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: 2023/02/04 HORA: 15:17:05 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A2580000000021
VENDEDOR: JUAN CARLOS FORERO DURAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: SERGIO PIEDRAHITA PEREZ
CC. :1056132143
NRO FORMULA: C1056132143-9
FECHA FORMULA: 04/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703038067269			
ACETAMINOFEN JARABE FRASCO X 120 ML	0002	0000 0000	15,600.00
7501033957376			
PEDIALYTE MAX 60 UVA FRASCO X 500 ML	0003	0000 0000	19,464.00
7501033961557			
PEDIALYTE MAX 60 FRESA FRASCO X 500 ML	0003	0000 0000	20,400.00
7591044009225			
NOVALGINA GOTAS FRASCO X 10 ML	0001	0000 0000	21,541.00

TOTAL EXENTO.....:	77,005.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	77,005.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Helver Jose Sahida 9936714

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: URGENCIAS HOSPITALIZAC **FECHA** 4.FEB.23
CODIGO: URG_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	TI - 1056132143	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	1056132143 01	**EDAD:**	8 Años
NOMBRE:	PIEDRAHITA PEREZSERGIO	**SEXO:**	Masculino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
4.02.2023	ACETAMINOFEN 3%. JARABE. DAR 13 CC VO CADA 4 HORAS POR 3 DIAS. NOVALGINA 500 MG/ML. DAR 15 GOTAS VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS. PEDIALYTE 60 MAX, DAR 2 FRASCOS AL DIA POR 3 DIAS. VALORACION EN 3 DIAS CON PEDIATRIA.

Hector Piedrahita 9976C/16

AUTORIZADO POR: HECTOR YOHANY OCHOA MUÑOZ
C.C. : 1053806106
R. M. : 1053806106

3117706074

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: 2023/02/21 HORA: 17:28:26 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A258000000022
VENDEDOR: JUAN CARLOS FORERO DURAN
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: SERGIO PIEDRAHITA PEREZ
CC. :1056132143
NRO FORMULA: 1056132143-45
FECHA FORMULA: 21/02/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703186555823			
DAYAMINERAL JARABE FRASCO X 240 ML +++	0002	0000 0000	78,940.00%

TOTAL EXENTO.....:	0.00
TOTAL GRAVADO.....:	78,940.00
*IVA.....:	14,998.60
TOTAL DESPACHO.....:	93,938.60

OBSERVACIONES:

Leidy J. Perez
CC. 1054.988.153
311 622 4648

FIRMA DE RECIBIDO:



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. 606 878 3430 Opción 1 Manizales - Colombia

MANIZALES

AÑO	MES	DÍA
23	02	21

ASEGURADOR				EMPRESA	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRE				Sena	1056132143
E.P.S	ARP	SOAT	OTRA		

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	Tipo de Usuario: Contributivo (C) Subsidiado (S) Particular (P) Otros (O)				HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
			C	S	P	O		
Piedrahita	Perez	Sergio						

NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CONCENTRACIÓN O DOSIS	FORMA FARMACÉUTICA	CANTIDAD N°	FORMULADA LETRAS	CANTIDAD ENTREGADA N°
1. Dayamineral E jarabe frasco # 2				
2. 1 cucharada al almuerzo				
3.				

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Monica Gm

N° DE REGISTRO PROFESIONAL 16116

RECIBÍ CONFORME

Leidy J. Pérez
CC. 1054.908153
3116224648

IDENTIFICACIÓN
TELÉFONO

EDITORIAL ZAPATA - MANIZALES

VIGILADO SuperSubsidio | VIGILADO Supersalud

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: 2023/02/01 HORA: 15:34:33 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000542
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MELVA CARDONA DE MARIN
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-36
FECHA FORMULA: 01/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7706569022301 FEXOFENADINA 120 MG CAJA X 10 TABL	0003	0000	0000	0000	124,764.00
7702057012434 RINATD 18 GR X 140 DOSIS	0001	0000	0000	0000	95,944.00
4032129015029 VERSATIS 5 PARCHES CAJA X 5 UND	0006	0000	0000	0000	226,458.00

TOTAL EXENTO.....:	447,166.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	447,166.00

OBSERVACIONES: melva Cardona de M.
30272847 MIS

FIRMA DE RECIBIDO: 3116113659

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
COMFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 1.FEB.23

BENEFICIARIO

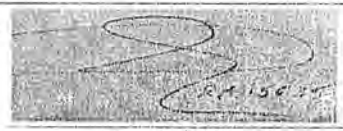
No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30272847		COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	30272847	01	EDAD:	64 Años
NOMBRE:	CARDONA DE MARINMELVA		SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
1.02.2023	1. FEXOFENADINA 120 MG. TABLETAS #60 TOMAR 1 TABLETA AL DIA POR 2 MESES
	2. MOMETASONA 50MCG/DOSIS SPRAY NASAL #3 APLICAR 2 PUFF POR CADA FOSA NASAL , 2 VECES AL DIA POR 3 MESES

myrtha Cardona de M.
30272847 MIS
3116113659

AUTORIZADO POR: DIEGO FERNANDO OSORIO DIAZ
C.C 10197802
R. M. : 10187802



FIRMA MÉDICO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 1.FEB.23
CODIGO: ENE_

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
1.02.2023	1) PARCHES DE LIDOCAINA AL 5 %:30. 1 PARCHE CADA NOCHE

Mabra Cardona de M.
30272847 M/S
3116113659

AUTORIZADO POR: JUAN CARLOS AGUDELO FERNÁN
C.C. : 75072273
R. M. : 15296

FIRMA MÉDICO

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

FECHA: 2023/02/02 HORA: 17:03:12 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000544
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ANDRES MAURICIO FRANCO HERNAND
CC. :1193517117
NRO FORMULA: 1193517117-25
FECHA FORMULA: 02/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7707210530206 SUERO FISIOLOGICO RHTFISOI FRASCO X 30 M	0001 0000	0000 0000	2,729.00

TOTAL EXENTO.....:	2,729.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	2,729.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Yolanda Hernandez

3029280430

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

* E N E 0 4 7 E 9 5 9 9 2 6 9 *

NIT: 890.806.490-5 **TELÉFONO:** 8783430 **DIRECCIÓN:** Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia **FECHA:** 2.FEB.2023 **HORA GENERADA:** 10:40

SAB: ENE__SEDE SAN MARCEL

Orden Médica

PACIENTE: FRANCO HERNANDEZ ANDRES MAURICIO **NRO. HISTORIA:** CC - 1193517117 **AFILIACION:** 1193517117 01 **PLAN:** SENA1 SENA SERVICIO NACIONAL NOV2022

CONVENIO: 899999034 SENA SERVICIO NACIONAL DE AP **ESCALAJE** AOVIEMED**x:** Otros estados postquirurgicos especificados **T. ATENCION:** Atención Ambulatoria

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
19972525-1	--> CLORURO DE SODIOSOLUCION NASAL 0.9 %/30 ML APLICAR EN CADA FOSA NASAL CADA 8 HORAS		1

Cancelar su cita de Fomento de la Salud, Medicina General y Especializada con 1 hora de anticipación, otros tipos de cita con 4 horas, al telefono 8783430 opción 1.Articulo 10 resolucion 5261/1994

AUTORIZADO POR: CARLOS MARIO ARBELÁEZ CUERVO
CC: 75081404
R.M.: 993

Arbeláez C
FIRMA Y REGISTRO MEDICO

Yolanda Hernandez Ocampo
30291843.

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: 2023/02/03 HORA: 08:57:37 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000545
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ODEILDE CASTRO MARTINEZ
CC. :24322966
NRO FORMULA: 24322966-25
FECHA FORMULA: 03/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706569000804					
ENALAPRIL 20 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	4,349.00
7705959884192					
PREGABALINA 150 MG CAJA X 30 CAP +++	0001	0000	0000	0000	36,299.00
7707189520819					
TPRAN 20 MG CAJA X 20 TABL	0001	0000	0000	0000	401,587.00

TOTAL EXENTO.....:	442,235.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	442,235.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Odeilde Castro 24322966

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 - 24322966	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	24322966 01	EDAD:	69 Años
NOMBRE:	CASTRO MARTINEZODEILDE	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.12.2022	- ENALAPRIL TAB x 20 MG 1 CADA DIA # 30 - PREGABALINA LYRICA TAB x 150 MG 1 CADA NOCHE # 30 - ESCITALOPRAM IPRAN TAB x 20MG 1 CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

Odeilde Castro M 24322966

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: 2023/02/03 HORA: 11:26:24 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A2650000005461
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA
CC. :30239880
NRO FORMULA: 30239880-26
FECHA FORMULA: 03/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT FALT
7702057709006			
ESOMEPRAZOL 40 MG CAJA X 30 TAB			
	0001 0000	0000 0000	73,367.00
7702057803278			
GASTROFAST ADVANCE CAJA X 10 SOBRES			
	0006 0000	0000 0000	148,830.00
7702132008604			
ADVIL ULTRA CAJA X 100 CAP			
	0000 0032	0000 0000	46,985.92

TOTAL EXENTO.....:	269,182.92
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	269,182.92

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

30239880
3175097 25

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
COMFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 2.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30239880	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30239880 01	**EDAD:**	38 Años
NOMBRE:	ARANGO GARCIAOLGA ALEJANDRA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
2.02.2023	EZOLIUM TABLETA 40mg 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 GASTRO FAST 10ml CADA 12 HORAS # 30 ADVIL ULTRA 1 CAPSULA CADA 8 HORAS, SEGUN EL DOLOR # 30

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

30239880

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: 2023/02/03 HORA: 11:49:42 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000548
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA
CC. :30239880
NRO FORMULA: 30239880-28
FECHA FORMULA: 03/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
6091403200559, 5010706005327 IMURAN (AZATIOPRINA) 50 MG	0000 0025	0000 0000	CAJA X 100 T 64,758.23

TOTAL EXENTO.....:	64,758.23
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	64,758.23

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Alejandra

30239880

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

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: 31/01/2023 02:38 p. m. **Nº Historia Clinica:** 30239880 **Nº Folio:** 16

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA **Identificacion :** 30239880 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 38 Años \ 9 Meses \ 30 Días **Ingreso:** 1443871 **Fecha Ingreso:** 31/01/2023 1:50:35 p. m.
Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3117509725

MEDICAMENTOS POS

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
L04AA03411	AZATIOPRINA 50 mg TABLETA	OCHENTA Y OCHO	88

Concentracion: 50 mg **Unidad:** TABLETAS **Via Administracion:** Oral **Días tratamiento:** 60
Posologia: Azatioprina Lunes.Miercoles-viernes Una tableta + media tableta y el resto dias una tableta dia

Alejandra
30.239.880

Medico: **Firma:**
CERON Y CERON JAIRO ALBERTO
Especialidad: REUMATOLOGIA
Registro: 3046

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: 2023/02/03 HORA: 11:53:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000549
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: JACOBO OSORIO ARANGO
TI. :1054400090
NRO FORMULA: 1054400090-35
FECHA FORMULA: 03/02/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057709525 CARMELUB TEARS SOLUCION OFTAL FRASCO X 1	0001	0000 0000	56,961.00

TOTAL EXENTO.....:	56,961.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	56,961.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

3023918803175709725

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 2.DEC.22

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 11 Años
SEXO: Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
2.12.2022	ESOMEPRAZOL EZOLIUM CAPSULA x 20mg 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 (UNICA ENTREGA)
	GASTROFAST SACHETS x 10ml CADA DIA SEGUN NECESIDAD # 30 (UNICA ENTREGA)
	CARMELUB TEARS SOLUCION OFTALMICA x 15ml APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS # 1 (POR 3 MESES)
	BLEFADEX ESPUMA, PARA ASEO DE PARPADOS Y PESTAÑAS CADA MAÑANA CON AGUA TIBIA # 1 (POR 3 MESES)
	AZITROMICINA 1.0% + DEXAMETASONA 0.1% UNGUENTO x 8gr, APLICAR CADA NOCHE POR 1 MES # 1 (UNICA ENTREGA)

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: 2023/02/03 HORA: 12:16:30 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000550
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ELIZABETH OROZCO OSORIO
CC. :24325201
NRO FORMULA: 24325201-36
FECHA FORMULA: 03/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702057076849 ACETAMINOFEN + TRAMADOL 32537.5 MG X 10	0009	0000	0000	0000	401,616.00

TOTAL EXENTO.....:	401,616.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	401,616.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria Valencia

75.073530

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

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: 23/01/2023 09:07 a. m. **Nº Historia Clinica:** 24325201 **Nº Folio:** 216

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ELIZABETH OROZCO DE VALENCIA **Identificacion :** 24325201 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 64 Años \ 7 Meses \ 14 Días **Ingreso:** 1440026 **Fecha Ingreso:** 23/01/2023 8:37:23 a. m.
Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3108493744

MEDICAMENTOS POS

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
N02BE05113	ACETAMINOFEN 325 mg+ TRAMADOL CLORHIDRATO 37.5 mg TABLETA	NOVENTA	90

Concentracion: 325 mg + 37.5 mg **Unidad:** TABLETAS **Via Administracion:** Oral **Días tratamiento:** 30
Posología: tomar cada 8 horas para dolor

CC 1022434S
CL 3108493744

Medico: VASCO ALZATE JUAN CARLOS
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Registro: 15071

Firma: JCVASCO

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: 2023/02/04 HORA: 10:10:47 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A2650000005521
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: IRMA VALLEJO DE CASTAO
CC. :24279750
NRO FORMULA: 24279750-35
FECHA FORMULA: 04/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706569000804					
ENALAPRIL 20 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	0000	0000	8,698.00
7707172688939					
DOLEX AVANZADO CAJA X 10 TABL	0003	0000	0000	0000	34,323.00
7501094916022					
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 60 GR	0001	0000	0000	0000	56,045.00
7501094916015					
VOLTAREN 1 EMULGEL TUBO X 30 GR	0001	0000	0000	0000	32,027.00
7702123828631					
CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	55,580.00
7702057071813					
BIOCALCIUM D 500 MG CAJA X 30 SOBRES	0001	0000	0000	0000	46,811.00

TOTAL EXENTO.....:	233,484.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	233,484.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

30 282 020

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 - 24279750	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24279750 01	**EDAD:**	81 Años
NOMBRE:	VALLEJO DE CASTAÑOIRMA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.12.2022	ENALAPRIL TAB 20MG CADA 12 HORAS # 60 ACETAMINOFEN DOLEX AVANZADO TABLETA CADA 12 HORAS, SEGUN EL DOLOR # 30 VOLTAREN DICLOFENACO GEL x100gr, APLICAR SEGUN DOLOR # 1 CARDIOASPIRINA TAB x 100 MG 1 TAB INTERDIARIA # 30 CALCIO VITAMINA D BIOCALCIUM D SOBRE UN DIA # 30 ESCITALOPRAM ESCILOM TAB x 10mg 1 CADA DIA # 30 NO --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Amparo Castaño
30.282.020

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: 2023/02/06 HORA: 20:11:25 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000553
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: JACOBO OSORIO ARANGO
TI. :1054400090
NRO FORMULA: 1054400090-25
FECHA FORMULA: 06/02/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057012489 ALERFAST SUSPENSION FRASCO X 150 ML	0001 0000	0001 0000	147,582.00

TOTAL EXENTO.....:	147,582.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	147,582.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Alejandra

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

B23988

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 6.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	TI - 1054400090	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	1054400090 01	**EDAD:**	11 Años
NOMBRE:	OSORIO ARANGOJACOBO	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.02.2023	FEXOFENADINA ALERFAST JARABE x 150ml , DAR 5ml CADA NOCHE # 2

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: 2023/02/06 HORA: 20:13:48 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000554
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA
CC. :30239880
NRO FORMULA: 30239880-35
FECHA FORMULA: 06/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702605105595 DEXAMETASONA 8 MG CAJA X 10 AMP	0000 0002	0000 0000	6,366.60

TOTAL EXENTO.....:	6,366.60
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	6,366.60

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

30239880

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.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30239880	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30239880 01	**EDAD:**	38 Años
NOMBRE:	ARANGO GARCIAOLGA ALEJANDRA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
4.02.2023	DEXAMETASONA AMPOLLA 8mg INTRAMUSCULAR CADA DIA POR 2 # 2

30239880

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: 2023/02/06 HORA: 20:16:08 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000555
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 440042 BOTERO MUNOZ CLAUDIA PILAR
USUARIO: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA
CC. :30239880
NRO FORMULA: 30239880-34
FECHA FORMULA: 06/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702184011225 PIRIDOXINA 50 MG CAJA X 100 TABL	0000 0030	0000 0000	9,579.90

TOTAL EXENTO.....:	9,579.90
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	9,579.90

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Alejo Arango
30239880

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

FORMULA MEDICA

Hospital Universitario de Caldas

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: 07/10/2022 02:30 p. m. **Nº Historia Clinica:** 30239880 **Nº Folio:** 13

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA **Identificacion :** 30239880 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 38 Años \ 6 Meses \ 6 Dias **Ingreso:** 1402359 **Fecha Ingreso:** 7/10/2022 12:55:14 p. m
Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3117509725

MEDICAMENTOS POS

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
A11HA002141	PIRIDOXINA HCL 50 mg TABLETA	CIENTO OCHENTA	180

Concentracion: 50 mg **Unidad:** CAPSULA **Via Administracion:** Oral **Dias tratamiento:** 180
Posología: TOMAR UNA CÁPSULA DIARIA DURANTE EL TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS.

Alejandra
30239880

Medico: **Firma:**
BOTERO MUÑOZ CLAUDIA PILAR
Especialidad: INFECTOLOGIA
Registro: 15283

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: 2023/02/07 HORA: 11:54:48 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000556
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 369840 GIRALDO MEJIA MONICA
USUARIO: SERGIO PIEDRAHITA
CC. :1056132143
NRO FORMULA: 1056132143-3
FECHA FORMULA: 07/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7795345000275, 7703281001171					
AMOXIDAL DUO SUSPENSION FRASCO X 120 ML					
	0001	0000	0000	0000	52,490.1/
7707274721206					
SACRUSYT (SALBUTAMOL) INHALADOR X 200 DO					
	0001	0000	0000	0000	15,225.00
7702057061265					
OXIMETAZOLINA 0.05 NASAL FRASCO X 15 ML					
	0001	0000	0000	0000	9,494.00
012266					
PULMICORT 0.5 MG2 ML SOBRE X 5 RESPULES					
	0001	0000	0000	0000	116,304.10
7703445030047					
FLUIMUCIL 200 MG CAJA X 30 SOBRES					
	0000	0010	0000	0000	17,255.33
7707355052519, 7703863168483					
MIXEL SUSPENSION FRASCO X 30 ML					
	0002	0000	0000	0000	80,945.50

TOTAL EXENTO.....:	291,714.10
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	291,714.10

OBSERVACIONES:

Leidy J. Perez
CC. 1054-988-152
3116224648

FIRMA DE RECIBIDO:

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. 606 878 3430 Opción 1 Manizales - Colombia

MANIZALES

AÑO	MES	DÍA
23	02	07

ASEGURADOR / NOMBRE				EMPRESA	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
E.P.S	ARP	SOAT	OTRA	Senc ✓	1056 132143

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	Tipo de Usuario: Contributivo (C) Subsidiado (S) Particular (P) Otros (O)				HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
			C	S	P	O		
Pedraza	Perez	Sergio						

NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CONCENTRACIÓN O DOSIS	FORMA FARMACÉUTICA	CANTIDAD Nº	FORMULADA LETRAS	FORMULADA Nº	CANTIDAD ENTREGADA Nº
1. - Pulmicort ampollas para Nebulizaorm 1/2 c/12 horas			=	3	
2. - Fluimucil polvo x 200gr 5 sobres			c/12 horas =	10.	
3. - Mixel jbe 60ML 8cc/12 horas			3 días		

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Monica gm

Nº DE REGISTRO PROFESIONAL 1616

RECIBÍ CONFORME
— Leidy J. Perez
— CC. 1054.488.157
— 3116224648

IDENTIFICACIÓN
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. 606 878 3430 Opción 1 Manizales - Colombia

MANIZALES

AÑO	MES	DÍA
2023	02	07

ASEGURADOR _____

NOMBRE			
E.P.S	ARP	SOAT	OTRA

EMPRESA: SENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1056132143

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	Tipo de Usuario: Contributivo (C) Subsidiado (S) Particular (P) Otros (O)				HISTORIA CLÍNICA	CÓDIGO DIAGNÓSTICO
			C	S	P	O		
Piedrahita	Perez	Sergio						

NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CONCENTRACIÓN O DOSIS	FORMA FARMACÉUTICA	CANTIDAD N°	FORMULADA LETRAS	CANTIDAD ENTREGADA N°
1. Amoxidal DUO x 750mg dar 7.5cc c/12horas x 7dias		x120ML		#1.
2. Salbutamol inhalador 100mgr 3puff c/3horas HOY CONTINUAR 3PUFF c/4horas				#1
3. Oximetazolina gotas 0.05%. para NebulizaCM.		1 Sema fco #1.		

