

COMPROBANTE DE GASTOS

\$ 499

IMPORTE (EN LETRA)

Cuatrocientos noventa y nueve

CONCEPTO

Gasto por medicamentos por malestares estomacales
por comida en procesos de Vacuna Cuautla

CARGUESE A:

No. DE CUENTA	NOMBRE	IMPORTE
AMG50012	Cuadrilla de vacunación Cuautla	\$499

CONTROL	FECHA	AUTORIZADO POR	RECIBIDO POR
	05/10/22		



MF-2053



7 501742 193737



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



SS
Secretaría
de Salud

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ



Seguro Popular
SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD

UNIDAD APLICATIVA

Hospital de la Cuauhtémoc

NOMBRE DEL PACIENTE:

JOSE ANTONIO SALICHER ESPARZA

Edad: 20

Fecha: 30/9/2022

SEGURO POPULAR

ISAE 0121011219

0606280

CLAVE

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Rp.)

CANTIDAD SURTIDA

1

TRIMETOPRIM CON SULFAMETOXASOL 400/80 Tabletas.

Tomar 2 tabletas cada 12 hrs. por 5 días.

1 Caja.

2

VIDA SUERO ORAL Polvo.

Tomar a libre demanda.

4 sobres.

3

PARACETAMOL 500mg. Tabletas.

Tomar 1 tableta cada 6 hrs. en caso de calentura.

1 Caja.

4

DR. IRVING AVIERRE BALLOS CASTRO

SEP. PRBF. 2042107 U.V.

RECIBI MEDICAMENTO

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO

SELLO DE LA UNIDAD



Secretaría
de Salud

HOSPITAL DE LA
COMUNIDAD

GUTIERREZ ZAMORA, VER.

RECIBI MEDICAMENTO

NOMBRE, FIRMA AUTOGRAFA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO

ESTA RECETA NO ES VALIDA PARA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTO CONTROLADO.

LLAMA SIN COSTO 01 800 123 4567. COMENTARIOS AL SECRETARIO DE SALUD DE VERACRUZ.

LLAMA SIN COSTO 01 800 55 22120. DUDAS O APOYO DEL SEGURO POPULAR.

DAM-CE-01

= LACTOBACIOS ACIDOFILIOS Cápsulas.
Tous 1 98 Hrs. hasta termino de Ceta.

= LOPREANIDA 2 wq. Cereza.

Tous 1 grsea 96 Hrs. en
caso de diamea.

NOTA DE REMISIÓN

N°

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

CONDICIONES

TEL.

DÍA

MES

AÑO

1 Oct 2022

CANT.	ARTÍCULO	PRECIO	IMPORTE
2	Ciprofloxacino 500mg tabs		108.-
1	Metoclopramida tabs		20.-
1	PSA 100mg 2500 tabs		18.-
5	LA GUADALUPANA VENTA DE MEDICAMENTOS DE PATENTE, GENERICOS INTERCAMBIABLES Y SIMILARES CONSUMIBLES MEDICAS DESCONTINUOS PERMANENTES		65.-
	R.F.C. 31-01-2013 5305-07 S26		50.-
	PROP SENORINA SHERIDAN HERRERA		261.-
	DOMICILIO OCAMP No. 11		
	CANTIDAD CON LETRA ZONA CENTRAL		
	BARRIO DE SAN PANCRO		
	CUTIERREZ ZAMORA, VER.		
	DEBO (EMOS) Y LA CARTA DE CREDITO DE LA ORDEN DE		
	LA CANTIDAD SEÑALADA A LA VISTA, CORRESPONDIENTE AL IMPORTE DE		
	MERCANCÍAS RECIBIDAS DE CONFORMIDAD. SI NO FUERE PAGADA A SU		
	VENCIMIENTO, CAUSARÁ INTERESES MORATORIOS DEL %		
	FIRMA DE CONFORMIDAD		
	Rayate con Rayter!!!		
	Rayter		

SUB-TOTAL

IVA

TOTAL

Rayter

.p0...

Farmacias MINA

RFC: ROGT891014U46

Calle: Hidalgo #43 local 1

Col.: Centro CP: 93556

Tel: 845-21-10ESTACION01 S

UP Ticket: 41500

01-10-2022 Hora: 20:29:55

SYS Cliente de mostrador

CANT. DESCRIPCION

P.UNIT.

