamil A
cc 1055750404

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: 2022/12/22 HORA: 16:58:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000457
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: SANDRA MILENA NORENA
CC. :30401590
NRO FORMULA: 30401590-17
FECHA FORMULA: 22/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870071236, 7702870071326 ERTCOX 90 MG CAJA X 14 TABL	0001	0000	0000	0000	85,466.29
7708548830044 KETESSE 50 MG 2 ML CAJA X 3 AMP	0000	0001	0000	0000	23,207.33
7708548830518, 7707182880259 KETUM GEL 2.5 TUBO X 30 GR	0001	0000	0000	0000	34,994.81
7703889155313 FLUZETRIN F CAJA X 10 TABL	0001	0000	0000	0000	32,352.00

TOTAL EXENTO.....:	176,020.43
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	176,020.43

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO Sandra Milena Norena S.
30'401.590

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 21.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30401590
AFILIACION: 30401590 01
NOMBRE: NOREÑA SANCHEZSANDRA MILENA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 43 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.12.202	ERICOX TABLETA x 90mg 1 CADA 12 HORAS POR 7 DIAS # 14
	KETESSE AMPOLLA x 50/2ml APLICAR 1 AMPOLLA IM DOSIS UNICA # 1
	KETUM GEL 2.5% x 30gr APLICAR 3 VECES AL DIA HASTA TERMINAR TUBO # 1
	FLUZETRIN 1 CAPSULA CADA 8 HORAS CON ESTOMAGO LLENO # 10

2G2 va se pidio

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

FIRMA MÉDICO

Sandra Milena Noreña S.
30.401590 M/2.
tel 3115077823.

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: 2022/12/21 HORA: 15:00:53 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000453
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-16
FECHA FORMULA: 21/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7703546015301 AIROMED 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	204,657.00
8715131024369, 7707172689585 PROLIA 60 MG X 1 JERINGA PRELLENADA	0001	0000	0000	0000	609,657.52

TOTAL EXENTO.....:	814,314.52
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	814,314.52

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Luz Stella Ochoa
C. 24.313.508

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** 16.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 89 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.12.202	MIRABEGRON TABLETA 50MG 1 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
	TELMISARTAN CARDIOCAP 80MG CADA DIA # 30
	CITRAGEL 1 CAPSULA CADA DIA # 30
	INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1 - MED - P.
	ALDACTONE 1 TABLETA x 25mg 1 CADA DIA # 30
	MONTELUKAST AIROMED TAB 10MG CADA DIA # 30
	METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG 1 TAB VO CADA DIA # 30
	DENOSUMAB DISPOSITIVO PRELLENADO 60mg 1 AMPOLLA SUBCUTANEA DOSIS UNICA # 1

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

FIRMA MÉDICO

Luz Stella Ortiz G.
C. 24.313.508

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: 2022/12/22 HORA: 11:55:36 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000455
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: AURA ANDREA PATIÑO
CC. :30400742
NRO FORMULA: 30400742-25
FECHA FORMULA: 22/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706127000529 HISTIVERT 16 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	93,993.00
4029733000633 LEVOPRONT JARABE FRASCO X 120 ML.	0001 0000	0000 0000	64,950.00
7703445130181 FLUIMUCIL 4 JARABE FRASCO X 120 ML	0001 0000	0000 0000	25,763.00

TOTAL EXENTO.....:	184,706.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	184,706.00

OBSERVACIONES: Andrea Patiño
30400742

FIRMA DE RECIBIDO: 3103940252

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** 22.DEC.22
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30400742	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30400742 01	**EDAD:**	44 Años
NOMBRE:	PATIÑO GRISALESAURA ANDREA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
22.12.202	BETAHISTINA HISTIVERT TABLETA x 16mg, TOMAR 1 CADA NOCHE # 20 FLUIMUCIL JARABE 4% ADULTOS, TOMAR 5 ml CADA 8 HORAS # 1 LEVOPRONT JARABE x 120ml , TOMAR 10ml CADA 8 HORAS # 1

Andrea Patiño
30400742
3103940252

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: 2022/12/21 HORA: 08:33:39 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000452
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: DANIEL ESTEBAN VERGARA SANCHEZ
CC. :1055751655
NRO FORMULA: 1055751655-1
FECHA FORMULA: 21/12/2022

COD / NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702123005513, 7702123000051 APRONAX 550 MG CAJA X 60 TABL	0000	0010	0000	0000	28,405.76

TOTAL EXENTO.....:	28,405.76
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	28,405.76

OBSERVACIONES: Daniel Vergara
1055751655
FIRMA DE RECIBIDO: 300 4219179

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 21.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1055751655	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	1055751655 01	**EDAD:**	18 Años
NOMBRE:	VERGARA SANCHEZDANIEL ESTEBAN	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.12.202:	NAPROXENO APRONAX TABLETA x 550mg 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS # 10