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Monica S

N° DE REGISTRO PROFESIONAL

RECIBÍ CONFORME

Leidy J. Pérez

CC. 1054.908.157

3116224648

IDENTIFICACIÓN
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: 2023/02/07 HORA: 14:37:41 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000557
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: 24293432-21
FECHA FORMULA: 07/02/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7709484810879 MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	132,732.00

TOTAL EXENTO.....:	132,732.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	132,732.00

OBSERVACIONES: Gilberto Salazar N
CC 1707 3770
3187826377

FIRMA DE RECIBIDO:

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

Powered by CamScanner

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	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	24293432 01	EDAD:	77 Años
NOMBRE:	SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
13.12.2022	LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TAB 50/12.5 MG. UNA TABLETA CADA MAÑANA # 30
	LOSARTAN 50 MG 1 CADA NOCHE # 30
	NIFEDIPINO TABLETA x 30MG 1 CADA DIA # 30
	BISOPROLOL TAB x 5MG 1 CADA 12 HORAS # 60
	LIPITOR ATORVASTATINA TAB 20mg CADA NOCHE # 30
	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

Gilberto Salazar DR.
CC 17.073.937
3152336077

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: 2023/02/07 HORA: 15:47:46 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000558
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA AMELIA NARANJO
CC. :24271061
NRO FORMULA: 24271061-36
FECHA FORMULA: 07/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7707397791421			
DOLEX FORTE CAJA X 96 TABL	0000 0090	0000 0000	119,017.50
7702605102358			
PIROXICAM GEL TUBO X 40 GR	0001 0000	0000 0000	9,976.00

TOTAL EXENTO.....:	128,993.50
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	128,993.50

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Beatriz Garcia 30305650

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

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: 06/02/2023 11:39 a. m. **Nº Historia Clinica:** 24271061 **Nº Folio:** 311

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA **Identificacion :** 24271061 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 87 Años \ 1 Meses \ 30 Días **Ingreso:** 1446072 **Fecha Ingreso:** 6/02/2023 9:59:51 a. m.
Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3155435844

MEDICAMENTOS NO POS

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
M02AA007301	PIROXICAM GEL TÓPICO AL 0.5% tubo 60 g	UN	1

Concentracion: 0.5% **Unidad:** TUBO **Via Administracion:** Topico **Dias tratamiento:** 30

Posologia: CALOR LOCAL 3 VECES AL DIA
POR 8 MINUTOS
LUEGO REALZIAR MASAJE EN LA PIERNA IZQUIERDA

ES DEL SENA

Beatriz Garcia
cc 30305650
cel. 3155435844

Medico: CASTRO OSORIO EDGAR EDUARDO
Especialidad: GERIATRIA
Registro: 223

Firma: Edgar Castro

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: 06/02/2023 11:39 a. m. **Nº Historia Clinica:** 24271061 **Nº Folio:** 311

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA **Identificacion :** 24271061 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 87 Años \ 1 Meses \ 30 Días **Ingreso:** 1446072 **Fecha Ingreso:** 6/02/2023 9:59:51 a. m.
Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3155435844

MEDICAMENTOS POS

Codigo	Medicamento			Cantidad en letras	Cantidad
M05BX04704	DENOSUMAB 60 mg/1 mL JERINGA PRELLENADA			UN	1
Concentracion:	60mg **Unidad:** UNIDAD	**Via Administracion:**	Subcutaneo	**Dias tratamiento:**	180
Posología:	Aplicar 1 ampolla subcutanea cada 6 meses 4 dosis para aplicar: 02.2023 Cr 1.0 - 1.2 mg/dl Calcio 9.2 Dx. Osteoporosis grave por T score sin fracturas.				

Codigo	Medicamento			Cantidad en letras	Cantidad
N02BE05112	ACETAMINOFEN 500mg + CAFEINA 65mg TABLETA (DOLEX FORTE)			NOVENTA	90
Concentracion:	500+65 mg **Unidad:** TABLETAS	**Via Administracion:**	Oral	**Dias tratamiento:**	30
Posología:	1 tableta cada 8 horas por dolor de rodillas y cefalea.				

Beatriz Garcia
cc 30305650
cel. 3155435844

Medico: CASTRO OSORIO EDGAR EDUARDO
Especialidad: GERIATRIA
Registro: 223
Firma: Edgar Castro

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: 2023/02/08 HORA: 11:06:13 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000559
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA RUTH GARCIA QUICENO
CC. :24313014
NRO FORMULA: 24313014-35
FECHA FORMULA: 08/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7703889155313 FLUZETRIN F CAJA X 10 TABL	0001	0000	0000	0000	32,352.00
7730979091206 VEDIPAI 45050 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	155,071.00
7707397790356 DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0001	0010	0000	0000	37,621.50
7703454123136 FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001	0000	0000	0000	80,341.00
7702870924273 SYNTHROID 50 MCG CAJA X 90 TABL	0001	0000	0000	0000	93,401.00

TOTAL EXENTO.....:	398,786.50
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	398,786.50

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

C 24313014

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.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24313014	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24313014 01	**EDAD:**	74 Años
NOMBRE:	GARCIA QUICENOMARIA RUTH	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
9.12.2022	SYNTHROID (LEVOTIROXINA) 50MCG CADA DIA CADA MAÑANA # 30 FARMA D (VIT D) 2000UI 1 CADA DIA. # 30 VEDIPAL (DIOSMINA/HESPERIDINA) 1 CADA 12 HORAS # 60 --- FORMULA PARA 3 MESES FLUZETRIN 1 CAPSULA CADA 12 HORAS # 10 DOLEX ACTIVE GEL 1 CADA 6 HORAS # 30

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

FIRMA MÉDICO

C. 10.220.524
Carrera 22 A Nº 75-66 Ap 301
Los Cerezos Manizales

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: 2023/02/08 HORA: 17:30:46 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000560
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANADA
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-35
FECHA FORMULA: 08/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7501298224343, 7501298212265			
EUTIROX 25 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	41,170.52
7702132010102, 7702132007041			
CALTRATE 600 D MG FRASCO X 30 TABL	0001	0000	31,896.85
7707397790356			
DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0001	0000	25,081.00

TOTAL EXENTO.....:	98,148.37
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	98,148.37

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: **FECHA** 7.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30292843	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30292843 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	HERNANDEZ GRANADAYOLANDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	- 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 - DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20 ---------- POR 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Yolanda Hernandez
30292843.
tel: 3117312716.

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: 2023/02/08 HORA: 17:32:23 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000561
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: 30292843-36
FECHA FORMULA: 08/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702605105762			
MELOXICAM /.5 MG CAJA X 10 TABL +++	0001 0000	0000 0000	8,835.00
7702057013059			
PEG 3350 CAJA X 12 SOBRES	0001 0000	0000 0000	80,665.00

TOTAL EXENTO.....:	89,500.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	89,500.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Yolanda Hernández G. 30292843 C.C.

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** 7.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30292843	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30292843 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	HERNANDEZ GRANADAYOLANDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	ETOFENAMATO MK AMPOLLA x 1gr/2ml, APLICAR 1 AMPOLLA IM CADA 2 DIAS # 2 127-93 MELOXICAM TABLETA x 7.5mg 1 CADA DIA POR 5 DIAS # 5 (INICIAR AL FINALIZAR ETOFENAMATO) PEG DILUIR SOBRE 17 gr EN 1 MVASO DE AGUA , TOMAR ESA DOSIS CADA DIA SEGUN LA NECESIDAD # 30 -93-2

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

FIRMA MÉDICO

Yolanda Hernandez Granados
30292843
3117312716
D

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: 2023/02/08 HORA: 17:43:28 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000562
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: 24293432-36
FECHA FORMULA: 08/02/2023

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
7703283405700, 7703283401658			
LIPITOR 20 MG CAJA X 30 TABL			
	0001 0000	0000 0000	99,435.29
7501298224374, 7702418001541			
EUTIROX 50 MCG CAJA X 50 TABL			
	0001 0000	0000 0000	44,279.74
7702057070748			
ASA 100 MG CAJA X 100 TABL			
	0000 0030	0000 0000	8,925.00
7703153031251			
TRIMEBUTINA 200 MG + SIMETICONA 120 MG C			
	0002 0000	0000 0000	80,240.00
7702605105618			
ESOMEPRAZOL 20 MG CAJA X 10 TABL !!+			
	0001 0000	0000 0000	18,970.00
7703454123136			
FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP			
	0001 0000	0000 0000	80,341.00
7702057712631, 7702057070175			
ALENDRONATO 70 MG CAJA X 4 TABL +++			
	0001 0000	0000 0000	41,943.66
7706127000529			
HISTIVERT 16 MG CAJA X 30 TABL			
	0001 0000	0000 0000	93,993.00

TOTAL EXENTO.....:	595,352.69
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	595,352.69

OBSERVACIONES:

CC 17.073.997

FIRMA DE RECIBIDO:

T.I. 1146207357

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.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24293432	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24293432 01	**EDAD:**	77 Años
NOMBRE:	SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	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
	SITAGLIPTINA + METFORMINA JANUMET TAB 50/500MG 1 TAB AL DIA # 30
	ELTROXIN TABx 50 MG 1 TAB DE LUN- SAB EN AYUNAS # 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

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

FIRMA MÉDICO

C.C. 17.073.933
Tel. 3146207057

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 7.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24293432	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24293432 01	**EDAD:**	77 Años
NOMBRE:	SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	**PLAN DE TRATAMIENTO**
	FORMULA POR 3 MESES
	BETAHISTINA HISTIVERT TABLETA 16MG CADA NOCHE # 10 ✓-93

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: 2023/02/09 HORA: 08:22:27 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000563
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ROSA OROZCO DE MARIN
CC. :24301592
NRO FORMULA: 24301592-35
FECHA FORMULA: 09/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702132010300, 7702132007065			
CALTRATE 600 PLUS FRASCO X 30 TABL	0001	0000	36,702.87
7702635683605			
ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	37,271.00
7702123828631			
CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	55,580.00

TOTAL EXENTO.....:	129,553.87
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	129,553.87

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

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

1021730/
3103883644

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

FEBRERO

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 12.JAN.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24301592	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24301592 01	**EDAD:**	77 Años
NOMBRE:	OROZCO DE MARINROSA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
12.01.2023	* BETALOC ZOK 25 MG CADA 12 HORAS # 60 * ATORVASTATINA 40MG CADA DIA # 30 * CARDIOASPIRINA 100 MG CADA DIA. # 30 * CALCIO VITAMINA D CALTRATE PLUS 1 TB CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

FERNANDO MARIN GL
10'217.301
3103883644

Nota el Betaloch Se Paso Carta de Agotado

AUTORIZADO POR: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG
C.C. : 1053781313

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: 2023/02/09 HORA: 14:56:10 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000565
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: LUZ HEIDY CANAS LOAIZA
CC. :30296560
NRO FORMULA: 30296560-35
FECHA FORMULA: 09/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
300650429092, 7501088603105			
SYSTANE SOLUCION OFTAL FRASCO X 15 ML			
	0001 0000	0000 0000	54,458.14
7703454123174			
CALCIBON D 800 U.I FRASCO X 60 TABL GRAT			
	0001 0000	0000 0000	108,065.00
7703454123136			
FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP			
	0001 0000	0000 0000	80,341.00
7703258112961, 7701047111911			
SINALGEN 5325 MG CAJA X 30 TABL			
	0002 0000	0000 0000	302,162.42

TOTAL EXENTO.....:	545,046.56
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	545,046.56

OBSERVACIONES: Orlando Lopez

FIRMA DE RECIBIDO: 4465018

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

3104591813

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 9.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30296560	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30296560 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	CAÑAS LOAIZALUZ HEIDY	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
9.02.2023	SYSTANE SOL OFTALMICA 1 GOTA CADA 8 HORAS # 1 CALCIBON D 800MG TAB 2TAB CADA DIA # 60 VITAMINA D FARMA D 2000 UI 1 TABLETA CADA DIA # 30 ACETAMINOFEN / HIDROCODONA (SINALGEN) 1 TABLETA CADA 12 HORAS SEGUN DOLOR # 60 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Orlando Lojas
4465010
3104591213

NOTA:
Calcibon se entrega para 3 meses
Farma D x 60 para 2 meses.

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: 2023/02/10 HORA: 10:30:06 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000566
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LUZ ESTELA MORENO LUZ ESTELLA
CC. :24274944
NRO FORMULA: 24274944-21

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702057074470 IRBESARTAN 150 MG CAJA X 14 TABL	0001 0000	0000 0000	9,633.00
7706569000729 ALOPURINOL 100 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	10,395.00

TOTAL EXENTO.....: 20,028.00
TOTAL GRAVADO.....: 0.00
*IVA.....: 0.00
TOTAL DESPACHO.....: 20,028.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Victor M. Montilla
75070633

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 9.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24274944	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24274944 01	**EDAD:**	81 Años
NOMBRE:	MORENO DE MONTILLALUZ ESTELLA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
9.02.2023	1. IRBESARTAN X 150 MG TABLEAS # 60 TOMAR MEDIA TABLETA VIA ORAL CADA DIA.
	2. ALOPURINOL X 100 MG TABLETAS # 60 TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL AL MEDIO DIA.

Victor M. Montilla
75070.633
3206576716

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: 2023/02/10 HORA: 18:41:03 CAJA 1
DESPACHO NRO; DSP A265000000569
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANAD
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-29
FECHA FORMULA: 10/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702057706920					
ETOFENAMATO 1G2 ML CAJA X 1 JERINGA PREL					
	0002	0000	0000	0000	43,640.00
7702057013059					
PEG 3350 CAJA X 12 SOBRES					
	0002	0000	0000	0000	161,330.00

TOTAL EXENTO.....:	204,970.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	204,970.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria 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 7.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30292843	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30292843 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	HERNANDEZ GRANADAYOLANDA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	ETOFENAMATO MK AMPOLLA x 1gr/2ml, APLICAR 1 AMPOLLA IM CADA 2 DIAS # 2 127-93 MELOXICAM TABLETA x 7.5mg 1 CADA DIA POR 5 DIAS # 5 (INICIAR AL FINALIZAR ETOFENAMATO) PEG DILUIR SOBRE 17 gr EN 1 MVASO DE AGUA , TOMAR ESA DOSIS CADA DIA SEGUN LA NECESIDAD # 30 -93-2

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

FIRMA MÉDICO

Yolanda Hernandez Granada
30292843
3117312716
D

1 / 2

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: 2023/02/11 HORA: 17:45:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000570
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 6544429 GIRALDO ORTIZ ANDRES FERNANDO

USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-35
FECHA FORMULA: 11/02/2023

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
7703283404659, 7703283402242			
LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP			
	0002 0000	0000 0000	79,222.80
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
7702057709051			
CARVEDILOL 12.5 MG CAJA X 30 TAB			
	0001 0000	0000 0000	13,150.00

TOTAL EXENTO.....:	370,874.56
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	370,874.56

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 24 316 881

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.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24343182	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24343182 01	**EDAD:**	88 Años
NOMBRE:	TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	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
	Atorvastatina tableta 40 mg, una cada noche # 90
	Acetaminofén 500 mg según dolor NO
	Esomeprazol tableta por 40 mg, una cada día. # 90
	Trazodona tableta por 50 mg, una cada noche # 90

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

FIRMA MÉDICO

Dra Dl García L.
24 3 16 881

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: 2023/02/13 HORA: 09:03:24 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000571
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 3786213 CASTRO OSORIO EDGAR EDUARDO
USUARIO: MARIA AMELIA NARANJO
CC. :24271061
NRO FORMULA: 24271061-37
FECHA FORMULA: 13/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
8715131024369, 7707172689585 PROLIA 60 MG X 1 JERINGA PRELLENADA	0001 0000	0000 0000	609,657.52

TOTAL EXENTO.....:	609,657.52
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	609,657.52

OBSERVACIONES: Beatriz Garcia
cc 30305650
cel. 3155435844

FIRMA DE RECIBIDO:

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

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: 06/02/2023 11:39 a. m. **Nº Historia Clinica:** 24271061 **Nº Folio:** 311

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA AMELIA NARANJO DE GARCIA **Identificacion :** 24271061 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 87 Años \ 1 Meses \ 30 Días **Ingreso:** 1446072 **Fecha Ingreso:** 6/02/2023 9:59:51 a. m.
Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3155435844

MEDICAMENTOS POS

Codigo	Medicamento			Cantidad en letras	Cantidad
M05BX04704	DENOSUMAB 60 mg/1 mL JERINGA PRELLENADA			UN	1
Concentracion:	60mg **Unidad:** UNIDAD	**Via Administracion:**	Subcutaneo	**Dias tratamiento:**	180
Posología:	Aplicar 1 ampolla subcutanea cada 6 meses				
	4 dosis para aplicar: 02.2023				
	Cr 1.0 - 1.2 mg/dl Calcio 9.2				
	Dx. Osteoporosis grave por T score sin fracturas.				

Codigo	Medicamento			Cantidad en letras	Cantidad
N02BE05112	ACETAMINOFEN 500mg + CAFEINA 65mg TABLETA (DOLEX FORTE)			NOVENTA	90
Concentracion:	500+65 mg **Unidad:** TABLETAS	**Via Administracion:**	Oral	**Dias tratamiento:**	30
Posología:	1 tableta cada 8 horas por dolor de rodillas y cefalea.				

Beatriz Garcia
cc 30305650
Cel. 3155435844

Medico: CASTRO OSORIO EDGAR EDUARDO
Especialidad: GERIATRIA
Registro: 223
Firma: Edgar Castro

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: 2023/02/13 HORA: 09:05:05 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000572
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: 24274844-36
FECHA FORMULA: 13/02/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702026179380 TENA PANTS ULTRA TALLA L POTE X 20 UND	0001 0000	0000 0000	68,353.00*

TOTAL EXENTO.....:	0.00
TOTAL GRAVADO.....:	68,353.00
*IVA.....:	12,987.07
TOTAL DESPACHO.....:	81,340.07

OBSERVACIONES:

Defelia Acevedo
30273332
3127330368

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 21.JAN.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24274944	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24274944 01	**EDAD:**	81 Años
NOMBRE:	MORENO DE MONTILLALUZ ESTELLA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.01.202	PAÑALES ADULTO TALLA L , USO 2 DIARIOS # 60

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL CALDAS
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
LÍDER SMA

13-feb-2023

Se autoriza dispensación. de Diana Martinez.

Pañales tipo Pantly.