TOTAL

1.00 BACTIVER C/20 T

36.00

36.00

1.00 ----- TOTALES ---

\$36.0

0

Pago en EFE

\$50.0

0

Cambio:

\$14.0

0

TREINTA Y SEIS PESOS 00/100 M.N.

**DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS DE LA HUAST
ECA, S.A. DE
C.V.**

Régimen general de ley personas morales
DOMICILIO FISCAL

CLZD. ACOXPA No. 524 304 Col. PRADO COAPA 2A SECCION CP
14357 TLALPAN, CIUDAD DE MEXICO RFC. DMH-990510-838
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO, LUGAR Y FECHA DE
EXPEDICION:

Sucursal: 72274 GUTIERREZ ZAMORA 2, VER
AV. MANUEL AVILA CAMACHO 8, GUTIERREZ ZAMORA CENTRO,
GUTIERREZ ZAMORA VERACRUZ, MEXICO C.P.93556

sábado, 01 oct 2022 08:23:17 p.m.

Caja: 1 TC Ticket: 74ef4db3-0fe5-4c50-92c8-7a81374986a0

128 LOPERAMIDA 2MG 12TAB	1 X	12.00	12.00
1975 LACTOB FORTE 100CAP *	1 X	136.21	136.21
162 PARACETAMOL 500MG 10	1 X	8.00	8.00
2363 ELECT ORAL NATU PVO	4 X	6.00	24.00

Códigos: 7

Piezas a Entregar: 7

C1 - COMPRA, REGISTRA Y GANA

Subtotal: 180.21

Descuentos: 0.00

*IVA AL 16 %: 21.79

Total M.N: 202.00

(doscientos dos pesos 00/100 MN)

Pagos >> Efectivo: 202.00

Cambio: 0.00

Documento sin Efectos Fiscales

No se aceptan devoluciones en antibióticos, promociones,

cheques, transferencias y tickets facturados. Para pago

s

con tarjeta la devolución aplica al mismo día y a la mi

sma

tarjeta. En efectivo y CoDi dentro de los 4 días
posteriores y dentro del mismo mes calendario.

Si requiere factura, favor de solicitarla al momento de
efectuar su compra en esta farmacia

Referencia de Facturación FRANQUICIA: **72274**

Facturación en línea

www.farmaciasdesimilares.com

Quejas y Sugerencias SIMITEL 800 911 6666





VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



SESVEN

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ



SEGURO POPULAR

UNIDAD APLICATIVA

HOSPITAL

NOMBRE DEL PACIENTE:

VICTOR MANUEL CANIQUE

No. DE EXPEDIENTE

31

FECHA:

01/10/22

0606511

SEGURO POPULAR

FOLIO

IDENTIFICADOR

SERVICIO:

C. EXTERNA

HOSP.

URG.

Rp. DESERÁ ANOTAR EL NOMBRE, CANTIDAD DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA, TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO Y NOMBRE DE PIEZAS RECETADAS

CANTIDAD SURTIDA

CLAVE	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Rp.)	CANTIDAD SURTIDA
1	CIPROFLOXACINO TAB 250 20/8th X70015	3
2	BUTILHIOSINA TAB 100g 14/12th	1
3	DETOCLOPRAMIDA TAB 100g 14/12th	1
4	PANACEAMOL TAB 300 14/8th	1
	USO SUEVO ORAL LA AVE DEQUIERA	3

Dr. Moisés Salazar Cortes

MEDICO CIRUJANO

VERACRUZ Céd. Prof. A116633

RECIBI MEDICAMENTO



Secretaria
de Salud

HOSPITAL DE LA

COMUNIDAD

NOMBRE, FIRMA AUTOGRAFA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO

SEGURO DE LA UNIDAD

ESTA RECETA NO ES VALIDA PARA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTO CONTROLADO.

LLAMA SIN COSTO 01 800 123 4567. COMENTARIOS AL SECRETARIO DE SALUD DE VERACRUZ.

LLAMA SIN COSTO 01 800 55 22120. DUDAS O APOYO DEL SEGURO POPULAR.

SIGA LAS INDICACIONES DEL MEDICO AL PIE DE LA LETRA ES POR SU SALUD

URGENTE