SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRES
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**5**
Código Centro	**920310**
Fecha Elaboración	**30 de Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**89134-716604**
No. de documento	**58914**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MAGDA LILIANA GIRALDO	**C.C.**	66.836.480	**IP/Nº de contacto**	42155
Correo electrónico contratista:	malgiraldo@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		06047063904	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**				NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2239636/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**5321**	
Valor Total del Contrato	$ 40.170.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.540.000	**3**	**Del**	**01/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.640.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR CO1.PCCNTR.2239636 PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE ATIENDE EL CENTRO PARA EL DESARROLLO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.900.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.299.050**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Abril	**Marzo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1037129068**	Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III	$ 38.100	$ 38.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Jaime Isaza Cadavid	15.600,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 390.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 766.350		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.884.400,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar servicios de carácter temporal para impartir formación titulada y/o complementaria en el área de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, en los diferentes programas que atiende el centro para el desarrollo del hábitat y la construcción.
Durante este período ejecuté formación en las Fichas que se relacionan a continuación: Ficha: N° 2203905-TRANSVERSAL SST-TCO-ASISTENCI Ficha:2157234-TRANSVERSAL SST-TGO.GESTION LOGISTICA-Ficha: N° 1966579 B-EJECUTAR EL SG-SST-Ficha: N° 2014199
EJECUTAR EL SG-SST-Ficha: N° 2024772-EJECUTAR EL SG-SST - LA FICHA 2068670B EJECUTAR EL SG-SST Y OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN.
DE CONFORMIDAD CON LOS PROGRAMAS DE FORMACION DEFINIDOS Y EL CRONOGRAMA CONCERTADO CON EL COORDINADOR ACADEMICO DE ESTE AÑO 2021.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

MAGDA LILIANA GIRALDO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JOSE FERNANDO RANGEL MORALES
INSTRUCTOR G16

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

XIOMARA POSADA ZULUAGA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-04-12, 09:49:40 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2021
Empresa	MAGDA LILIANA GIRALDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 66836480
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1037129068
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	954434061
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 482.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 249.600	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.	1	$ 195.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 38.100	$ 0
		SubTotales:		$ 482.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 482.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Medellín, 10 de marzo de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informó que las personas relacionadas a continuación, tiene (n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**24601257**	**MARIA OFELIA GIRALDO**	**MADRE**
CC	**1094970691**	**SANTIAGO MARIN GIRALDO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- hijo mayor de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificado por Medicina Legal.
- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

cito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: MAGDA LILIANA GIRALDO

C.C. 66836480

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

MUNICIPIO DE RIONEGRO
SUBSECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS

REMISIÓN A INSTITUCIONES

Fecha: 04 de febrero de 2020

Profesional que remite: JULIO CÈSAR RESTREPO VARGAS

Persona o Familia remitida: MAGDA LILIANA GIRALDO

Documento de identidad número:

66836480

Entidad a la que se remite: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Observaciones:

La (s) víctima (s) remitida(s) se encuentra incluida por el hecho victimizante de DESPLAZAMIENTO con código de declaración NG000155329, requiere ser atendida en los programas y/o servicios institucionales que su entidad ofrece, de acuerdo con su compromiso de atención a la población víctima del conflicto armado en el país.
En la declaración se encuentran incluidas las siguientes personas:

MAGDA LILIANA GIRALDO	66836480	INCLUIDO

JULIO CÈSAR RESTREPO VARGAS
ENLACE MUNICIPAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS
TELÉFONO 5204060 EXT 5209

RIONEGRO
juntos avanzamos más

Declaración Extra-juicio Formulada Por: MAGDA LILIANA GIRALDO

Cédula de Ciudadanía Número 66.836.480 expedida en Cali, Valle

RIONEGRO, MARTES CUATRO (04) DE FEBRERO DE 2020

INSPECCION URBANA MUNICIPAL DE POLICÍA CENTRO. En la fecha compareció la persona mencionada con el fin de formular declaración Extra-juicio, para lo cual se le pone de presente el contenido del artículo 7 del Decreto Ley 019 de 2012 que expresa" PROHIBICIÓN *DE DECLARACIONES EXTRA-JUICIO. Se prohíbe exigir como requisito para el trámite de una actuación administrativa declaraciones Extra-juicio ante autoridad administrativa o de cualquier otra índole. Para surtirla bastará la afirmación que haga el particular ante la autoridad, la cual se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento*". La presente declaración se realiza dando cumplimiento al artículo 4 del Decreto 960 de 1970 "Principio de Rogación", al efecto el inspector de policía ante su secretario tomo el juramento de rigor previa imposición del Articulo 442 del código penal; la ley 136 de 1994, articulo 92 literal C y decreto municipal 015 de 2008; por cuya gravedad de juramento prometió decir la verdad y solo la verdad en su denuncia, expuso, mi nombre es como quedo dicho y arriba escrito, hijo(a) MARIA OFELIA, natural de CALI, VALLE, Residente GUARNE, ANTIOQUIA, VEREDA BERRACAL, teléfono: 3233112040, estado civil SOLTERA, de 48 años de edad, Profesión u oficio: INSTRUCTORA SENA. PREGUNTADO: BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE SOY MADRE CABEZA DE HOGAR, VIVO CON MI MADRE Y MI HIJO SANTIAGO MARIN GIRALDO DE 21 AÑOS DE EDAD QUIEN ES ENFERMO DE BIPOLARIDAD AFECTIVA GRADO UNO, VIVIMOS BAJO EL MISMO TECHO Y CONFORMAMOS NUESTRO GRUPO FAMILIAR, SOY LA UNICA QUE VEO ECONOMICAMENTE POR EL HOGAR. No siendo más para declarar se lee y se firma por los que en ella se intervinieron.