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: 2023/02/13 HORA: 11:00:58 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000573
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: 24271061-38
FECHA FORMULA: 13/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
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
7703546029285					
ESOMED 40 MG CAJA X 28 CAP	0001	0000	0000	0000	192,341.00
4048846021670, 4048846003584					
MIRAPEX ER 1.5 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	0000	0000	123,855.60
7501298224374, 7702418001541					
EUTTROX 50 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000	44,279.74
7702057712532, 7702057708870					
FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000	0060	0000	0000	11,057.87
7705959030292					
ESPIRONOLACTONA 25 MG CAJA X 20 TABL +++	0001	0000	0000	0000	9,676.00
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
7702057062170					
ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	152,110.00

TOTAL EXENTO.....:	1,383,257.21
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,383,257.21

OBSERVACIONES:

Beatriz Garcia.

FIRMA DE RECIBIDO: C.C 30306550

cel. 3155435844

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 10.FEB.23

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
10.02.202	- 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
	- EUTIROX TAB x 50 MCG CADA DIA EN AYUNO # 30
	- DOLEX AVANZADO 1 TAB CADA 8 HORAS, SEGUN DOLOR. # 90
	- FUROSEMIDA 1 TAB 40MG 2 CADA DIA # 60
	- ESPIRONOLACTONA 25MG CADA DIA # 30
	- DEXAPRON TAB x 10MG CADA DIA # 30
	- 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 Garcia
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: 2023/02/13 HORA: 14:32:15 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000574
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA

USUARIO: ELIZABETH OROZCO OSORIO
CC. :24325201
NRO FORMULA: 24325201-37
FECHA FORMULA: 13/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702635566793 ESCITALOPRAM 20 MG CAJA X 28 TAB	0001 0000	0000 0000	36,448.00
7501298224251, 7702418001558 EUTIROX 100 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	59,948.72
7703454122634 FARMA D (VITAMINA D3) 1.000 UI X 50 CAP	0001 0000	0000 0000	61,902.00
7702132010102, 7702132007041 CALTRATE 600 D MG FRASCO X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	31,896.85
7702057010027 BLADURIL 200 MG CAJA X 10 TABL	0003 0000	0000 0000	340,469.00
8429420070875 ERYFOTONA FLUIDO SPF 99 FRASCO X 50 ML	0001 0000	0000 0000	88,658.40*

TOTAL EXENTO.....:	530,659.07
TOTAL GRAVADO.....:	88,658.40
*IVA.....:	16,845.10
TOTAL DESPACHO.....:	636,162.57

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Lázaro Valencia

1022434S

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 27.DEC.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24325201	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	24325201 01	EDAD:	67 Años
NOMBRE:	OROZCO OSORIOELIZABETH	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
27.12.202	ESCITALOPRAM ESCILOM TABLETA x 20mg 1 CADA DIA # 30
	ZOPICLONA 1 TAB 7.5mg 1 CADA NOCHE # 10
	EUTIROX TAB 100mcg CADA DIA EN AYUNAS # 30
	FARMA D CAPSULA X 2000 1 CADA DIA # 30
	CALTRATE D TAB CADA DIA # 30
	BLADURIL TAB 200MG 1 CADA DIA # 30
	ERYFOTONA AK-NMSC , APLICAR EN ROSTRO Y ZONAS EXPUESTAS CADA DIA # 1

	FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

CC 1022434S

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: 2023/02/13 HORA: 15:36:45 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000576
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: AIDE MARIA FLOREZ LOAIZA
CC. :25763653
NRO FORMULA: 25763653-28
FECHA FORMULA: 13/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7460536564668, 7707182841447			
DUOVAL H 516012.5 MG CAJA X 30 TABLETAS	0001.0000	0000 0000	187,412.80

TOTAL EXENTO.....:	187,412.80
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	187,412.80

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria Claudia Sena
30'391'604

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	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	25763653 01	EDAD:	80 Años
NOMBRE:	FLOREZ LOAIZAAIDE MARIA	SEXO:	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

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

Mª Claudia Sena
30.391 644.

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

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: 2023/02/13 HORA: 17:04:39 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A2650000000577
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LUZ HEIDY CANAS LOAIZA
CC. :30296560
NRO FORMULA: 30296560-28
FECHA FORMULA: 13/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7705959013479			
ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 28			TABL +-+
	0001 0000	0000 0000	46,327.00

TOTAL EXENTO.....:	46,327.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	46,327.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Lucia Ba.

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 10.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30296560	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30296560 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	CAÑAS LOAIZALUZ HEIDY	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.02.202	ORDEN PARA 2 MESES
	-ESCITALOPRAM 10 MG, TABLETA # 90 3-0-0

ENRIQUE MONTES
NEUROPSIQUIATRA
REG 15740

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

FIRMA MÉDICO

Nota Se entregan 2 cajas
Pend. 1 proximo Mes

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: 2023/02/13 HORA: 17:07:59 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A2650000000578
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LUZ HEIDY CANAS LOAIZA
CC. :30296560
NRO FORMULA: 302965609-29
FECHA FORMULA: 13/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7705059013479 ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 28 TABL +++	0001 0000	0000 0000	46,327.00

TOTAL EXENTO.....:	46,327.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	46,327.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Luz Canas

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** 10.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30296560	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30296560 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	CAÑAS LOAIZALUZ HEIDY	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.02.202	ORDEN PARA 2 MESES
	-ESCITALOPRAM 10 MG, TABLETA # 90 3-0-0

ENRIQUE MONTES
NEUROPSIQUIATRA
REG 15740

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

FIRMA MÉDICO

Nota Se entregan 2 cajas
Pend. 1 proximo Mes

Pendiente Solo 1 caja

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: 2023/02/14 HORA: 12:01:29 CAJA 1
DESPACHO NRO; DSP A265000000579
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: INES GONZALES OROZCO
CC. :24267903
NRO FORMULA: 24267903-28
FECHA FORMULA: 14/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7795990001351 FORTEO 250 MCGML AMP X 2.4 ML GRATIS 30	0001	0000 0000	1,018,190.0

TOTAL EXENTO.....:	1,018,190.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,018,190.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

24.330.310

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 8.SEP.22

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
8.09.2022	TERIPARATIDA (FORTEO) PLUMA PRELLENADA 250 MCG/ML # 6 APLICAR 20 MCG CADA DÍA. SC. PARA SEIS MESES.

Ines Gonzalez O.
24.267.903.

AUTORIZADO POR: ANDRES FERNANDO GIRALDO OR
C.C.: 7507945
R.M.: 15464

FIRMA MÉDICO

Ines Gonzalez O.
24.267.903

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: 2023/02/14 HORA: 13:37:04 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000580
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-40
FECHA FORMULA: 14/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNTD FALT FALT	SUBTOTAL
7702123828631 CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000 0000	55,580.00
7702057709051 CARVEDILOL 12.5 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000 0000	13,150.00

TOTAL EXENTO.....:	68,730.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	68,730.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

24'316.881

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** 7.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24343182	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24343182 01	**EDAD:**	88 Años
NOMBRE:	TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	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
	Atorvastatina tableta 40 mg, una cada noche # 90
	Acetaminofén 500 mg según dolor NO
	Esomeprazol tableta por 40 mg, una cada día. # 90
	Trazodona tableta por 50 mg, una cada noche # 90

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

FIRMA MÉDICO

Ana M. García L.
24316881

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: 2023/02/14 HORA: 13:40:46 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000501
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ROSAEMMA TAMAYO DE GARCIA
CC. :24343182
NRO FORMULA: 24343182-36

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
4032129015029					
VERSATIS 5 PARCHES CAJA X 5 UND	0002	0000	0000	0000	75,486.00
7441145402374					
VOLTAREN 12 H EMULGEL FORTE X 100 GR	0001	0000	0000	0000	77,576.00
7702057077433					
HIPROLUB SOLUCION OFTAL FRASCO X 15 ML	0001	0000	0000	0000	51,105.00

TOTAL EXENTO.....:	204,167.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	204,167.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Alba St Garcia

24'3168B1

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.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24343182	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	24343182 01	EDAD:	88 Años
NOMBRE:	TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA	SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA — PLAN DE TRATAMIENTO

- Bisacodilo tableta por 5 mg, a necesidad # 45 No
- Dolex avanzado tableta por 665 mg # 90 No

Voltarén (diclofenaco) tópico tubo # 3
Aplicar en sitio de dolor. 12x

Lidocaína (versatis) parche por 5%, aplicar cada 12 horas en cadera izquierda # 8

Fórmula para tres meses.

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

FIRMA MÉDICO

Pedro Alejandro García L
24/3.16.881

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 7.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24343182	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24343182 01	**EDAD:**	88 Años
NOMBRE:	TAMAYO DE GARCIAROSA EMMA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	Esteine óvulos vaginales, uno cada semana # 6 No
	Hiprolub solución oftálmica 0.3%, aplicara una gota en cada ojo cada 12 h# 1
	Fórmula para tres meses.

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

FIRMA MÉDICO

Jefe Sª García L.
24 316 881

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: 2023/02/15 HORA: 11:26:19 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A2650000000583
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA AMELIA NARANJO
CC. :24271061
NRO FORMULA: 24271061-38
FECHA FORMULA: 15/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7707397791032 DOLEX AVANZADO FRASCO X 100 TABL	0001	0000	0000	0000	84,638.00

TOTAL EXENTO.....:	84,638.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	84,638.00

OBSERVACIONES:
Marcela Garcia

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 10.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24271061	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24271061 01	**EDAD:**	87 Años
NOMBRE:	NARANJO DE GARCIAMARIA AMELIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.02.202	- 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 - EUTIROX TAB x 50 MCG CADA DIA EN AYUNO # 30 - DOLEX AVANZADO 1 TAB CADA 8 HORAS, SEGUN DOLOR. # 90 - FUROSEMIDA 1 TAB 40MG 2 CADA DIA # 60 - ESPIRONOLACTONA 25MG CADA DIA # 30 - DEXAPRON TAB x 10MG CADA DIA # 30 - 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 García
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: 2023/02/15 HORA: 11:58:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000584
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-36
FECHA FORMULA: 15/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7703258113340 STNAIGEN MAX 10325 MG CAJA X 30 TAB	0001 0000	0000 0000	188,414.00

TOTAL EXENTO.....:	188,414.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	188,414.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Nelly Zobb

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

36289571
88241178

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 15.FEB.23
CODIGO: ENE_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24281240	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24281240 01	**EDAD:**	86 Años
NOMBRE:	HERRERA DE ZAPATANELLY	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
15.02.202	- SINALGEN TAB 325/10 MG 1 CADA 8 HORAS # 90 FORMULA POR 3 MESES

— Nely Zuluaga
— 30287571
— 8824178

AUTORIZADO POR: ALEJANDRO URIBE GÓMEZ
C.C. : 75088186
R. M. : 109

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: 2023/02/15 HORA: 15:02:42 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000585
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LUZ ESTELA MORENO LUZ ESTELLA
CC. :24274944
NRO FORMULA: 24274944-36
FECHA FORMULA: 15/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702026179380 TENA PANTS ULTRA TALLA L PQTE X 20 UND	0002 0000	0000 0000	136,706.00*

TOTAL EXENTO.....:	0.00
TOTAL GRAVADO.....:	136,706.00
*IVA.....:	25,974.14
TOTAL DESPACHO.....:	162,680.14

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Luz E. Moreno

4313169

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.JAN.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24274944	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24274944 01	**EDAD:**	81 Años
NOMBRE:	MORENO DE MONTILLALUZ ESTELLA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.01.2023	PAÑALES ADULTO TALLA L , USO 2 DIARIOS # 60

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL CALDAS
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
LÍDER SMA

13-feb-2023

Se autoriza dispensación. de Diana Martinez

Pañales tipo Panty.

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: 2023/02/16 HORA: 14:41:48 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000586
VENDEDOR: SARA VERONICA ESCOBAR BELTRAN
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-39
FECHA FORMULA: 16/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703258113340 SINALGEN MAX 10325 MG CAJA X 30 TAB	0002 0000	0000 0000	376,828.00

TOTAL EXENTO.....:	376,828.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	376,828.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Nelly Herrera

30287571

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.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24281240	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24281240 01	**EDAD:**	86 Años
NOMBRE:	HERRERA DE ZAPATANELLY	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
15.02.202	- SINALGEN TAB 325/10 MG 1 CADA 8 HORAS # 90 FORMULA POR 3 MESES

— Nely Zapata
— 30287571
— 8824178

AUTORIZADO POR: ALEJANDRO URIBE GÓMEZ
C.C. : 75088186
R. M. : 109

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: 2023/02/16 HORA: 14:48:35 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A2650000000587
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: AURA ANDREA PATINO
CC. :30400742
NRO FORMULA: 30400742-23
FECHA FORMULA: 16/02/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057092757 IBUFLASH MIGRAN CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	54,940.00

TOTAL EXENTO.....:	54,940.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	54,940.00

OBSERVACIONES:

Andrea Patiño
30400742

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: **FECHA** 16.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.02.202:	IBUFLASH MIGRAN 1 CAPSULA CADA 8 HORAS, SEGUN EL DOLOR # 30

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

FIRMA MÉDICO

Andrea Patiño
Ced. 30400742
Cel. 3103946252

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: 2023/02/19 HORA: 11:37:45 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000588
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ANDRES MAURICIO FRANCO HERNAND
CC. :1193517117
NRO FORMULA: 1193517117-21
FECHA FORMULA: 19/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
5033439032965 AVAMYS SPRAY NASAL FRASCO X 120 DOSIS	0001 0000	0000 0000	27,256.00

TOTAL EXENTO.....:	27,256.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	27,256.00

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: ENE_

FECHA 16.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1193517117	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	1193517117 01	EDAD:	21 Años
NOMBRE:	FRANCO HERNANDEZANDRES MAURICIO	SEXO:	Masculino

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.02 202	FORMULA MEDICA
	1 FLUTICASONA SPRAY NASAL 27.5 MCG/ 100 ML # 3
	APLICAR 1 PUFF CADA 12 HORAS EN CADA FOSA NASAL

CC 1193517717

AUTORIZADO POR: CARLOS MARIO ARBELÁEZ CUER\
C.C. 75081404
R. M. 993

Arbeláez C
FIRMA MÉDICO

FERNANDO MUÑOZ
1028510?

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 8[illegible]922.713-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2023/02/21 HORA: 18:43:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000589
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: C24281240-36
FECHA FORMULA: 21/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL FALT
7702057708870			
FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 300 TABLETAS	0000 0030	0000 0000	4,232.20
7706569000804			
ENALAPRIL 20 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	4,349.00
7702418001985			
EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	66,420.00
7707204490868			
SEGREGAM 40 MG CAJA X 28 COMP	0001 0000	0000 0000	282,895.00
7703153021900			
CALCITRIOL 0.5 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	51,493.00
300090056247			
MEDROL 4 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	50,124.00
7703283402242			
LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	46,279.00
7703258113340			
SINALGEN MAX 20325 MG CAJA X 30 TAB	0002 0000	0000 0000	376,828.00
7702057715625			
DULOXETINA 60 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	74,300.00
7702057065126			
ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	58,231.00
7702605102297			
KETOPROFENO GEL TUBO X 60 GR ++4	0001 0000	0000 0000	22,512.00
7702057077433			
HIPROLUB SOLUCION OFTAL FRASCO X 15 ML	0001 0000	0000 0000	51,105.00
736085048063			
TRAZIDEX UNGUENTO TUBO X 3.5 GR	0001 0000	0000 0000	98,539.00
4032129015029			
VERSATIS 5 PARCHES CAJA X 5 UND	0006 0000	0000 0000	226,458.00
7702057013851			
PERIACTIN JARABE FRASCO X 180 ML.	0001 0000	0000 0000	53,380.00

TOTAL EXENTO.....:	1,467,145.20
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,467,145.20

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Nelson Zapata

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 15.FEB.23

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
5.12.2022	- 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 - 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 - HIPROLUB solucion oftalmica 1 gota en cada ojo cada 8 horas # 1

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

Nelson Zapata C
4313366

FIRMA MÉDICO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 15.FEB.23

BENEFICIARIO

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

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 ✓
	OR 3 MESES
	TRAZIDEX UNGUENTO OFTALMICO APLICAR SEGUN INDICACIONES # 1 ✓
	PERIACTIN JARABE x 180ml, DAR 10mL CADA 12 HORAS # 1

Nelson Zapata
4313366 MD

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: 2023/02/22 HORA: 08:42:58 CAJA 1
DESPACHO NRO; DSP A265000000590
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240-40
FECHA FORMULA: 22/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
3594455600116 DAFLON 1000 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	48,600.00
7703454920841 STAMYL CAJA X 20 GRAGEAS	0003 0000	0000 0000	212,805.00

TOTAL EXENTO.....:	261,405.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	261,405.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Nelson Zapata

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.FEB.23

BENEFICIARIO

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

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
5.12.2022	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 - 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 - 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

Nelson Zapata G
4313366

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 15.FEB.23

BENEFICIARIO

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

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 OR 3 MESES TRAZIDEX UNGUENTO OFTALMICO APLICAR SEGUN INDICACIONES # 1 PERIACTIN JARABE x 180ml, DAR 10mL CADA 12 HORAS # 1

Nelson Zapata L
4313366 MD

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: 2023/02/22 HORA: 12:26:06 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000591
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: DASSY MARIA SALAZAR DE SALAZAR
CC. :24293432
NRO FORMULA: 24293432-41
FECHA FORMULA: 22/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702605109128					
METFORMINA 500 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000	34,765.00
7709484810879					
MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	132,732.00
7501326046859					
JANUVIA 50 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	65,623.00
7705959013370					
DIOSMINAHESPERIDINA 45050 MG CAJA X 30 T	0002	0000	0000	0000	126,702.00

TOTAL EXENTO.....:	359,822.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	359,822.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

C.C. 1-70-73932

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** 7.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24293432	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24293432 01	**EDAD:**	77 Años
NOMBRE:	SALAZAR DE SALAZARDASSY MARIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	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
	SITAGLIPTINA + METFORMINA JANUMET TAB 50/500MG 1 TAB AL DIA # 30
	ELTROXIN TABx 50 MG 1 TAB DE LUN- SAB EN AYUNAS # 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

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

FIRMA MÉDICO

Cra. 17 No 73. 93
Tel. 3146207057

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: 2023/02/22 HORA: 12:39:44 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000592
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA YOLANDA HERNANDEZ GRANAD
CC. :30292843
NRO FORMULA: 30292843-41
FECHA FORMULA: 22/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702870072851 NEDOX 20 MG CAJA X 28 TAB	0001	0000	0000	0000	193,692.00

TOTAL EXENTO.....:	193,692.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	193,692.00

BSERVACIONES:

RMA DE RECIBIDO: Yolanda Hernandez G
30292843

(A POS 2017
(ESTA S.A.S
.tiresia.com.co

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 7.FEB.23

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 58 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.02.2023	- 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 - DOLEX ACTIVE GEL 1 CAPSULA CADA 12 HORAS, SEGUN DOLOR # 20 POR 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Yolanda Hernandez
30292843.
tel: 3117312716

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: 2023/02/22 HORA: 13:01:44 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000593
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA ELENA ARIAS BUITRAGO
CC. :30297398
NRO FORMULA: 30297398-29
FECHA FORMULA: 22/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706569021618			
LOSARTAN 50 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	31,442.00
7703546029285			
ESOMED 40 MG CAJA X 28 CAP	0001	0000	192,341.00
7501326048118			
SINGULAIR 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	339,341.00
7702057012434			
RINAID 18 GR X 140 DOSIS	0001	0000	95,944.00
7702502010992			
AFRISAL SOLUCION SALINA FRASCO X 30 ML	0001	0000	34,857.00
7707172688939			
DOLEX AVANZADO CAJA X 10 TABL	0006	0000	68,646.00
7702418004351			
NEUROBION CAJA X 30 TABL	0001	0000	49,453.00
7707274721206			
SACRUSYT (SALBUTAMOL) INHALADOR X 200 DO	0001	0000	15,225.00

TOTAL EXENTO.....:	827,249.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	827,249.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: María Elena Arias

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

30297398

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
COMFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 17.FEB.23

1ra entrega

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30297398	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30297398 01	**EDAD:**	58 Años
NOMBRE:	ARIAS BUITRAGOMARIA ELENA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.02.202	* 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
	DOLEX AVANZADO 1 TAB CADA 8 HORAS # 60
	NEUROBION TABLETAS 1 CADA DIA # 30
	SALBUTAMOL INHALADOR 200D, 2 PUFF CADA 8 HORAS # 1

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

FIRMA MÉDICO

Maria Elena Arias
30297398
3136048726

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.322.113 1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2023/02/23 HORA: 17:16:42 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000596
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ROSALBA GONZALES GALEANO
CC. :24326528
NRO FORMULA: 24326528-36
FECHA FORMULA: 23/02/2023

COD / NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
3499320003827 CLOB-X SHAMPOO 0.05 FRASCO X 125 ML.	0001	0000	0000	0000	131,677.00

TOTAL EXENTO.....:	131,677.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	131,677.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Rosalba Gonzales G
24326528

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 20.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24326528	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24326528 01	**EDAD:**	65 Años
NOMBRE:	GONZALEZ GALEANOROSALBA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
20.02.202	MEDICAMENTOS SENA -- CLOBETASOL CHAMPU 0.05% X 125 ML -- N° 2 PARA 3 MESES . USO: APLICAR 1-2 VECES X SEMANA EN CUERO CABELLUDO SECO, DEJAR ACTUAR 30 MINT Y RETIRAR -- CLOBETASOL LOCIÓN 0.05% N° 2 PARA 3 MESES USO: APLICAR 3 NOCHES A LA SEMANA

AUTORIZADO POR: MANUELA MARIA RAMIREZ MARIN
C.C. : 1053803157
R. M. : 1053803157

FIRMA MÉDICO

Rosalba Gonzalez
24 326 528.