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: 2022/12/20 HORA: 18:01:47 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000451
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: LUZ ESTELA MORENO LUZ ESTELLA
CC. :24274944
NRO FORMULA: 24274944-29
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7709990267945					
TRESIBA FLEXTOUCH 100 U.I X 1 PLUMA	0003	0000	0000	0000	138,849.00
4048846005151					
TRAYENTA 5 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	166,812.00
7706263001671					
APROVEL 300 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	38,612.00
7702057708870					
FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000	0030	0000	0000	4,232.20
7501098607728					
BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	17,130.00
7702057078799					
QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	0000	0000	31,020.00
7703153035563					
ALAP SOLUCION OFTAL FRASCO X 6 ML	0001	0000	0000	0000	114,950.00
7501298224244, 7702418001985					
EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000	51,059.96
7702635683605					
ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000	37,271.00
7703454920568					
BEDOYECTA TRI SOLUCION INYECTABLE CAJA X	0000	0001	0000	0000	36,950.67
7703546010306					
AEROVIAL CAJA X 30 CAP + INHALADOR	0001	0000	0000	0000	32,192.00

TOTAL EXENTO.....:	669,078.83
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	669,078.83

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 30273332

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 19.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 81 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapeutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.12.202	INSULINA DEGLUDEC 100UIML. LAPICERO x 3ml. APLICAR 26UI CADA DIA # 3 127. LINAGLIPTINA TAB 5MG CADA DIA # 30 IRBERSARTAN APROVEL TAB x 300 MG 1 CADA DIA # 30 93 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 # 1 238 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 93 budesonida mas formoterol capsula inhalatoria de 200/6 mcg 1 cad a dia # 1 127

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

FIRMA MÉDICO

Estella Moreno de M
C.C 24274944
3123303368

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: 2022/12/20 HORA: 13:57:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000450
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-15
FECHA FORMULA: 20/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7709484810893, 7709484810879					
MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	132,732.00
7703153030933					
EZOLIUM 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	192,479.00
7703432426297					
NIFEDIPINO 30 MG CAJA X 30 CAP LIBERACIO	0001	0000	0000	0000	29,953.00
7704039127617					
CARDIOCAP 80 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	28,933.00
7703153022570					
CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	65,140.00
7612797273838, 7702635721963					
ONBRIZE BREEZHALER 150 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	85,362.00
7703283403928					
ALDACTONE 25 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	54,904.00
7501098607728					
BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	17,130.00

TOTAL EXENTO.....:	606,633.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	606,633.00

OBSERVACIONES:

Luz Stella Ortiz G
C. 24.313.508

FIRMA DE RECIBIDO:

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 16.DEC.22

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 89 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.12.202	MIRABEGRON TABLETA 50MG 1 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
	TELMISARTAN CARDIOCAP 80MG CADA DIA # 30
	CITRAGEL 1 CAPSULA CADA DIA # 30
	INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1 - MED - P.
	ALDACTONE 1 TABLETA x 25mg 1 CADA DIA # 30
	MONTELUKAST AIROMED TAB 10MG CADA DIA # 30
	METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG 1 TAB VO CADA DIA # 30
	DENOSUMAB DISPOSITIVO PRELLENADO 60mg 1 AMPOLLA SUBCUTANEA DOSIS UNICA # 1

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

FIRMA MÉDICO

Luz Stella Ortiz G.
C. 24.313.508



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: 2022/12/16 HORA: 19:47:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000435
VENDEDOR: JULIANA TORO GONZALEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 73013586 FORERO MEDINA MARIA FERNANDA

USUARIO: GLORIA ESTELLA PEREZ VELEZ
CC. :43725661
NRO FORMULA: 43725661-1
FECHA FORMULA: 16/12/2022

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057070502			
AMOXICILINA 500 MG CAJA X 60 CAP	0000 0020	0000 0000	9,095.00
7702057072193			
DICLOFENACO 50 MG CAJA X 20 GRAG	0000 0010	0000 0000	2,250.00
7706569000415			
LORATADINA 10 MG CAJA X 20 TABL	0000 0010	0000 0000	2,683.00

TOTAL EXENTO.....:	14,028.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	14,028.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 1042793

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS COMFA

NIT: 890.806.490-5 TELÉFONO: 8783430

SAB: URG_URGENCIAS CL SAN MARCEL

DIRECCIÓN: Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia

URG 047E9364076

FECHA: 16.DEC.2022 HORA GENERADA: 15:17

Orden Médica

PACIENTE: PEREZ VELEZ GLORIA ESTELLA NRO. HISTORIA: CC - 43725661 AFILIACION: 43725661

CONVENIO: 899999034 SENA SERVICIO NACIONAL DE APESCALA:JE AOVIEMEDx: DOtras sinusitis agudas 01 PLAN: SENA1 SENA SERVICIO NACIONAL NOV2022

T. ATENCION: Urgencias

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
19914375-4 --> AMOXICILINA CAPSULA 500 MG Tomar 1 tab v.o cada 8 horas por 7 dias			21
00207750-6 --> DICLOFENACO SODICO TABLETA 50 MG Tomar 1 tab v.o cada 12 hora spor 5 dias			10
00214251-6 --> LORATADINA TABLETA 10 MG Tomar 1 tab v.o cada 1 2hora spor 5 dias			10

10.242.793

Confa Salud, Contigo, con todo.

AUTORIZADO POR: MAGGI TATIANA GUACANEME FORERO

C.C: 1018125651

R.M.: 1018125651