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. 830.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2023/02/24 HORA: 10:09:57 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000597
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ROSALBA GONZALES GALEANO
CC. :24326528
NRO FORMULA: 24326528-32
FECHA FORMULA: 24/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7501326049054 JANUMET 501000 MG CAJA X 28 TABL	0001 0000	0000 0000	103,341.00
7702134335821 OLMETEC HCT 2012.5 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	218,214.00
4048846010146 JARDIANCE 10 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	128,007.00
7702195633508 MOLTOBEN 20 MG CAJA X 20 TABL	0003 0000	0000 0000	678,288.00
7703258112961, 7701047111911 SINALGEN 5325 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	401,102.00
7702132010300, 7702132007065 CALTRATE 600 PLUS FRASCO X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	45,682.00
7703153034900 PENOVAS 20 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	370,101.00
7703763998814 SULAMP DUO CAJA X 20 TABL	0001 0000	0000 0000	131,225.00
7703546191807 NEUMOLEX FRASCO X 120 ML	0001 0000	0000 0000	37,159.00
7703445030153 FLUIMUCIL 600 MG CAJA X 30 SOBRES	0000 0020	0000 0000	60,481.33

TOTAL EXENTO.....:	2,073,600.33
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	2,073,600.33

OBSERVACIONES:

Rosalba Gonzáles 24326528

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: **FECHA** 24.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24326528	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24326528 01	**EDAD:**	65 Años
NOMBRE:	GONZALEZ GALEANOROSALBA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
24.02.2023	* OLMETEC HCT OLMESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA TAB 20/12.5MG 1 TAB CADA DIA # 30
	* JANUMET TAB 50/1000 MG CADA 12 HORAS # 60
	* JARDIANCE EMPAGLIFOZINA TAB x 10mg 1 CADA DIA # 30
	* FLUOXETINA (MOLTOBEN) TAB x 20 MG CADA 12 HORAS # 60
	* SINALGEN 1 TAB CADA 12 HORAS # 60
	* CALTRATE PLUS 1 TAB CADA DIA # 30
	* FENOVAS CAPSULA x 20mg 1 CADA NOCHE # 30
	* SULAMP DUO TABLETA x 875/125mg 1 CADA 12 HORAS POR 7 DIAS # 14
	* NEUMOLEX JARABE TOMAR 5ml CADA 8 HORAS # 1
	* N ACETIL CISTEINA SOBRES x 600mg 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS # 20

Rosalba Gonzalez 24326528

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

3215805203

FIRMA MÉDICO

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 2
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2023/02/25 HORA: 08:10:25 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000600
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ROCIO ROMERO CASTRO
CC. :30286616
NRO FORMULA: 30286616-32
FECHA FORMULA: 25/02/2023

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

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

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Claudia Lopez

30285202

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.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30286616	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	30286616 01	**EDAD:**	60 Años
NOMBRE:	ROMERO CASTROROCIO	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.02.202	ESTEINE OVULOS VAGINALES 1 CADA SEMANA # 4 SEGREGAM TABLETA x 40mg 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 VEDIPAL TABLETA x 1000 CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Claudia Lopez Duque
30285202

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: 2023/02/25 HORA: 08:16:19 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000602
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: JACOBO OSORIO ARANGO
TI. :1054400090
NRO FORMULA: 1054400090-33
FECHA FORMULA: 25/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7703153024796 VITAMINA E 400 UI CAJA X 100 CAPS	0000 0030	0000 0000	7,094.10

TOTAL EXENTO.....:	7,094.10
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	7,094.10

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

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

3023079880

VER__B7567448

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

Nit : 890.806.490-5 Teléfono : 8783430
Dirección : Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia

Plan de tratamiento

Nombre Paciente: JACOBO OSORIO ARANGO Historia Clínica: TI 1054400090 Afiliación: B Convenio: SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE NOVIEMBRE DE 2022 - SENA1	Escala: B Dx: Impresión Diagnóstica Atención: Atencion ambulatoria	Fecha: Miércoles, 22 de febrero de 2023 Hora: 11:40:31 Plantilla: 01-H.C CONSULTA MEDICINA GENERAL

Observación de plan de tratamiento:
VITAMINA E CAPSULAS x 400u DAR 1 CAPSULA CADA DIA X 30 INMUNOKIDS FORTE, DAR 1 TABLETA CADA DIA X 30

Médico Nombre: KAREN ALICIA CASTILLO CHANG Identificación: 1053781313 Registro médico: 17302 Especialidad: Medico General 3023918800 3175097925.	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: 2023/02/25 HORA: 12:50:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000603
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: CAMILA CARDONA JARAMILLO
CC. :1002633966
NRO FORMULA: 1002633966-2
FECHA FORMULA: 25/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7703363007114, 7861028101208					
WELLBUTRIN XL 150 MG CAJA X 30 TABL					
	0001	0000	0000	0000	54,135.00
7705959013479					
ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 28 TABL +++					
	0001	0000	0000	0000	46,327.00

TOTAL EXENTO.....:	100,462.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	100,462.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Maria Camila Cardona J
1002633966
3217440094

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 25.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1002633966	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	1002633966 01	**EDAD:**	21 Años
NOMBRE:	CARDONA JARAMILLOMARIA CAMILA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
25.02.202	-BUPROPION-XL (WELLBUTRIN-XL*) 150 MG, TABLETA # 30 1-0-0 -ESCITALOPRAM 10 MG, TABLETA # 30 1/4-0-0

ENRIQUE MONTES
NEUROPSIQUIATRA
REG. 15740

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

FIRMA MÉDICO

Maria Camila Cardona T
1002633966
3217440094

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

FECHA: 2023/02/27 HORA: 18:45:18 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000605
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-39
FECHA FORMULA: 27/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT	SUBTOTAL FALT
7702418004580				
EUTIROX 88 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	69,640.00
7709484810893, 7709484810879				
MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	132,732.00
7703153030933				
EZOLIUM 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001	0000	0000	192,479.00
7703432426297				
NIFEDIPINO 30 MG CAJA X 30 CAP LIBERACIO	0001	0000	0000	29,953.00
7702057707040				
TELMISARTAN 80 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	25,992.00
7703153024420				
CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 90 TABL	0000	0030	0000	34,087.67
7612797273838, 7702635721963				
ONBRIZE BREEZHALER 150 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	85,362.00
7612797318690, 7612797272383				
SEEBRI 50 MCG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	112,516.00
7703283403928				
ALDACIONE 25 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	54,904.00
7703546015301				
AIROMED 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	204,657.00
7703712012110				
DERMASKIN CREMA TUBO X 40 GR	0001	0000	0000	17,900.00
3662012002243				
HYABAK HIPOTONICO GOTAS FRASCO X 10 ML	0001	0000	0000	84,412.00*
7702057030001				
DEXAPRON 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	285,154.00
7501098607728				
BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0000	0000	0001	17,130.00

TOTAL EXENTO.....:	1,262,506.67
TOTAL GRAVADO.....:	84,412.00
*IVA.....:	16,038.28
TOTAL DESPACHO.....:	1,362,956.95

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Luz Stella Ortiz
C.24.313.308

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

Pendiente.

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8901711

FECHA: 2023/02/27 HORA: 18:45:18 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000605
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: CELIA ROSA GOMEZ MONTOYA
CC. :24275050
NRO FORMULA: 24275050-39
FECHA FORMULA: 27/02/2023

TICKET PARA RECLAMAR PENDIENTES

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

OBSERVACIONES: Luz Stella Ortiz

FIRMA DE RECIBIDO: C.C. 24.313.529

*** 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: **FECHA** 20.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24275050	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24275050 01	**EDAD:**	89 Años
NOMBRE:	GOMEZ MONTOYACELIA ROSA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	**PLAN DE TRATAMIENTO**
20.02.202	- EUTIROX TABLETA x 88MCG CADA DÍA #30
	- MIRABEGRON TABLETA x50mg 1 CADA DIA #30
	- ESOMEPRAZOL EZOLIUM CAP 20 MG DAR 1 CAP VO CADA DIA AYUNAS #30
	- NIFEDIPINO TAB 30 MG DAR 1 TAB VO CADA DIA EN LA MAÑANA #30
	- TELMISARTÁN TABLETA x 80 MG CADA DÍA #30
	- CITRAGEL 1500 U 1 CAPSULA CADA DÍA #30
	- INDACATEROL CAP 150MCG CAPSULA INHAL CADA DIA (ONBRIZE) # 1
	- GLICOPIRRONIO CAP INHAL 50MCG CADA MAÑANA (SEEBRI BREEZHALER) # 1
	- ALDACTONE TABLETA x 25 MG CADA 24 HORAS #30
	- MONTELUKAST AIROMED TABLETA x 10MG CADA DÍA #30
	- METOPROLOL SUCCINATO BETALOK ZOK TAB 50 MG DAR 1 TAB VO CADA DIA #30 Perdiente.
	- DERMASKIN CREMA APLICAR A DIARIO EN ZONA DE PAÑAL #1
	- HYABAAK SOLUCION OFTALMICA APLICAR 1 GOTA CADA OJO CADA 8 HORAS #1
	- ESCITALOPRAM ESCILOM TABLETA x 10 MG CADA DÍA #30

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

FIRMA MÉDICO

Luz Stella Ortiz C.
R. 24.313.508

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.183-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2023/02/27 HORA: 19:27:49 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000606
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ROCIO ROMERO CASTRO
CC. :30286616
NRO FORMULA: 30286616-39
FECHA FORMULA: 27/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702057091439 DURAFLEX MUSCULAR ADVANCE CAJA X 18 CAP	0000 0010	0000 0000	25,257.22

TOTAL EXENTO.....:	25,257.22
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	25,257.22

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Claudia Lopez
30285202

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.FEB.23

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 60 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.02.202	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

Claudia Lopez Duque
30285202 Ma

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: 2023/02/28 HORA: 07:31:53 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000607
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA
CC. :30239880
NRO FORMULA: 30239880-39
FECHA FORMULA: 28/02/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
736085412925 ZEBESTEN SOLUCION OFTAL FRASCO X 5 ML	0001	0000	0000	0000	88,578.00

TOTAL EXENTO.....:	88,578.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	88,578.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Alejandra 30239880 3175097225

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

Instituto Oftalmológico de Caldas S.A.

MANIZALES FECHA: 2022-11-30

PACIENTE: OLGA ALEJANDRA ARANGO GARCIA

Documento: CC 30239880

Entidad: SENA

Fecha Nacimiento: 01/04/1984

Regimen: OTRO

Edad: 38 anos

Diagnóstico: H201

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	MODO Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION	PRESENTACION	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	TIEMPO TRATAMIENTO	OBSERVACIÓN
ZEBESTEN (Bromfenaco 0.09%)	1 GOTA CADA 12 HORAS EN AMBOS OJOS	Solucion oftalmica esteril frasco gotero 5 ml -	OFTALMICA	4 (CUATRO)	SE PUEDE REPETIR	O BRONAX

Alejandra
30 239 880
3117509725

HÉCTOR DARÍO ESCOBAR GÓMEZ

ESP: MD NEUROOFTALMOLOGO
RM: E 3038

FIRMA

Powered by CamScanner

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.143-1
ALEMANA 265
MANIZALES - CALDAS
CARRERA. 23 NO 20-50
TELEFONO : 8801711

FECHA: 2023/02/28 HORA: 14:54:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A265000000608
VENDEDOR: FABIAN GARCIA LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: IRMA VALLEJO DE CASTAO
CC. :24279750
NRO FORMULA: 24279750-36
FECHA FORMULA: 28/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL FALT
7703153020101			
CLOPERAX 20 MG SUSPENSION FRASCO X 120 M			
	0001	0000	63,880.00
7706569000781			
ENALAPRIL 5 MG CAJA X 30 TABL			
	0002	0000	8,232.00
7707172688953			
DOLEX AVANZADO CAJA X 16 TABL			
	0002	0000	34,332.00
7441145402374			
VOLTAREN 12 H EMULGEL FORTE X 100 GR			
	0001	0000	77,576.00
7702123828631			
CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL			
	0001	0000	55,580.00
7702057071813			
BIOCALCIUM D 500 MG CAJA X 30 SOBRES			
	0001	0000	46,811.00
7702057030001			
DEXAPRON 10 MG CAJA X 30 TABL			
	0001	0000	285,154.00
7702057062514			
ETORICOXIB 90 MG CAJA X 14 TABL			
	0001	0000	58,268.00

TOTAL EXENTO.....:	629,833.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	629,833.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

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

30.282041

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 28.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24279750	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24279750 01	**EDAD:**	81 Años
NOMBRE:	VALLEJO DE CASTAÑOIRMA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
28.02.202	CLOPERAX JARABE TOMAR 5 ML CADA 8 HORAS # 1

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

FIRMA MÉDICO

Jhoan Castaño
CC. 30.282.021

Calle 47 N: 18-81
Barrio los cedros
Tel: 8854512

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 28.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24279750	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24279750 01	**EDAD:**	81 Años
NOMBRE:	VALLEJO DE CASTAÑOIRMA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
28.02.202	ENALAPRIL TAB 20MG CADA 12 HORAS # 60 ACETAMINOFEN DOLEX AVANZADO TABLETA CADA 12 HORAS, SEGUN EL DOLOR # 30 VOLTAREN DICLOFENACO GEL x100gr, APLICAR SEGUN DOLOR # 1 CARDIOASPIRINA TAB x 100 MG 1 TAB INTERDIARIA # 30 CALCIO VITAMINA D BIOCALCIUM D SOBRE UN DIA # 30 ESCITALOPRAM ESCILOM TAB x 10mg 1 CADA DIA # 30 ---------- FORMULA PARA 3 MESES ERICOX TABLETA x 90mg 1 CADA DIA POR 14 DIAS # 14

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

FIRMA MÉDICO

Jaipaco Castaño
CC. 30.282.021

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/01 HORA: 11:1[illegible] 18 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000[illegible]
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTI[illegible] LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LUZ MERY MARTINEZ
CC. :30282560
NRO FORMULA: 302825[illegible]0-1
FECHA FORMULA: 01/[illegible]2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT	FALT
5000455019256				
SEROQUEL XR 300 MG CAJA X 30 [illegible]RT	0001	0000	0000	0000 139,980.00
511901				
RISPERDAL CONSTA (RISPERIDONA) 25 MG CAJ	0002	00	0000	0000 597,056.00
7703186566113				
DEPAKENE CAJA X 50 CAP	0003	0000	0000	0000 218,487.00
7702057710231				
ATORVASTATINA 20 MG CAJA X 30 IAB	0001	0000	0000	0000 76,803.00

TOTAL EX[illegible]:	1,032,326.00
TOTAL GRA[illegible]:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,032,326.00

OBSERVACIONES:

Gloria Mery Martinez

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CC 24328242
T. 3137625[illegible]

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 1.NOV.22

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30282560	COD. PLAN:	SENAH
AFILIACION:	30282560 01	EDAD:	61 Años
NOMBRE:	MARTINEZ GUZMANLUZ MERY	SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
1.11.2022	1 Seroquel XR (quetiapina XR) tab x 300 mg ..... N° 180 1 cada noche
	2 Risperdal consta® amp x 25 mg ..... N° 12 1 ampolla im cada 2 semanas
	3 Depakene® (Acido valproico) caps x 250 mg , ...N° 720 2 cada 12 horas
	4: Atorvastatina tab x 20 mg ----------N° 180 1 cada noche

Gloria Nelly Martinez
CC 24311/9742
Tel. 317 24 75139

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/01 HORA: 11:58:59 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000379
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARGARITA GONZALEZ
CC. :24836776
NRO FORMULA: 24836776-1
FECHA FORMULA: 01/04/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7501298224237, 7702418004500					
EUTIROX 88 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000	69,640.00
7703763997763					
LEPRIT ENZIMATICO CAJA X 60 GRAGEAS	0001	0000	0000	0000	139,866.00
7702057030001					
DEXAPRON 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	285,154.00
7702057078799					
QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000	15,510.00
4048846012265, 4048846006363					
TRAYENTA DUO 2.51000 MG CAJA X 60 TABL	0001	0000	0000	0000	165,104.00
7703153030933					
EZOLIUM 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	192,479.00
7705959013448					
ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 14 TABL	0002	0000	0000	0000	140,078.00
7702123828631					
CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	55,580.00
7702207573860					
NUEVI D (VITAMINA D3) 7000 UI CAJA X 4 T	0002	0000	0000	0000	81,242.00
7703283404659, 7703283402242					
LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	46,279.00

TOTAL EXENTO.....:	1,190,932.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,190,932.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Robinson Perez
75146502

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** 1.MAR.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24836776 **COD. PLAN:** SENA1
AFILIACION: 24836776 01 **EDAD:** 68 Años
NOMBRE: GONZALEZ DE PEREZMARGARITA **SEXO:** Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
1.03.2023	* LEVOTIROXINA EUTIROX TAB x 88 MCG 1 CADA DIA LUN A VIE # 20 * LEVOTIROXINA EUTIROX TAB x 75 MCG 1 CADA DIA FINES DE SEMANA # 10 * LEPRIT ENZIMATICO CADA 12 HORAS # 60 * 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 * ESOMEPRAZOL EZOLIUM CAP x 20 MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 * ROSUVASTATINA TAB 20 MG EN LAS NOCHES VO # 30 * CARDIOASPIRINA 1 TAB 100 MG 1 CADA DIA # 30 * NUEVID 1 TAB x 7000UI 1 CADA 4 DIAS (2 SEMANALES) # 8 * LYRICA PREGABALINA TAB 75MG 1 CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Rubinson Perez
75146582
8913267.

Se entregan 60 cap de trayenta que no se entregaron 30 del mes pasado.

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/03 HORA: 14:33:31 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000380
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA NUBIA JIMENEZ
CC. :30284140
NRO FORMULA: 30284140-5
FECHA FORMULA: 03/04/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702870071953 SEGUFEM CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	117,160.00

TOTAL EXENTO.....:	117,160.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	117,160.00

OBSERVACIONES: Nubia Jimenez

FIRMA DE RECIBIDO: _____

30284140

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S
www.tiresia.com.co 3186943600

NOMBRE: Mana Nohai Jimenez Morillo

FECHA: 09/03/2023

Rx.

- Estradiol Valerato 2mg / Dienogest 2mg tabletas #90 tab
Tomar una tableta diaria todos los dias
Sin Suspender

Erika Mercedes Posada Garcia
Obstetricia y Ginecologia
Universidad de Caldas
C.C. 1053805848 RM 1053805848

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/04 HORA: 12:40:35 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000382
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ANA MARIA CARDONA
CC. :24299730
NRO FORMULA: 24299730-4
FECHA FORMULA: 04/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870816301					
SYNTHROID 25 MCG CAJA X 90 TABL	0001	0000	0000	0000	93,011.00
7707397790356					
DOLEX ACTIVGEL CAJA X 20 CAPS	0002	0000	0000	0000	50,162.00
7703363006094					
DOLEX ACTIVGEL CAJA X 10 CAP	0001	0000	0000	0000	13,999.00
7706127001496					
ETORICOXIB 90 MG CAJA X 14 TAB	0001	0000	0000	0000	34,051.00
7703153035877					
FEXOFENADINA 220 MG CAJA X 10 TABL	0001	0000	0000	0000	28,107.00
7703445040015					
MONURIL 3 GR CAJA X 1 SOBRE	0001	0000	0002	0000	52,026.00
7792219690426					
UROXACIN 200 MG CAJA X 7 COMP	0000	0000	0005	0000	378,610.00

TOTAL EXENTO.....:	649,966.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	649,966.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

4'326.80√

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/13 HORA: 08:35:12 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000382
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ANA MARIA CARDONA
CC. :24299730
NRO FORMULA: 24299730-4
FECHA FORMULA: 04/04/2023

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7702219690626					
UROXACIN 200 MG CAJA X 7 COMP		0002	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

30316544.

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/05 HORA: 14:42:29 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000382
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: ANA MARIA CARDONA
CC. :24299730
NRO FORMULA: 24299730-4
FECHA FORMULA: 04/04/2023

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7792219690426	UROXACIN 200 MG CAJA X 7 COMP	0003	0000	0002	0000
7703445040015	MONURIL 3 GR CAJA X 1 SOBRE 2	0000	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: _____

CC. 4'326.808

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

JORGE IVAN MARIN URIBE

MEDICO CIRUJANO - MAGISTER MICROBIOLOGIA CLINICA - ENFERMEDADES INFECCIOSAS - TERAPIA ANTIMICROBIANA - CONTROL DE INFECCIONES
- Tel: 3217014913
MANIZALES

FORMULA MEDI
2023-04

PACIENTE: CC 24299730 - ANA MARIA CARDONA GAVIRIA
DIRECCION: LA FLORIDA FINCA LA MARIA CASA N.3 **TELEFONO:** 3203475045
GENERO: MASCULINO **FECHA NACIMIENTO:** 04-07-1948

FOSFOMICINA (MONURIL)SOBRE POR 3 GRAMOS # (3)
TOMAR UN SOBRE EN MEDIO VASO CON AGUA VO CADA 10 DIAS POR UN MES

UROXACIN TABLETAS POR 200 MG # (30)
TOMAR UNA TABLETA VO CADA 8 HORAS POR 10 DIAS

RM - 15593

JORGE IVAN MARIN URIBE

Nro Documento: 75085219
Nro. Registro:15593

CC: 4'326.80

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL CALDAS
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

LÍDER SMA

Se autoriza
entrega de formula
Abril 04 2023

JORGE IVAN MARIN URIBE
MEDICO CIRUJANO - MAGISTER MICROBIOLOGIA CLINICA - ENFERMEDADES INFECCIOSAS - TERAPIA ANTIMICROBIANA - CONTROL DE INFECCIONES
- Tel: 3217014913
MANIZALES

FORMULA MEDI
2023-04

PACIENTE: CC 24299730 - ANA MARIA CARDONA GAVIRIA
DIRECCION: LA FLORIDA FINCA LA MARIA CASA N.3 **TELEFONO:** 3203475045
GENERO: MASCULINO **FECHA NACIMIENTO:** 04-07-1948

Fecha y Hora de Atención: 2023-04-03 - CAS:3615
Entidad: OTROS
Diagnosticos: N390 - - -

SYNTHROID 25 MCG # (90)
TOMAR UNA TABLETA VO CADA DIA

DOLEX ACTIVE GEL CAPSULAS 500 MG # (45)
UNA CAPSULA VO CADA 8 HORAS

ETORICOXIB TABLETAS POR 90 MG # (5)
1 TABLETA VIA ORAL CADA DIA POR 5 DIAS

FEXOFENADINA TABLETAS POR 120 MG # (10)
TOMAR UNA TABLETA VO CADA NOCHE POR 10 DIAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA REGIONAL CALDAS
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

LÍDER SMA

Se autoriza entrega de fórmula abril 04 2023

CC. 4'326.80[illegible]

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/05 HORA: 13:00:11 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000384
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: EMMA HOYOS DE AGUDELO
CC. :24266772
NRO FORMULA: 24266772-2
FECHA FORMULA: 05/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
3664798033557, 7591044006170 AMARYL 4 MG CAJA X 15 COMP	0004 0000	0000 0000	534,900.00
4048846008923, 4048846008923 JARDIANCE 25 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	256,515.00
7897337714990, 7501326049061 JANUMET 501000 MG CAJA X 56 TABL	0001 0000	0000 0000	206,683.00
7702870003626 ATORLIP 40 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	231,817.00
7891268148961 OLMETEC ANLO 40 5 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	278,337.00
7703153030933 EZOLIUM 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	192,479.00
7709484810893, 7709484810879 MYRBETRIC 50 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	132,732.00
7703258112961, 7701047111911 SINALGEN 5325 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	401,102.00
7702123828631 CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	55,580.00
7706569021250 AMITRIPTILINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001 0000	0000 0000	7,488.00

TOTAL EXENTO.....:	2,297,633.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	2,297,633.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Patricia Hoyos
24266772 Ci

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.MAR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24266772	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	24266772 01	EDAD:	86 Años
NOMBRE:	HOYOS DE AGUDELOEMMA	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
7.03.2023	* AMARYL TAB 4 MG 2 TAB AL DIA (1-1-0) # 60 * EMPAGLIFOZINA TAB 25MG 1 TAB DIA # 30 * JANUMET (SITAGLIPTINA 50 + METFORMINA 1000) 1 CADA 12 HORAS # 60 * ATORLIP (ATORVASTATINA) 40 MG NOCHE # 30 * OLMESARTAN + AMLODIPINO TAB 40/5mg OLMETEC AMLO 1 CADA DIA # 30 * ESOZ (ESOMEPRAZOL) TAB 20 MG CADA DIA EN AYUNAS # 30 * MYRABETRIC TAB 50 1 CADA DIA # 30 * SINALGEN TAB 325/5 SEGUN DOLOR # 60 * CARDIOASPIRINA 100MG CADA DIA # 30 * AMITRIPTILINA TABLETA x 25mg CADA NOCHE # 30 --- FORMULA PARA 2 MESES * PERIACTIN JARABE x 180ml DAR 5 ml CADA 12 HORAS # 2 * NEUROBION TABLETA CADA DIA # 30

Patricia Buitrago
30/30/1995

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/05 HORA: 17:35:31 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000385
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA NUBIA JIMENEZ
CC. :30284140
NRO FORMULA: 30284140-6
FECHA FORMULA: 05/04/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	UNID ENTR	CANT UNID FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702870293898					
SYNTHROID 88 MCG CAJA X 90 TABL	0001	0000	0000	0000	113,207.00
7702870924273					
SYNTHROID 50 MCG CAJA X 90 TABL	0001	0000	0000	0000	93,401.00

TOTAL EXENTO.....: 206,608.00
TOTAL GRAVADO.....: 0.00
*IVA.....: 0.00
TOTAL DESPACHO.....: 206,608.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Nubia Jimenez
30284140
3186943600

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 5.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30284140	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	30284140 01	**EDAD:**	63 Años
NOMBRE:	JIMENEZ MURILLOMARIA NUBIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
5.04.2023	SYNTHROID TABLETA x 88 MCG CADA DIA EN AYUNAS MARTES A DOM # 90
	SYNTHROID TABLETA x 50 MCG CADA DIA EN AYUNAS LUN # 90

Nubia Jimenez M.
30284140
3186943600

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/11 HORA: 16:19:14 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000386
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARTHA LUCIA CASTILLO
CC. :24311575
NRO FORMULA: 24311575-1
FECHA FORMULA: 11/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7702123828631					
CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL					
	0001	0000	0000	0000	55,580.00
4048846003508					
MICARDIS AMLO 805 MG CAJA X 28 COMP					
	0001	0000	0000	0000	78,937.00
7702057073503					
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG CAJA X 30 TABL					
	0001	0000	0000	0000	3,276.00
7705959013448					
ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 14 TABL					
	0002	0000	0000	0000	140,078.00

TOTAL EXENTO.....:	277,871.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	277,871.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Francia Bonilla

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

30339672
3113128747

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 8.MAR.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24311575	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24311575 01	**EDAD:**	70 Años
NOMBRE:	CASTILLO OROZCOMARTHA LUCIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
8.03.2023	* ACIDO ACETIL SALICILICO CARDIOASPIRINA TAB x 100MG 1 CADA DIA # 30 * TELMISARTAN/ALMODIPINO MICARDIS AMLO TAB x 80/5 MG 1 CADA DIA # 30 * HIDROCLOROTIAZIDA TAB x 25 MG 1 CADA DIA # 30 * ROSUVASTATINA TAB 20mg 1 CADA NOCHE # 30 ---------- FORMULA PARA 2 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Patricia Chavez Botero
30.339.672
3113128747

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/12 HORA: 14:40:07 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000387
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA CAMILA CARDONA
CC. :1002633966
NRO FORMULA: 1002633966
FECHA FORMULA: 12/04/2023

COD / NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702123011798 KYLEENA X 1 ENDOCEPTIVO	0001	0000	0000	0000	613,958.00

TOTAL EXENTO.....:	613,958.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	613,958.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: María Camila Cardona

1002633966

3217400944

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

FORMULA MEDICA

Hospital Universitario de Caldas
Queremos devolver sonrisas

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: 05/04/2023 02:50 p. m. **Nº Historia Clinica:** 1002633966 **Nº Folio:** 10

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA CAMILA CARDONA JARAMILLO **Identificacion :** 1002633966 **Sexo :** Femenino
Edad Actual: 21 Años / 4 Meses / 21 Días **Ingreso:** 1469661 **Fecha Ingreso:** 5/04/2023 1:53:27 p. m.
Entidad: SENA- SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3117818231

INDICACIONES AL PACIENTE

Indicacion: DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL DE 19.5 MG, COLOCACION INTRAUTERINA POR 5 AÑOS #1

Medico: ZULUAGA GARCIA LINA MARIA
Especialidad: GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
Registro: 1087

Firma:

maria camila cardona Jaramillo
1002633966
3217440074

Servicios Especiales de Salud

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/12 HORA: 18:29:05 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000388
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: JUDITH VELASQUEZ
CC. :24784233
NRO FORMULA: 24784233-7
FECHA FORMULA: 12/04/2023

COD / NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7705959885892					
ESOMEPRAZOL 20 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000	44,582.00
7706569020659					
ACETAMINOFEN 500 MG CAJA X 100 TABL	0000	0090	0000	0000	16,371.00
7706569020536					
SERTRALINA 50 MG CAJA X 10 TABL +++	0003	0000	0000	0000	78,954.00
7702057078799					
QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001	0000	0000	0000	15,510.00
7795367551557, 7702635725978					
EXELON PATCH 15 (27 MG) CAJA X 30 PARCHE	0001	0000	0000	0000	500,775.00
7702057709082					
ESPIRONOLACTONA 25 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000	15,291.00
7709990706208					
ELIQUIS 2.5 MG CAJA X 60 TABL	0001	0000	0000	0000	363,369.00
7702057062170					
ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	152,110.00
7501098607728					
BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	17,130.00
7702605101146					
FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 100 TABL	0000	0030	0000	0000	4,143.90
7702184011911					
ACIDO FOLICO 1 MG CAJA X 60 TABL	0000	0030	0000	0000	2,728.50
7612797511169, 7612797301951					
ULTIBRO BREEZHALER 110-50MG + INHALADOR X	0001	0000	0000	0000	163,682.00
7702027478703					
TENA SLIP ULTRA TALLA L PQTE X 9 UND	0005	0000	0000	0000	185,420.00*
7702027478710					
TENA SLIP ULTRA TALLA L PQTE X 21 UND	0005	0000	0000	0000	411,015.00*
4048846010148					
JARDIANCE 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	128,007.00

TOTAL EXENTO.....:	1,502,653.40
TOTAL GRAVADO.....:	596,435.00
*IVA.....:	113,322.65
TOTAL DESPACHO.....:	2,212,411.05

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

MAIA POS 2017
TIRESIA S.A.S

CC. 44108834

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 10.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24784233
AFILIACION: 24784233 01
NOMBRE: VELASQUEZ GAVIRIAJUDITH

COD. PLAN: SENA3
EDAD: 84 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.04.202	Esomeprazol tab 20 mg 1 cada día. # 30
	Aceteminofén tab 500 mg 1 cada 8 horas. # 90
	Sertralina tab 50 mg 1 cada día. # 30
	Quetiapina tab 25mg 1 cada dia # 30
	Rivastigmina parches 27mcg aplicar 1 al dia # 30
	Espironolactona tab 25 mg cada día. # 30
	Apixabán Eliquis tab 2,5 mg cada 12 horas. # 60
	Rosuvastatina tab 20 mg cada noche. # 30
	Metoprolol succinato tab 50 mg cada día. # 30
	Furosemida tab 40 mg cada día. # 30
	Ácido fólico tab 1 mg 1 cada día. # 30
	Indacaterol + glicopirronio inhalador 110/50 mcg 1 cada día. # 1
	Pañales Adulto Talla L, 5 diarios # 150
	Empaglifozina Jardiance tab 10MG 1 cada dia # 30

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

FIRMA MÉDICO

Lucy Yaneth Giraldo Velásquez
C.C. 30.305.669
Tel: 3103840177

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 10.APR.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24784233	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	24784233 01	**EDAD:**	84 Años
NOMBRE:	VELASQUEZ GAVIRIAJUDITH	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	**PLAN DE TRATAMIENTO**
	FORMULA 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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/15 HORA: 11:13:57 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000389
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MARIA ISABEL MORALES DE MORALE
CC. :24284705
NRO FORMULA: 24284705-1
FECHA FORMULA: 12/04/2023

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
7703153001209	EPOYEI 2000 U.I. CAJA X 1 AMP	0005	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Gonzalo Morales
ID. 275.688

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/12 HORA: 19:55:25 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000389
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA ISABEL MORALES DE MORALE
CC. :24284705
NRO FORMULA: 24284705-1
FECHA FORMULA: 12/04/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702605101146					
FUROSEMIDA 40 MG CAJA X 100 TABL	0000	0060	0000	0000	8,287.80
7705959140014					
CARVEDILOL 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0002	0000	0000	0000	45,700.00
7706263001671					
APROVEL 300 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	38,612.00
7702605100392					
AMLODIPINO 5 MG CAJA X 10 TABL	0003	0000	0000	0000	12,654.00
7501298224435, 7702418001992					
EUTIROX 125 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000	99,863.00
7702057710231					
ATORVASTATINA 20 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	0000	0000	76,803.00
7709990706208					
ELIQUIS 2.5 MG CAJA X 60 TABL	0001	0000	0000	0000	363,369.00
7795355998425, 7703153001209					
EPOYET 2000 U.I. CAJA X 1 AMP	0025	0000	0005	0000	505,920.00
8904091122059					
FUROMET 50 MCG SPRAY NASAL FRASCO X 120	0001	0000	0000	0000	64,205.00
7707397791032					
DOLEX AVANZADO FRASCO X 100 TABL	0001	0000	0000	0000	84,638.00

TOTAL EXENTO.....:	1,300,051.80
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,300,051.80

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Angie Paola Sanchez M
1053855736

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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 12.APR.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24284705	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	24284705 01	**EDAD:**	83 Años
NOMBRE:	MORALES DE MORALESMARIA ISABEL	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
12.04.2023	FUROSEMIDA TAB 40MG 2 CADA DIA 7AM Y 2PM # 60
	CARVEDILOL TAB x 25MG, 1 CADA 12 HORAS # 60
	IRBESARTAN APROVEL TAB x 300 MG 1 CADA MAÑANA # 30
	AMLODIPINO TABLETA x 5mg MEDIA TABLETA CADA NOCHE # 30
	LEVOTIROXINA (EUTIROX) 125 MCG 1 CADA DIA # 30
	ATORVASTATINA ATORLIP TAB 20MG 1 CADA NCOHE # 30
	APIXABAN ELIQUIS TAB x 2.5MG 1 CADA 12 HORAS # 60
	ERITROPOYETINA AMPOLLA 2000U CADA DIA # 30
	FUROMET MOMETASONA SPRAY NASAL, APLICAR 1 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA 12 HORAS # 1 NO PRODUCTO FT
	FITOSTIMULINE CREMA TOPICA 60gr APLICAR 2 VECES AL DIA # 1
	DOLEX AVANZADO 1 TABLETA CADA 8 HORAS # 100

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

FIRMA MÉDICO

Angie Paola Sánchez M.
1053855736

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/13 HORA: 08:37:55 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000390
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: SOLEDAD MARIN
CC. :24322287
NRO FORMULA: 24322287-1
FECHA FORMULA: 13/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7707277580466 OLOPHARM 0.2 GOTAS FRASCO X 5 ML	0001 0000	0000 0000	37,445.00
7702057061692 CARMELUB TEARS GEL OFTAL FRASCO X 15 ML	0001 0000	0000 0000	56,690.00

TOTAL EXENTO.....:	94,135.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	94,135.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Soledad Marin
24 322.287 CC

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.APR.23

BENEFICIARIO

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

COD. PLAN: SENA3
EDAD: 64 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.04.202	OLOPATADINA SOLUCION OFTALMICA 2%, APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS POR 1 MES # 1
	CARMELUB SOLUCION OFTALMICA GEL APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS # 1

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

FIRMA MÉDICO

Soledad Maria Z.
24.322.287 MLS

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/13 HORA: 10:24:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000391
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ALICIA PANIGUA DE MONTES
CC. :20205433
NRO FORMULA: 20205433-2
FECHA FORMULA: 13/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
8715131024369, 7707172689585 PROLIA 60 MG X 1 JERINGA PRELLENADA	0001 0000	0000 0000	789,817.00

TOTAL EXENTO.....: 789,817.00
TOTAL GRAVADO.....: 0.00
*IVA.....: 0.00
TOTAL DESPACHO.....: 789,817.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Alicia Panigua

20205433

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** 10.APR.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 20205433	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	20205433 01	**EDAD:**	89 Años
NOMBRE:	PANIAGUA DE MONTESALICIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.04.202	* DENOSUMAB PROLIA AMPOLLA x 60mg/ML CADA 6 MESES SUBCUTANEA # 1

Alicia Paniagua
20205433

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/15 HORA: 10:01:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000394
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA YOLANDRA HERNANDEZ GARCI
CC. :30300166
NRO FORMULA: 30300166
FECHA FORMULA: 15/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7706569020659 ACETAMINOFEN 500 MG CAJA X 100 TABL	0000 0020	0000 0000	3,638.00
7702605101498 IBUPROFENO 400 MG CAJA X 100 TABL	0000 0010	0000 0000	1,700.00
7704588001888, 7704588000690 LIDOPROCTO UNGUENTO TUBO X 10 GR	0001 0000	0000 0000	32,547.00

TOTAL EXENTO.....:	37,885.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	37,885.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

10.253.58(

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 14.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30300166	COD. PLAN:	SENA3
AFILIACION:	30300166 01	EDAD:	56 Años
NOMBRE:	HERNANDEZ GARCIAMARIA YOLANDA	SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
14.04.202:	-LIDOPROCTO UNGÜENTO (LIDOCAINA -HIDROCORTISONA) # 1 APLICAR 2 O 3 VECES AL DIA SEGUN DOLOR

CC 10.253.588

AUTORIZADO POR: GLORIA ANGELICA VANEGAS ROJ.
C.C. : 1049641206
R. M. : 1049641206

FIRMA MÉDICO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

URG 047E99408855

NIT: 890.806.490-5 **TELÉFONO:** 8783430 **DIRECCIÓN:** Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia **FECHA:** 14.APR.2023 **HORA GENERADA:** 21:27

SAB: URG_URGENCIAS CL SAN MARCEL

Orden Médica

PACIENTE: HERNANDEZ GARCIA MARIA YOLANDA **NRO. HISTORIA:** CC - 30300166 **AFILIACION:** 30300166 01 **PLAN:** SENA3 SENA ABRIL 2023

CONVENIO: 899999034-3 SENA SERVICIO NACIONAL DE **ESCALA:** ZAJA ABRIL 2 **Dx:** 3 Hemorroides, sin otra especificacion **T. ATENCION:** Urgencias

R/.	Codigos (ISS, SOAT, CUPS) --> Descripción	Presentación	Cantidad
00053560-5	--> ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS		20
00051330-6	--> IBUPROFENO TABLETA 400 MG TOMAR 1 TAB VO CADA 12 HORAS		10

CC. 1025358 8
3106465017.

Confa Salud, Contigo, con todo.

AUTORIZADO POR: GLORIA ANGELICA VANEGAS ROJAS
CC: 1049641206
R.M.: 1049641206

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/15 HORA: 11:03:37 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000395
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ALICIA PANIGUA DE MONTES
CC. :20205433
NRO FORMULA: 20205433-3
FECHA FORMULA: 15/04/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702195113888 PRIMAX LACA X 3 ML	0001	0000	0000	0000	132,754.00

TOTAL EXENTO.....:	132,754.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	132,754.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Alicia Paniagua

20205433

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.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 20205433	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	20205433 01	**EDAD:**	89 Años
NOMBRE:	PANIAGUA DE MONTESALICIA	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.04.202	1. CICLOPIROX LACA 8 % #3 Aplicar 1 vez al día sobre la uña afectada, limpias y secas una capa delgada y esperar 30 segundos hasta su completo secado. Aplicar sobre la placa ungueal completa y en unos 5 mm de la piel circundante Por tres meses

AUTORIZADO POR: MANUELA MARIA RAMIREZ MARIN
C.C. : 1053803157
R. M. : 1053803157

FIRMA MÉDICO

Alicia Paniagua
20205433

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/15 HORA: 13:31:14 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000396
VENDEDOR: SANDRA MILENA ORTIZ LOPEZ
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARINA GUTIERREZ
CC. :24322396
NRO FORMULA: 24322396-
FECHA FORMULA: 15/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7501298224244, 7702418001985 EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	66,420.00
7841141000053 COLMIBE 2010 MG CAJA X 30 COMP	0001 0000	0000 0000	258,933.00
7704588000027 ALSUCRAL 1 G CAJA X 20 TABLETAS	0003 0000	0000 0000	108,492.00

TOTAL EXENTO.....:	433,845.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	433,845.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Firmado 5016000

1053798587
885990

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 10.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24322396	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	24322396 01	**EDAD:**	68 Años
NOMBRE:	GUTIERREZ SANCHEZMARINA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.04.202	EUTIROX TAB x 75 MCG 1 TABLETA DIARIA EN AYUNAS # 30 SUCRALFATE (ALSUCRAL) 1 GR CADA 12 HORAS # 60 COLMIBE 1 TAB x 20/10MG 1 TAB CADA NOCHE # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

MARINA GUTIERREZ
CC 24322396
8859981

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/15 HORA: 14:55:39 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000397
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LUZ MERY MARTINEZ
CC. :30282560
NRO FORMULA: 30282560-2
FECHA FORMULA: 15/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL FALT
7501298224343, 7501298212265			
EUTIROX 25 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	53,546.00
7501298224374, 7702418001541			
EUTIROX 50 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	57,594.00
7703454123181			
CALCIBON D 800 U.I FRASCO X 30 TABL GRAT	0001 0000	0000 0000	70,703.00

TOTAL EXENTO.....:	181,843.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	181,843.00

==========

OBSERVACIONES:
7703454123181

FIRMA DE RECIBIDO: Gloria Mery Martinez
cedula: 24319702

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.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 30282560	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	30282560 01	**EDAD:**	62 Años
NOMBRE:	MARTINEZ GUZMANLUZ MERY	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.04.202	LEVOTIROXINA (eutirox) TABx 25MCG DIA, 1 CADA DIA EN AYUNAS, DE LUN A VIE # 30 LEVOTIROXINA (eutirox) TABx 50MCG CADA DIA EN AYUNAS SAB Y DOM. # 30 CALCIO (CALCIBON) 1 TAB CADA DIA. # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Gloria Nelly Martinez
cc 24319742
cel 3137675137

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/15 HORA: 17:15:18 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000398
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA ROSALBA MEJIA GARCIA
CC. :24323247
NRO FORMULA: 24323247-1
FECHA FORMULA: 15/04/2023

COD / NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702057715151					
ENALAPRIL 20 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	0000	0000	5,855.00
7702870004289					
CARDIOMAX 20 MG CAJA X 20 TABL	0002	0000	0000	0000	556,084.00
7704232001899					
HISTOTAL CAJA X 4 AMPOLLAS BEBIBLES	0002	0000	0000	0000	116,600.00

TOTAL EXENTO.....:	678,539.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	678,539.00

OBSERVACIONES:
7702057715151

FIRMA DE RECIBIDO:

CC 10.226.326
Cel. 3002468703

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.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24323247	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	24323247 01	**EDAD:**	67 Años
NOMBRE:	MEJIA GARCIAMARIA ROSALBA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	**PLAN DE TRATAMIENTO**
15.04.202	* ENALAPRIL TAB x 20 MG 1 CADA DIA # 30 * ROSUVASTATINA CARDIOMAX TAB x 20MG 1 CADA NOCHE # 30 * HISTOTAL AMPOLLAS ORALES x 25000u, TOMAR 2 CADA SEMANA # 8 --- FORMULA PARA 3 MESES

Francisco Jaramillo H
C.C. 10.226.806
Cel. 3002468703

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/18 HORA: 11:46:28 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000399
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ISABEL MENDEZ MARTINEZ
CC. :1002632902
NRO FORMULA: 1002632902
FECHA FORMULA: 18/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
8437009433638 DROSPERA 20 CAJA X 28 COMP	0001	0000	0000	0000	28,040.00

TOTAL EXENTO.....:	28,040.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	28,040.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: javier mendez
6559946
3104478208

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.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1002632902	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	1002632902 01	**EDAD:**	22 Años
NOMBRE:	MENDEZ MARTINEZISABELA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.04.202	DROSPERA 20 1 TABLETA CADA DIA TOMA CONTINUA # 28 POR 3 MESES

Isabel Mendez Martinez
1002632902
3226785597

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/19 HORA: 15:22:37 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000400
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA CONSUELO QUINTERO MARTIN
CC. :25097217
NRO FORMULA: 25097217-4
FECHA FORMULA: 19/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057712808			
VALSARTAN 80 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	19,713.00
7501298224374, 7702418001541			
EUTTROX 50 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	57,594.00
7702418001381			
GLUCOPHAGE 500 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	88,617.00
7702057707057			
ATORVASTATINA 40 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	131,715.00
7702057731892			
BIOCALCIUM PLUS CAJA X 30 SOBRES	0001 0000	0000 0000	49,330.00
300651431483, 0300651431483			
SYSTANE ULTRA GOTAS FCO X 10 ML	0001 0000	0000 0000	53,911.00

TOTAL EXENTO.....:	400,880.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	400,880.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

C.C. 25.097217

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

3234764396

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 18.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25097217	COD. PLAN:	SENA3
AFILIACION:	25097217 01	EDAD:	61 Años
NOMBRE:	QUINTERO MARTINEZMARIA CONSUELO	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.04.202	- VALSARTAN TABLETA x 80mg 1 CADA DIA # 30 - EUTIROX TABx 50 MCG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 - GLUCOPHAGE TAB 500MG CADA DIA # 30 - ATORVASTATINA CAPSULA 40mg CADA DIA EN LA NOCHE # 30 - BIOCALCIUM PLUS SOBRES 1 CADA DIA # 30 - SYSTANE ULTRA SOLUCION OFTALMICA 10ml, APLICAR 1 GOTA EN CADA OJO CADA 8 HORAS # 1 --- FORMULA PARA 3 MESES

Maria Consuelo Quintero
CC 25.097217

323 4764396

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/19 HORA: 15:26:15 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000401
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA CONSUELO QUINTERO MARTIN
CC. :25097217
NRO FORMULA: 25097217-5
FECHA FORMULA: 19/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7703454820646 CELECTAN 500 MG CAJA X 6 TABL	0001 0000	0000 0000	89,473.00

TOTAL EXENTO.....:	89,473.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	89,473.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

R25.097217

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

2724764396

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 18.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 25097217	COD. PLAN:	SENA3
AFILIACION:	25097217 01	EDAD:	61 Años
NOMBRE:	QUINTERO MARTINEZMARIA CONSUELO	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.04.202	- CELECTAN TABLETA x 500mg CADA 12 HORAS, CON ESTOMAGO LLENO, POR 3 DIAS # 6

Maria Consuelo Quintero M
CC 25.097217
323 476 4396

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/19 HORA: 15:34:33 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000402
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA CAMILA CARDONA
CC. :1002633966
NRO FORMULA: 1002633966-1
FECHA FORMULA: 19/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7706569020659			
ACETAMINOFEN 500 MG CAJA X 100 TABL			
	0000 0030	0000 0000	5,457.00
7707177972118			
LABINPINA (HIOSCINA N-BUTILBROMURO) 10 M			
	0001 0000	0000 0000	18,581.00
7702605102044			
OMEPRAZOL 20 MG CAJA X 10 CAP			
	0002 0000	0000 0000	5,458.00

TOTAL EXENTO.....:	29,496.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	29,496.00

==========

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: 24620863

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

FORMULA MEDICA

Hospital Universitario de Caldas

Reconciliacion Medicamentosa

NIT: 890807591-5 Dirección: Calle 48 No. 25-71 TELEFONO: 8 78 25 00

Lugar Preescripción: Manizales, Caldas

CAMA: 505B

Servicio: HOSP 5 SUR

Fecha Preescripción: 19/04/2023 01:03 p. m. **Nº Historia Clinica:** 1002633966 **Nº Folio:** 40

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA CAMILA CARDONA JARAMILLO **Identificacion :** 1002633966 **Sexo :** Femenino

Edad Actual: 21 Años / 5 Meses / 5 Dias **Ingreso:** 1473387 **Fecha Ingreso:** 17/04/2023 2:27:09 a. m.

Entidad: SENA - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Telefono :** 3117818231

MEDICAMENTOS POS

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
N02BA001011	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA	TREINTA	30
Concentracion: 500 mg	**Unidad:** TABLETAS	**Via Administracion:** Oral	**Dias tratamiento:** 7
Posologia: 1 / 6 horas			

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
A03BH013021	HIOSCINA N BUTIL BROMURO 10 mg TABLETA	VEINTE	20
Concentracion: 10 mg	**Unidad:** TABLETAS	**Via Administracion:** Oral	**Dias tratamiento:** 5
Posologia: 1 / 6 horas			

Codigo	Medicamento	Cantidad en letras	Cantidad
A02BO002101	OMEPRAZOL 20 mg CAPSULA	QUINCE	15
Concentracion: 20 mg	**Unidad:** CAPSULA	**Via Administracion:** Oral	**Dias tratamiento:** 15
Posologia: 1 / dia, antes de desayuno con estomago vacio			

Gloria Inés Escudero López
CC 24620867
Cel. 3117818231

Medico: BECERRA GONZALEZ LUIS FERNANDO

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Registro: 15259

Firma:

LICENCIADO A: [SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD- SES] NIT [890807591-5]

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/19 HORA: 17:14:17 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000403
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: JACOBO ATEHORTUA SUAREZ
CC. :1054870125
NRO FORMULA: 1054870125
FECHA FORMULA: 19/04/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702207188620 SMECTA NARANJA Y VAINILLA CAJA X 10 SOBR	0000	0006	0000	0000	47,268.60
7702771001561 PROBIOTICO ENTEROGERMINA SUSPENSION ORAL	0001	0000	0000	0000	12,470.00
7501033957369 PEDIALYTE MAX 60 MANZANA FRASCO X 500 ML	0001	0000	0000	0000	6,488.00
7501033957376 PEDIALYTE MAX 60 UVA FRASCO X 500 ML	0002	0000	0000	0000	12,976.00
7703363005561, 7451079000669 DOLEX 500 MG CAJA X 200 TABL	0000	0020	0000	0000	13,442.40

TOTAL EXENTO.....:	152,645.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	152,645.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Angela Ma. Suárez S
30405978
3175646928

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.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: TI - 1054870125
AFILIACION: 1054870125 01
NOMBRE: ATEHORTUA SUAREZJACOBO

COD. PLAN: SENA3
EDAD: 14 Años
SEXO: Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
19.04.2023	SMECTA SOBRES 1 SOBRE DILUIDO EN MEDIO VASO DE AGUA CADA 12 HORAS POR 3 DIAS # 6
	ENTEROGERMINA PLUS AMPOLLAS ORALES 1 CADA DIA POR 5 DIAS # 5
	PEDIALYTE 60 x 500ml, TOMAR A LIBRE DEMANDA # 3
	DOLEX TABLETA x 500mg 1 CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE # 20

Angela Ma. Suárez Serna
CC 30405978
Cel 3175616928

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/19 HORA: 16:27:24 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000404
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ISABELA ATHEORTUA
CC. :1054875225
NRO FORMULA: 1054875225
FECHA FORMULA: 19/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057070052 DICLOXACILINA 500 MG CAJA X 50 CAP	0000 0020	0000 0000	13,006.00
7703281000112 PRESIDERM 2 UNGUENTO TUBO X 15 ML	0002 0000	0000 0000	116,770.00

TOTAL EXENTO.....:	129,776.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	129,776.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Angela Ma. Suárez
30405978
3175616928

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.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	TI - 1054875225	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	1054875225 01	**EDAD:**	12 Años
NOMBRE:	ATEHORTUA CARDONAISABELA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
11.04.202:	DICLOXACILINA DICLOCIL TABLETA x 500mg 1 CADA 8 HORAS , CON ESTOMAGO LLENO, POR 7 DIAS. # 20
	PRESIDERM CREMA x 15 gr, APLICAR CADA NOCHE POSTERIOR A LAVADO CON JABON # 2

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

FIRMA MÉDICO

Angela María Suárez Serna
C.C 30405978
cel 3175616928

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/19 HORA: 18:33:13 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000405
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: DANNA GABRIELA FRANCO HURTAD
CC. :1064441597
NRO FORMULA: 1064441597
FECHA FORMULA: 19/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7703283403485 EFEXOR XR 150 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	52,567.00
7702057078799 QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001 0000	0000 0000	15,510.00
7706569022707 ACICLOVIR 800 MG CAJA X 10 TAB	0002 0000	0000 0000	29,800.00
7706569022790 ACICLOVIR 800 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	33,197.00
7706127004589, 7702973017025 VIREX UNGUENTO TOPICO TUBO X 15 GR	0002 0000	0000 0000	89,932.00
7703889019059 CLOBEZAN CREMA TUBO X 25 GR	0001 0000	0000 0000	36,881.00

TOTAL EXENTO.....:	257,887.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	257,887.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Danna Franco

3154392976
CC. 1064441597

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 10.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1064441597	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	1064441597 01	**EDAD:**	23 Años
NOMBRE:	FRANCO HURTADODANNA GABRIELA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
10.04.2023	AFFEXOR (Venlafaxina) CAP x 150 mg 1 cada dia # 30 QUETIAPINA TAB 25mg mg TOMAR noche # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES ACYCLOVIR VIREX TABLETA x 800mg TOMAR 1 TAB CADA 4 HORAS POR 7 DIAS. # 42 ACYCLOVIR VIREX UNGUENTO 5% x15gr, APLICAR 4 VECES AL DIA EN LAS LESIONES # 2 CLOBEZAN CREMA APLICAR CADA NOCHE EN AXILAS SEGUN NECESIDAD # 1

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

FIRMA MÉDICO

Danna Franco
CC. 1064441597
Tel. 3154392976

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/20 HORA: 13:14:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000406
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA RUTH QUICENO GARCIA
CC. :24313014
NRO FORMULA: 24313014
FECHA FORMULA: 20/04/2023

COD NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT	SUBTOTAL
7702870924273 SYNTHROID 50 MCG CAJA X 90 TABL	0001	0000	0000	0000	93,401.00
7703454123136 FARMA D (VITAMINA D3) 2.000 UI X 60 CAP	0001	0000	0000	0000	80,341.00
7730979097970 VEDIPAL 1000 MG CAJA X 30 COMP	0002	0000	0000	0000	512,106.00
7702057700119 VITA C NARANJA CAJA X 100 TABLETAS MASTI	0000	0030	0000	0000	12,048.60

TOTAL EXENTO.....:	697,896.60
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	697,896.60

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

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

C 24313014

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 18.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24313014	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	24313014 01	**EDAD:**	74 Años
NOMBRE:	GARCIA QUICENOMARIA RUTH	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.04.202	SYNTHROID (LEVOTIROXINA) 50MCG CADA DIA CADA MAÑANA # 30 FARMA D (VIT D) 2000UI 1 CADA DIA. # 30 VEDIPAL (DIOSMINA/HESPERIDINA) 1 CADA 12 HORAS # 60 ACIDA ASCORBICO TABLETA 500mg 1 CADA DIA # 30 ENSURE ADVANCE FRASCO x 220ml 2 AL DIA # 60 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

cel. 3155578926
Fijo 606-890-02-53
Dire
Kra 22A #75-66
Apto 301
los cerezos ayúdan

TOPOPULAR S.A.S

NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/20 HORA: 16:02:13 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000407
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ANA MARIA CARDONA
CC. :24299730
NRO FORMULA: 24299730-5
FECHA FORMULA: 20/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT	FALT
7702057074456				
IRBESARTAN 300 MG CAJA X 14 TABL +++	0002	0000	27,336.00	
7702418000988				
CONCOR 10 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	38,910.00	
7702057073503				
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	3,276.00	
7707204490837				
SEGREGAM 20 MG CAJA X 28 COMP	0001	0000	276,080.00	
7841141000053				
COLMIBE 2010 MG CAJA X 30 COMP	0001	0000	258,933.00	
7703454920841				
STAMYL CAJA X 20 GRAGEAS	0002	0000	141,870.00	
7703153022570				
CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 30 TABL	0001	0000	65,140.00	
7891317196769				
ESCITALOPRAM 10 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	35,805.00	
7501298220185				
NEUROBION DC CAJA X 3 AMP	0001	0000	122,643.00	

TOTAL EXENTO.....:	969,993.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	969,993.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

CC. 4'326.805

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.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24299730
AFILIACION: 24299730 01
NOMBRE: CARDONA GAVIRIAANA MARIA

COD. PLAN: SENA3
EDAD: 74 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
18.04.202	IRBERSARTAN TAB x 300MG DIA, 1 TAB AL DIA # 30 BISOPROLOL TAB 10MG 1 TAB AL DIA # 30 HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA X 25MG 1 CADA DIA # 30 SEGREGAM TABLETA X 20MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 COLMIBE 1 TAB 20/10MG 1 TAB CADA NOCHE # 30 STAMYL TABLETAS 1 TABLETA AL DIA # 60 CITRAGEL1 CAPSULA CADA DIA # 30 ESCITALOPRAM ESCILOM TAB x 10mg 1 CADA DIA # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES NEUROBION DC JERINGA PRELLENADA 1 AMPOLLA IM CADA SEMANA # 3 UNICA ENTREGA

Ana María Cardona
24'299.730 m-3

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/22 HORA: 09:44:56 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000408
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA NUBIA JIMENEZ
CC. :30284140
NRO FORMULA: 30284140-8
FECHA FORMULA: 22/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702057078799			
QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001 0000	0000 0000	15,510.00
7703889041272			
LACTULAX CAJA X 12 SOBRES	0002 0000	0000 0000	202,138.00
7703889155771			
FEMTRIOL CREMA VAGINAL TUBO X 20 GR + 5	0002 0000	0000 0000	47,186.00

TOTAL EXENTO.....:	264,834.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	264,834.00

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

1053742711

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 23.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 30284140
AFILIACION: 30284140 01
NOMBRE: JIMENEZ MURILLOMARIA NUBIA

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 63 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
23.02.202	QUETIDIN TABLETA x 25MG CADA NOCHE # 30 LACTULAX SOBRES 1 SEGUN NECESIDAD # 30 FEMTRIOL CREMA VAGINAL CADA 3 DIAS # 2 --- FORMULA PARA 3 MESES APRONAX TABLETA 550mg 1 CADA 1 2HORAS POR 5 DIAS # 10 BEDOYECTA JERINGA PRELLENADA 1 AMPOLLA IM CADA 5 DIAS # 3

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

FIRMA MÉDICO

Nubia Jimenez
3186943600
Cra 19 No 46B-30
30284140

Daniel Cano Trejo
1053792771

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/22 HORA: 12:09:54 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000409
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: GLORIA PATRICIA SALAZAR
CC. :51768542
NRO FORMULA: 51768542-3
FECHA FORMULA: 22/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7896261006249					
DIOVAN 80 MG CAJA X 28 TABL	0001	0000	0000	0000	27,304.00
7702418001084					
GLUCOPHAGE 850 MG CAJA X 30 TABL	0002	0000	0000	0000	214,968.00
7703281008415					
DERMACORTINE CREMA TUBO X 15 GR	0001	0000	0000	0000	64,742.00
7702207700051					
STAFEN 13520 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	370,989.00
7705959885922					
ACETAMINOFEN + CAFEINA 50065 MG CAJA X 4	0000	0000	0001	0012	38,570.00
7703153040338					
DEFEROL + K CAJA X 30 CAP	0001	0000	0000	0000	34,856.00*

TOTAL EXENTO.....:	713,573.00
TOTAL GRAVADO.....:	34,856.00
*IVA.....:	6,622.64
TOTAL DESPACHO.....:	755,051.64

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO

Patricia Salazar-S
CC. 51768542

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.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 51768542
AFILIACION: 51768542 01
NOMBRE: SALAZAR SALAZARGLORIA PATRICIA

COD. PLAN: SENA3
EDAD: 59 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
21.04.2023	DIOVAN VALSARTAN TAB 80mg 1 CADA 24 HORAS # 30
	METFORMINA GLUCOPHAGE 1 TAB 850MG CADA 12 HORAS # 60
	PRAGMATEN TAB 20mg 1 CADA DIA # 30
	DERMACORTINE CREMA APLICAR CADA NOCHE SEGUN NECESIDAD # 1
	STAFEN 1 TABLETA x 135/20mg 1 CADA NOCHE # 30
	ACETAMINOFEN FORTE TAB 500/65mg CADA 12 HORAS # 60
	DEFFEROL + K CAPSULA 2000u 1 CAPSULA CADA DIA # 30
	FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Patricia Salazar S
CC: 51768542
Tel: 3206536657

Ut AMPLIA CONSULTA
CC. 30292942

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/22 HORA: 15:05:40 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000002411
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LUZ AMPARO GRISALES
CC. :30292942
NRO FORMULA: 30292942-5
FECHA FORMULA: 22/04/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7704232001776 BUCCOTHERM SPRAY DENTAL FRASCO X 200 ML	0001 0000	0000 0000	40,004.00*

TOTAL EXENTO.....:	0.00
TOTAL GRAVADO.....:	40,004.00
*IVA.....:	7,600.76
TOTAL DESPACHO.....:	47,604.76

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: CC 30292942

MAIA POS 2017 R/ 3113902211
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
23	04	12

Asegurador: _____
Nombre:

E.P.S.	ARL	SOAT	OTRA

Empresa:

Documento de identificación: 30292942.

Primer apellido: Orsulis Segundo apellido: Correa Nombre(s): LUZ Amparo

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	Formulada	Cantidad entregada
1.	Bucotherm Spray, #1 aplicaciones al día.		N°	Letras: Frasco,	N°: 2
2.					
3.					

Firma y sello del profesional:

N° de registro profesional: 005-0024.

Recibí conforme:

Identificación: 1027563793

Teléfono:

Luz Amparo Orsulis Correa
CC 30292942.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio
EDITORIAL ZAPATA - MANIZALES

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/24 HORA: 10:13:07 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000412
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: TERESA DE JESUS GOMEZ GOMEZ
CC. :24298653
NRO FORMULA: 24298653-1
FECHA FORMULA: 24/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	ENTR	CANT UNID FALT	FALT	SUBTOTAL
7702057074470					
IRBESARTAN 150 MG CAJA X 14 TABL +++					
	0002	0000	0000	0000	19,266.00
7703153027117					
PREDIAL LEX 850 MG CAJA X 30 TABL					
	0001	0000	0000	0000	82,536.00
7702123008811					
CARDIOASPIRINA 81 MG CAJA X 30 TABL					
	0001	0000	0000	0000	52,414.00
7501298224343, 7501298212265					
EUTIROX 25 MCG CAJA X 50 TABL					
	0001	0000	0000	0000	53,546.00
7702207573860					
NUEVI D (VITAMINA D3) 7000 UI CAJA X 4 T					
	0001	0000	0000	0000	40,621.00
7702057710231					
ATORVASTATINA 20 MG CAJA X 30 TAB					
	0001	0000	0000	0000	76,803.00

TOTAL EXENTO.....:	325,186.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	325,186.00

==========

OBSERVACIONES:
Jose William Cardenas A

FIRMA DE RECIBIDO: _____
CC. 4'327,421

MATA POS 2017
TIRESIA S.A.S 3006544230
www.tiresia.com.co

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 17.MAR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24298653
AFILIACION: 24298653 01
NOMBRE: GOMEZ GOMEZTERESA DE JESUS

COD. PLAN: SENA2
EDAD: 74 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.03.202	- IBERSARTAN TAB 150mg 1 CADA DIA # 30 - PREDIALEX METFORMINA TAB 850mg 1 CADA DIA # 30 - CARDIOASPIRINA TAB x 81 MG 1 CADA DIA CON EL ALMUERZO # 30 - EUTIROX TAB x 25MCG 1 CADA DIA, EN AYUNAS # 30 - NUEVID VITAMINA D TAB x 7000UI, 1 CADA SEMANA # 4 - ATORVASTATINA TAB 20mG 1 CADA NOCHE # 30 - BETAHISTINA TAB 16MG 1 TAB CADA NOCHE # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

Jose William Cardona
CC 4327421
3006544730

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/25 HORA: 17:05:21 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000413
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LIGIA FONSECA DE DUQUE
CC. :24319563
NRO FORMULA: 24319563-1
FECHA FORMULA: 25/04/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702057712808			
VALSARTAN 80 MG CAJA X 30 CAP	0001	0000	19,713.00
7501098607728			
BETALOC ZOK 50 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	17,130.00
7702057708993			
ESOMEPRAZOL 20 MG CAJA X 30 TAB	0001	0000	71,058.00
7703153036034			
LIPOMEGA 20 CAJA X 60 CAP	0001	0000	300,703.00
7501298224237, 7702418004580			
EUTIROX 88 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	69,640.00
7703454123181			
CALCIBON D 800 U.I FRASCO X 30 TABL GRAT	0001	0000	70,703.00

TOTAL EXENTO.....:	548,947.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	548,947.00

==========

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Heli Duque P.
cc 10211453
3183462011

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

Powered by CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 25.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 24319563
AFILIACION: 24319563 01
NOMBRE: FONSECA DE DUQUELIGIA

COD. PLAN: SENA3
EDAD: 69 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
23.02.202	VALSARTÁN TABLETA POR 80 MG 1 CADA NOCHE # 30
	BETALOK ZOK TAB x 50 MG 1 CADA DIA # 30
	ESOMEPRAZOL TAB 20MG MK CADA DIA EN AYUNAS # 30
	ATORVASTATINA LIPOMEGA 20 TAB 20mg CADA NOCHE # 30
	CALCIBON D 800 1 TABLETA CADA DIA # 30
	EUTIROX TAB x 88 MCG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30

FORMULA PARA 3 MESES

Heli Duque P.
10211453
3183462011

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/25 HORA: 17:08:49 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000414
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: LIGIA FONSECA DE DUQUE
CC. :24319563
NRO FORMULA: 24319563--2
FECHA FORMULA: 25/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7703712030695					
CLORFENIRAMINA 4 MG CAJA X 20 TABL	0001	0000	0000	0000	3,528.00
7702605105571					
DEXAMETASONA 4 MG CAJA X 10 AMP	0000	0001	0000	0000	2,728.50
7702057012397					
BENZIRIN VERDE EUCALIPTO CAJA X 12 TABL	0001	0008	0000	0000	41,666.67

TOTAL EXENTO.....:	47,923.17
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	47,923.17

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Ligia Duque

1021145 3

3183462011

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 25.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24319563	COD. PLAN:	SENA3
AFILIACION:	24319563 01	EDAD:	69 Años
NOMBRE:	FONSECA DE DUQUELIGIA	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
25.04.2023	CLORFENIRAMINA 1 TABLETA 4mg CADA NOCHE POR 4 DIAS # 4
	DEXAMETASONA AMPOLLA 4mg INTRAMUSCULAR DOSIS UNICA # 1
	BENZIRIN VERDE TABLETAS MASTICABLES 1 CADA 6 HORAS # 20

Heli Duque P.
10211453
3183462011

3136397758

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 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/27 HORA: 10:21:27 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000415
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: ALICIA PANIGUA DE MONTES
CC. :20205433
NRO FORMULA: 20205433-4
FECHA FORMULA: 27/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702418003118			
GLUCOPHAGE XR 500 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	93,029.00
3596540150062			
GLUCOPHAGE XR 1000 MG CAJA X 30 TABL	0000 0000	0001 0000	153,683.00
4048846003508			
MICARDIS AMLO 80/5 MG CAJA X 28 COMP	0001 0000	0000 0000	78,937.00
7702418000872			
CONCOR 5 MG CAJA X 30 TABL	0002 0000	0000 0000	38,880.00
7702870072202			
CARDIOL 25 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	82,724.00
7702123828631			
CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	55,580.00
7705959013448			
ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 14 TABL	0001 0000	0000 0000	70,039.00
7792219000607			
METOTREXATO 2.5 MG CAJA X 100 COMP	0000 0020	0000 0000	39,531.40
7702184011911			
ACIDO FOLICO 1 MG CAJA X 60 TABL	0000 0030	0000 0000	2,728.50

TOTAL EXENTO.....:	615,131.90
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	615,131.90

OBSERVACIONES: Alicia Panigua

FIRMA DE RECIBIDO:

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

20205433
3137727 32

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

3a

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 28.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 20205433 **COD. PLAN:** SENA1
AFILIACION: 20205433 01 **EDAD:** 89 Años
NOMBRE: PANIAGUA DE MONTESALICIA **SEXO:** Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
28.02.202	GLUCOPHAGE XR TAB x 500 MG 1 CADA DIA # 30
	GLUCOPHAGE XR TAB x 1000 MG 1 CADA DIA # 30
	MICARDIS AMLO TAB x 80/5 MG 1 AL DIA # 30
	CONCOR (BISOPROLOL) 5 MG A LAS 9 AM - 9 PM # 60
	CARDIOL TAB x 25 MG UNA TABLETA CADA DIA # 30
	CARDIOASPIRINA TAB x 100 MG CADA DIA # 30
	ROSUVASTATINA (GENFAR) TAB x 20 MG 1 CADA NOCHE # 30
	METROTEXATE TAB 2.5MG 3 TAB SAB 2 Y 1 TAB DOM # 20
	AC FOLICO 1 TAB 1MG 1 CADA DIA # 30
	FORMULA PARA 3 MESES

Alicia Paniagua
20205433
3134 32 3222

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

FIRMA MÉDICO

K 25 # 65 - 230 Marabú
Cupto 605

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/28 HORA: 18:52:54 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000416
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA RUTH QUICENO GARCIA
CC. :24313014
NRO FORMULA: 24313014-1
FECHA FORMULA: 28/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT FALI
7710428018717			
ENSURE ADVANCE LIQUIDO FRESA BOTELLA X 2	0030.0000	0000 0000	240,000.00
7710428018670			
ENSURE ADVANCE LIQUIDO VAINILLA BOTELLA	0030.0000	0000 0000	240,000.00

TOTAL EXENTO.....:	480,000.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	480,000.00

OBSERVACIONES:

EL BENEFICIO NO HA SIDO REGISTRADO
CORRECTAMENTE PARA EL PROGRAMA
NUTRICION POR TI
FAVOR COMUNIQUESE CON EL SERVICIO
AL CLIENTE DEL PROGRAMA

FIRMA DE RECIBIDO:

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

C 24313014

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
2023	04	21

Asegurador: SENA

Nombre:

E.P.S.	ARL	SOAT	OTRA

Empresa	Documento de identificación
	24313014

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		
GARCIA	QUICENO	MARIA KURIT						R634

NOMBRE DEL MEDICAMENTO, CONCENTRACIÓN O DOSIS	Forma farmacéutica	Cantidad N°	Formulada Letras	Cantidad entregada N°
1. ENSURE ADVANCE LIQUIDO FRASCO X 220 ML: TOMAR 2 VECES AL DIA X 60	220ML	120	CIENTO VEINTE	120 Unidades
2. DIAS PARA UN TOTAL DE 120 Unidades de				
3. 220 ML				

Firma y sello del profesional:

Paula Quiceno

N° de registro profesional:

Recibí conforme:

Identificación: C24313014

Teléfono: 8900253

Cel 3155581920

CORDIAL ZAPATA - MANIZALES

VIGILADO Supersolu
VIGILADO SuperSubsidio

D R O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 93
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 60-98 PLAZA SANTO DOMINGO
TELEFONO : 8851412

FECHA: 2023/04/29 HORA: 12:00:04 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP A093000000417
VENDEDOR: DIANA ELIZABETH ECHEVERRI VALENCIA
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARIA ISABEL MORALES DE MORALE
CC. :24284705
NRO FORMULA: 24284705-2
FECHA FORMULA: 29/04/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7705959881221, 7705959013424 CARVEDILOL 12.5 MG CAJA X 30 TABL +-+	0001 0000	0000 0000	13,106.00
7703153011468 CALCITRIOL 0.25 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	39,982.00

TOTAL EXENTO.....: 53,088.00
TOTAL GRAVADO.....: 0.00
*IVA.....: 0.00
TOTAL DESPACHO.....: 53,088.00

OBSERVACIONES:

10-276-688

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 27.APR.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24284705	**COD. PLAN:**	SENA3
AFILIACION:	24284705 01	**EDAD:**	83 Años
NOMBRE:	MORALES DE MORALESMARIA ISABEL	**SEXO:**	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO	
27.04.202	FORMULA MEDICA	
	1. CARVEDILOL X 12.5 MG TABLETAS TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS	# 120
	2. CALCITRIOL X 0.25 MCG CAPSULAS TOMAR 1 CAPSULA CADA DIA.	# 90

Carmen M. Morales de M.

3137440909

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

FIRMA MÉDICO

DROPOPULAR S.A.S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 14
TELEFONO : 8792923

FECHA: 2023/02/01 HORA: 13:11:07 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000164
VENDEDOR: PAULA ANDREA HENAO MONTOYA
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 65445246 CARDENAS VEGA KAREN ALI
CIA
USUARIO: GLORIA AMPARO VELEZ
CC. :24726051
NRO FORMULA: 24726051-6
FECHA FORMULA: 01/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT FALT
7702057803278			
CASTROFAST ADVANCE CAJA X 10 SOBRES			
	0001	0000 0000	24,805.00
7706569002853			
METOCLOPRAMIDA 10 MG CAJA X 30 TABL +++			
	0000	0010 0000	3,607.67
7703153030957			
EZOLIUM 40 MG FRASCO X 30 CAP			
	0001	0000 0000	234,926.00

TOTAL EXENTO.....:	263,338.67
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	263,338.67

==========

OBSERVACIONES:

Cesar Ariza Arbeláez
1022357 8

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: FECHA 1.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24726051	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	24726051 01	EDAD:	62 Años
NOMBRE:	VELEZ HURTADOGLORIA AMPARO	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
1.02.2023	EZOLIUM CAPSULA 40mg 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30
	GASTROFAST SACHETS x 10ml CADA 8 HORAS # 10
	METOCLOPRAMIDA 1 TABLETA 10mg CADA 8 HORAS ANTES DE COMER # 10

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

FIRMA MÉDICO

Cesar Arcila Arbeláez
10223878

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: 2023/02/04 HORA: 14:36:34 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000166
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN AL
ICIA
USUARIO: MARIA DIAZ
CC. :24298037
NRO FORMULA: 24298037-76
FECHA FORMULA: 04/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
4260095683991, 7896226504445			
DILATREND 12.5 MG CAJA X 28 TABL	0002	0000	30,800.00
7702057710163			
LOSARTAN 50 MG CAJA X 30 TAB	0002	0000	26,674.00
7702057073503			
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	3,276.00
7703432425542, 7703432425559			
PRAZOSINA 1 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	6,885.00
7702605103959			
SERTRALINA 100 MG CAJA X 10 TABL +++	0001	0000	50,784.00
7703153022570			
CITRAGEL 1500MG200 UI CAJA X 30 TABL	0001	0000	65,140.00
7703153027100			
PREDIAL LEX 500 MG CAJA X 30 TABL	0001	0000	75,276.00
7703153030933			
EZOLIUN 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001	0000	192,479.00
7707172688939			
DOLEX AVANZADO CAJA X 10 TABL	0006	0000	68,646.00
7702057012663			
ANEXIA 120 MG CAJA X 7 TABL	0002	0000	112,800.00
7702605102297			
KETOPROFENO GEL TUBO X 60 GR +++	0001	0000	22,512.00

TOTAL EXENTO.....:	655,272.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
%IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	655,272.00

OBSERVACIONES:

Cecilia Gaviria
2853772.

FIRMA DE RECIBIDO:_____

2-

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 3.JAN.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24298037	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24298037 01	**EDAD:**	74 Años
NOMBRE:	DIAZ VASQUEZMARIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
3.01.2023	CARVEDILOL (DILATREND) TAB 12.5 CADA 12 HORAS # 60 LOSARTAN MK TAB 50MG CADA 12 HORAS # 60 HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25 MG CADA DIA # 30 PRAZOSINA TAB 1 MG CADA DIA # 30 SERTRALINA TAB 100MG CADA DIA # 30 CALCIO + VITAMINA D CITRAGEL 1 TABLETA CADA DIA # 30 PREDIALEX CAPSULA 500MG 1 CADA DIA CON EL ALMUERZO # 30 EZOLIUM 1 CAPSULA 20mg CADA DIA EN AYUNAS # 30 DOLEX AVANZADO 1 TABLETA CADA 8 HORAS SEGUN DOLOR # 60 --- FORMULA PARA 3 MESES ETORICOXIB ANEXIA 1 TABLETA x 120mg 1 CADA DIA POR 14 DIAS # 14 KETOPROFENO GEL APLICAR 3 VECES AL DIA # 1

4320359
3217978840

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

FIRMA MÉDICO

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

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

FECHA: 2023/02/04 HORA: 14:43:20 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A1270000000167
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA
USUARIO: MARGARITA GONZALEZ
CC. :24836776
NRO FORMULA: 24836776-74
FECHA FORMULA: 04/02/2023

COD / NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7501298224237, 7702418004582 EUTIROX 88 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	53,533.99
7501298224244, 7702418001985 EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL	0001 0000	0000 0000	51,059.96
7703763997763 LEPRIT ENZIMATICO CAJA X 60 GRAGEAS	0001 0000	0000 0000	139,866.00
7702057030001 DEXAPRON 10 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	285,154.00
7702057078799 QUETIAPINA 25 MG CAJA X 30 TABL +++	0001 0000	0000 0000	15,510.00
7703153030933 EZOLIUM 20 MG FRASCO X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	192,479.00
7705959013448 ROSUVASTATINA 20 MG CAJA X 14 TABL	0002 0000	0000 0000	140,078.00
7702123828631 CARDIOASPIRINA 100 MG CAJA X 30 TABL	0001 0000	0000 0000	55,580.00
7702207573860 NUEVI D (VITAMINA D3) 7000 UI CAJA X 4 T	0002 0000	0000 0000	81,242.00
7703283404659, 7703283402742 LYRICA 75 MG CAJA X 30 CAP	0001 0000	0000 0000	39,611.40

TOTAL EXENTO.....:	1,054,114.35
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
%IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	1,054,114.35

OBSERVACIONES:

Rebirma Paz
75146502
8913267

FIRMA DE RECIBIDO.

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	COD. PLAN:	SENAH
AFILIACION:	24836776 01	EDAD:	67 Años
NOMBRE:	GONZALEZ DE PEREZMARGARITA	SEXO:	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
29.11.2022	* LEVOTIROXINA EUTIROX TAB x 88 MCG 1 CADA DIA LUN A VIE # 20
	* LEVOTIROXINA EUTIROX TAB x 75 MCG 1 CADA DIA FINES DE SEMANA # 10
	* LEPRIT ENZIMATICO CADA 12 HORAS # 60
	* 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
	* ESOMEPRAZOL EZOLIUM CAP x 20 MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30
	* ROSUVASTATINA TAB 20 MG EN LAS NOCHES VO # 30
	* CARDIOASPIRINA 1 TAB 100 MG 1 CADA DIA # 30
	* NUEVID 1 TAB x 7000UI 1 CADA 4 DIAS (2 SEMANALES) # 8
	* LYRICA PREGABALINA TAB 75MG 1 CADA DIA # 30
	* 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
75146562
8913267

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: 2023/02/07 HORA: 11:26:23 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000168
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR QUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN ALICIA
USUARIO: KELLY OCTAVIA MEJIA
CC. :1053773048
NRO FORMULA: 1053773048-80
FECHA FORMULA: 07/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT	SUBTOTAL FALT
7702418002005				
EUTIROX 150 MCG CAJA X 50 TABL	0001	0000	0000	0000 112,841.00

TOTAL EXENTO.....:	112,841.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	112,841.00

==========

OBSERVACIONES:

Yhunfred Ocaña
75065470

FIRMA DE RECIBIDO:

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 6.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1053773048	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	1053773048 01	**EDAD:**	36 Años
NOMBRE:	MEJIA CARMONAKELLY OCTAVIA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
6.02.2023	EUTIROX TABLETA x 150mcg CADA DIA EN AYUNAS # 30 POR 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

Kelly O Mejia C.
1.053.773.048
3008951295

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: 2023/02/14 HORA: 08:25:58 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000169
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS UNIDROGAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO: 58286337 CASTILLO CHANG KAREN AL
ICIA
USUARIO: LAURA VALENTINA GONZALEZ
CC. :1053872914
NRO FORMULA: 1053872914-87
FECHA FORMULA: 14/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7702870940547 BELLANEW CAJA X 28 TAB	0001 0000	0000 0000	46,053.00

TOTAL EXENTO.....:	46,053.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	46,053.00

OBSERVACIONES:

1053872914
3213448079

FIRMA DE RECIBIDO:_____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 16.JAN.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1053872914	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	1053872914 01	**EDAD:**	23 Años
NOMBRE:	GONZALEZ BOLAÑOSLAURA VALENTINA	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.01.2023	BELLANEW TABLETAS . TOMAR 1 TAB CADA DIA. TOMA CONTINUA # 28 POR 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

1053872914
3213448679.

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. : 890.922.113-2
ALEMANA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 10
TELEFONO 8792923

FECHA: 2023/02/18 HORA: 11:03:13 CAJA
DESPACHO NRO: DSP-A127000000170
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: GERARDO EMILIO REINOSO
CC. :1002566340
NRO FORMULA: 1002566340-05
FECHA FORMULA: 17/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR ENTR	CANT UNID FALT FALT	SUBTOTAL
7702057012494 ALERFAST 120 MG CAJA X 10 TABL			
	0003 0000	0000 0000	102,000.00
7702057012494 RINAIB 150 GR X 240 BOSIS			
	0001 0000	0000 0000	95,964.00
7703546028288 COGNED 20 MG CAJA X 20 CAP			
	0001 0000	0000 0000	147,746.00

TOTAL EXENTO.....	449,710.00
TOTAL GRAVADO.....	0.00
IVA.....	0.00
TOTAL DESPACHO.....	449,710.00

OBSERVACIONES:
Gerardo Reinoso Mora
1.002.566.340.

FIRMA DE RECIBIDO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF: **FECHA** 16.FEB.23
CODIGO: VER_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 1002566340	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	1002566340 01	**EDAD:**	21 Años
NOMBRE:	REINOSO MARINGERARDO EMILIO	**SEXO:**	Mujer

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.02.202	FEXOFENADINA ALERFAST 1 TABLETA x 120mg CADA NOCHE # 30 MOMETASONA RINAID SPRAY NASAL 1 PUFF CADA FOSA NASAL CADA 12 HORAS # 1 ESOMED TABLETA x 20mg CADA DIA EN AYUNAS # 30 --- FORMULA PARA 3 MESES

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

FIRMA MÉDICO

1.002-566-340.

D R 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: 2023/02/20 HORA: 15:48:02 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000171
VENDEDOR: MIGUEL ANGEL URIBE CANO
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: NELLY HERRERA
CC. :24281240
NRO FORMULA: 24281240 07
FECHA FORMULA: 20/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	SUBTOTAL FALT
7702057714056			
ZOLPIDEM 10 MG CAJA X 30 T-DL			
	0001 0000	0000 0000	101,992.00
3000902902			
DIAMAR 5.25 MG CAJA X 30 TABL			
	0001 0000	0000 0000	65,591.00

TOTAL EXENTO.....	167,583.00
TOTAL GRAVADO.....	0.00
AIVA.....	0.00
TOTAL DESPACHO.....	167,583.00

OBSERVACIONES:

Nelson Zapata L
43 133 66

FIRMA DE RECIBIDO:

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
16	02	2023

RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

2021- 075123

1. DATOS DEL PACIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Herrera	de Zapata	Nelly

Documento de Identificación	Edad	Sexo
CC 24281240	84.	F [X] M [ ]

Dirección Residencia	Teléfono	Municipio	Departamento
B/ Palmar	—	Manes	Caldas

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

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico, concentración y forma farmacéutica Dosis, Vía de Administración	Cantidad Prescrita Número	 Letras
Zolpidem Tab 10mg 1 cada Noche	30	Treinta
Alprazolam Tab 0.25mg 1 cada Noche	30	Treinta

Diagnóstico	Código
T. de Sueño	

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	17302	

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
Nelson Zapata	4313366	Nelson Zapata
Apellido y Nombre (s) de quien dispensa	Documento Identidad	Firma

Establecimiento Farmacéutico minorista	Dirección	Fecha de despacho DIA	 MES	 AÑO

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

O T O P O P U L A R S . A . S
NIT. : 890.722.113-1
ALEMANIA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 16
TELEFONO : 8772923

FECHA: 2023/02/20 HORA: 16:21:54 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000172
VENDEDOR: ANDRES MAURICIO MONTOYA CASTRILLON
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARGARITA GONZALEZ
CC. :24836776
NRO FORMULA: 24836776-01
FECHA FORMULA: 20/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
4D4084600636J3 TRAVENTA DUD 2.51000 NG CAJA X 60 TABL	0001	0000 0000	165,104.00

TOTAL EXENTO.....	165,104.00
TOTAL GRAVADO.....	0.00
IVA.....	0.00
TOTAL DESPACHO.....	165,104.00

OBSERVACIONES:

Robinson Pena
75146562
8913267

FIRMA DE RECIBIDO:

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

FECHA 20 FEB 23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24836776	COD. PLAN:	SENA1
AFILIACION:	24836776 01	EDAD:	67 Años
NOMBRE:	GONZALEZ DE PEREZMARGARITA	SEXO:	Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
29.11.2022	* LEVOTIROXINA EUTIROX TAB x 88 MCG 1 CADA DIA LUN A VIE # 20 * LEVOTIROXINA EUTIROX TAB x 75 MCG 1 CADA DIA FINES DE SEMANA # 10 * LEPRIT ENZIMATICO CADA 12 HORAS # 60 * 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 * ESOMEPRAZOL EZOLIUM CAP x 20 MG 1 CADA DIA EN AYUNAS # 30 * ROSUVASTATINA TAB 20 MG EN LAS NOCHES VO # 30 * CARDIOASPIRINA 1 TAB 100 MG 1 CADA DIA # 30 * NUEVID 1 TAB x 7000UI 1 CADA 4 DIAS (2 SEMANALES) # 8 * LYRICA PREGABALINA TAB 75MG 1 CADA DIA # 30 * 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

Rebeca Perez
75146562
8913267

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: 2023/02/23 HORA: 18:08:33 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000173
VENDEDOR: ANDRES MAURICIO MONTOYA CASTRI
LLON
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARGARITA GONZALEZ
CC. :24836776
NRO FORMULA: 24836776-1

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
4032129079724			
PALEXIS RETARD 100 MG CAJA X 60 COMP			
	0001	0000 0000	220,740.00

TOTAL EXENTO.....:	220,740.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	220,740.00

==========

OBSERVACIONES: Roberman Perez
75 146 562
8913267

FIRMA DE RECIBIDO:

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

FONDO ROTATORIO
DE ESTUPEFACIENTES
MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

F R E C A L D A S

DIA	MES	AÑO
14	02	2023

RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

2021- 075122

1. DATOS DEL PACIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Gonzalez	de Perez	Margarita

Documento de Identificación	Edad	Sexo
CC 24836776	68	F [X] M [ ]

Dirección Residencia	Teléfono	Municipio	Departamento
Bl Chipre	—	Manizales	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
Tapentadol Tab 100mg 1 cada 12 horas	60	sesenta

Diagnóstico: Lumbalgia — 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	17302	

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
Robinson Perez	75146582	Robinson Perez
Apellido y Nombre (s) de quien dispensa	Documento Identidad	Firma

Establecimiento Farmaceutico minorista	Direccion	Fecha de despacho DIA	MES	AÑO

KAIA 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: 2023/02/23 HORA: 18:15:06 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000174
VENDEDOR: ANDRES MAURICIO MONTOYA CASTRI
LLON
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MELVA CARDONA
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847
FECHA FORMULA: 23/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7705959005207			
BROMAZEPAM 6 MG CAJA X 10 TABL	0003.0000	0000.0000	64,902.00

TOTAL EXENTO.....:	64,902.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	64,902.00

==========

OBSERVACIONES:
melva cardona C.C.
30272847 MLS
3116113659

FIRMA DE RECIBIDO

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
24	01	2023

RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

2021- 075119

1. DATOS DEL PACIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Cardona	de Marin	Melva

Documento de Identificación	Edad	Sexo
CC 30272847	64	F [X] M [ ]

Dirección Residencia	Teléfono	Municipio	Departamento
Bl Palmar	—	Manes	Caldas

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

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico, concentración y forma farmacéutica Dosis, Vía de Administración	Cantidad Prescrita Número	Letras
Bromacepam Tab 6mg 1/4 Cnoche	30	Treinta

Diagnóstico	Código
Dorsalgia	

3. PROFESIONAL

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Castillo	Cuang	Karen A

Documento de Identificación	Registro Profesional	Firma
1053781313	17302	

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
melva Cardona del.	30272847	melva Cardona del.
Apellido y Nombre (s) de quien dispensa	Documento Identidad	Firma

Establecimiento Farmacéutico minorista	Dirección	Fecha de despacho DIA	MES	AÑO

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: 2023/02/24 HORA: 11:17:16 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000175
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MARTHA ISABEL PENA SALAZAR
CC. :36180119
NRO FORMULA: 36180119-81
FECHA FORMULA: 24/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
7501298224244, 7702418001985			
EUTIROX 75 MCG CAJA X 50 TABL			
	0001	0000	66,420.00
7705959880491, 7705959009663			
METFORMINA 850 MG CAJA X 30 TABL +++			
	0001	0000	25,855.00

TOTAL EXENTO.....:	92,275.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	92,275.00

==========

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO:

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

FECHA 16.FEB.23

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: ENE_

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 36180119
AFILIACION: 36180119 01
NOMBRE: PEÑA SALAZARMARTHA ISABEL

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 57 Años
SEXO: Femenino

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
16.02.2023	-METFORMINA TAB X 850MG. TOMAR 1 CADA DÍA CON EL ALMUERZO X 3 MESES #90

Martha I. Peña S
36.180.114
3158477388

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

FIRMA MÉDICO

Martha I. Peña S
36.180.114

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 17.JAN.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA: CC - 36180119
AFILIACION: 36180119 01
NOMBRE: PEÑA SALAZARMARTHA ISABEL

COD. PLAN: SENA1
EDAD: 57 Años
SEXO: Indeterminado

Finalidad: Diagnóstico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
17.01.2023	LEVOTIROXINA EUTIROX TABx 75 MCG CADA DIA EN AYUNAS # 30 ALLERZITINA CETIRIZINA 1 TAB 10MG CADA NOCHE, SEGUN LOS SINTOMAS # 30 DEFEROL + K CAPSULA x 2000u 1 CADA DIA # 30 --- POR 3 MESES BISACODILO TABLETA x 5mg 1 CADA NOCHE # 30 LACTULAX SOBRES x 15ml 1 CADA NOCHE # 30 POTENCIATOR AMPOLLAS ORALES TOMAR 1 CADA DIA # 30

Martha I. Peña S
36.180.114
3158477388

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

FIRMA MÉDICO

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

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

FECHA: 2023/02/28 HORA: 13:25:30 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000176
VENDEDOR: ANDRES MAURICIO MONTOYA CASTRI
LLON
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: MELVA CARDONA
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-8
FECHA FORMULA: 28/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
4032129048317 PALEXIS 50 MG X 30 TABL	0000	0001	59,880.00

TOTAL EXENTO.....:	59,880.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	59,880.00

==========

OBSERVACIONES:
Yenifer Maria S
CC 1022204 2

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: 2023/03/03 HORA: 11:08:20 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000176
VENDEDOR: ANDRES MAURICIO MONTOYA CASTRI
LLON
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: NELVA CARDONA
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-8
FECHA FORMULA: 28/02/2023

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
4032129048317	PALEXIS 50 MG X 30 TABL	0001	0000	0000	0000

OBSERVACIONES:

FIRMA DE RECIBIDO: Nelva Nelva.
COPIA C 10222042 .

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 . S
NIT. : 890.922.113-1
ALEMANA 127
MANIZALES - CALDAS
CARRERA 23 NO. 53A - 04 Y 14
TELEFONO : 8792923

FECHA: 2023/02/28 HORA: 13:25:30 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000176
VENDEDOR: ANDRES MAURICIO MONTOYA CASTRI
LLON
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
USUARIO: MELVA CARBONA
CC. :30272847
NRO FORMULA: 30272847-8
FECHA FORMULA: 28/02/2023

TICKET PARA RECLAMAR PENDIENTES

COD	NOMBRE	CANT ENTR	UNID ENTR	CANT FALT	UNID FALT
4032129048317	PALEXIS 50 MG X 30 TABL	0000	0000	0001	0000

OBSERVACIONES:

Herniam Mauricio
CC# 1022204...

FIRMA DE RECIBIDO:_____
*** COPIA CLIENTE ***

** SIEMPRE PENSANDO EN SU SALUD **

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

FONDO ROTATORIO
DE ESTUPEFACIENTES
MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

F R E C A L D A S

DIA	MES	AÑO
24	01	2023

RECETARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

2021- 075116

1. DATOS DEL PACIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Cardona	de Marin	Melva

Documento de Identificación	Edad	Sexo
CC 30272847	64	F [X] M [ ]

Dirección Residencia	Teléfono	Municipio	Departamento
B/ Palmar	—	Manizales	Caldas

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

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico, concentración y forma farmacéutica Dosis, Vía de Administración	Cantidad Prescrita Número	 Letras
Tapentadol 50 mg 1 cada 12 horas	60	sesenta

Diagnóstico	Código
Lumbalgia	

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	17302	

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
Melva Cardona de M.	30272847	Melva Cardona de M.
Apellido y Nombre (s) de quien dispensa	Documento Identidad	Firma

Establecimiento Farmacéutico minorista	Dirección	Fecha de despacho DIA	 MES	 AÑO

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: 2023/02/28 HORA: 17:44:22 CAJA 1
DESPACHO NRO: DSP-A127000000177
VENDEDOR: LADY JOHANA BOLIVAR BUITRAGO
CONVENIO: SENA CALDAS
CLIENTE: SERVICIO NAL APRENDIZAJE SENA
MEDICO:
USUARIO: RUTH GARCIA QUICENO
CC. :24313014
NRO FORMULA: 24313014-9
FECHA FORMULA: 28/02/2023

COD NOMBRE	CANT UNID ENTR	CANT UNID ENTR	CANT UNID FALT	CANT UNID FALT	SUBTOTAL
5400360012887 AMOXIDAL PLUS CAJA X 20 COMP	0001	0000	0000	0000	96,311.00

TOTAL EXENTO.....:	96,311.00
TOTAL GRAVADO.....:	0.00
*IVA.....:	0.00
TOTAL DESPACHO.....:	96,311.00

OBSERVACIONES:

C.10.270.524

FIRMA DE RECIBIDO: 177

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS
CONFA

Plan de Tratamiento

SUCURSAL O CMF:
CODIGO: VER_

FECHA 28.FEB.23

BENEFICIARIO

No. HISTORIA CLINICA:	CC - 24313014	**COD. PLAN:**	SENA1
AFILIACION:	24313014 01	**EDAD:**	74 Años
NOMBRE:	GARCIA QUICENOMARIA RUTH	**SEXO:**	Indeterminado

Finalidad: Terapéutico

FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO
28.02.2023	DICLOFENACO + TRAMADOL MK TABLETA x 25/25mg CADA 12 HORAS # 10
	AMOXIDAL DUO TABLETA x 875/125mg CADA 12 HORAS POR 7 DIAS # 14

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

FIRMA MÉDICO

Omar Osorio
C. 10.220.524