EL INSPECTOR DE POLICÍA _____

EL DECLARANTE: _____ CÉDULA 66836480

EL SECRETARIO (A) _____

Notaria primera del circulo de Sevilla

NOTARIA PRIMERA SEVILLA
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
REPÚBLICA DE COLOMBIA

Acta No. 005

DECLARACION EXTRAPROCESO RENDIDA POR MAGDA LILIANA GIRALDO.

En la ciudad de Sevilla, Departamento del Valle del Cauca, República de Colombia, el día Seis (06) del mes de Enero del año Dos mil veintiuno (2.021) ante mí, ***FABIAN MAURICIO MEDINA CABRERA*** Notario Primero de éste Círculo, Compareció la señora **MAGDA LILIANA GIRALDO** identificada con la cédula de ciudadanía **No. 66.836.480** de Cali Valle; de estado civil Soltera, residente en la Galicia jurisdicción del municipio de Bugalagrande, de nacionalidad Colombiana y ocupación Profesional en Seguridad y Salud en el trabajo y celular 3233112040. - Con el fin de solicitar se le recepcione **DECLARACION EXTRAPROCESO**. De conformidad con el Inciso 3º del Artículo 1º del Decreto 1557 del 14 de Julio de 1989. Art. 24 y 25 de la Ley 962 de 2005.- A continuación el señor Notario exhorta al declarante para que manifieste lo que a bien tenga bajo la gravedad del juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea faltar a la verdad, sin presentar impedimento alguno para rendir la siguiente **DECLARACIÓN** y **MANIFESTÓ:** Que mis nombres, apellidos y datos personales son los que están en la presente declaración por medio de la cual quiero manifestar que soy madre cabeza de hogar, en la actualidad vivo con mi madre MARIA OFELIA GIRALDO OROZCO quien es adulto mayor, madre soltera, quien no tiene pensión o auxilio que la beneficie, ni familiares que la apoyen económicamente. Y mi hijo SANTIAGO MARIN GIRALDO de Veintidós (22) años de edad, quien padece de una enfermedad de trastorno bipolar afectivo y dependencia a sustancia psicoactivas que lo exponen a situaciones que representan riesgo para sí mismo y los demás, Por lo tanto vivimos bajo el mismo techo y conformamos nuestro único núcleo familiar conformado por 3 personas en total, manifiesto que el padre de mi hijo Santiago esta de manera ausente permanente ya que no responde ni presta ayuda para su manutención, por lo tanto soy la única que responde económicamente por el hogar y el bienestar sano de mi madre y mi hijo, quien a pesar de ser mayor de edad y por motivo de su discapacidad se dificulta que pueda conseguir un empleo o continuar sus estudios, por lo tanto no hay la

existencia de más personas que puedan ayudarme económicamente en el hogar. Por último manifiesto que me encuentro dentro de la población vulnerable de alto riesgo por complicación por Covid-19 comorbilidad por cáncer.- **ES MI DECLARACIÓN Y HE DICHO LA VERDAD. El (los) declarante (s) manifiesta (n) que han leído con cuidado su declaración y que es (son) consciente (s) que La Notaria no acepta cambios después de la firma de la misma por el (los) declarantes y por el Notario. El (Los) declarante (s) manifiesta (n) que conoce (n) el contenido del Decreto 019 de 10 de enero de 2012 en cuanto a declaraciones extra juicio. No obstante insiste (n) en la presente declaración. No siendo otro el objeto de la presente diligencia se firma por quienes en ella intervinieron. DERECHOS 13.600.oo. Iva $ 2.584.oo. Resolución 01299 del 2.020. SNR.**

El Declarante

MAGDA LILIANA GIRALDO

66836480 Coli

El Notario

FABIAN MAURICIO MEDINA CABRERA
Notario Primero del Círculo Notarial de Sevilla
Valle del Cauca

Articulo 33 de la constitución: Nadie podrá ser obligado a declarar contra sí mismo, Articulo. 442 del Código Penal. FALSO TESTIMONIO. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de Seis (06) a Doce (12) años.

Elaboró:
JORGE ANDRES CUARTAS C

Certificado Médico

Yo Paola Méndez Aguilar, identificada con CC: 16638104 certifico que la usuaria Maria Ofelia Giraldo Orozco, identificada con CC:24.601.257, fecha de nacimiento 13-09-1945, Edad: 75 años, presenta los siguientes diagnósticos: Hipertensión Arterial, Epilepsia, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Trastorno Depresivo, Dislipidemia.

Este certificado se expide el 13/12/2020



Paola Andrea Méndez Aguilar

RM 16.638.104

Médica General Especialista en Medicina Familiar

Universidad del Valle

PACIENTE: MAR
SERVICIO: HU
SOLICITUD
ESTUDIC

IND
Pr

EVOLUCIONES MÉDICAS

O : Interconsulta

Fecha registro: 23.02.2021
Ubicación : U.E. LUIS CARLOS URIBE

Hora registro : 14:58
Cama : 07LC102B

* **Hallazgos**

REHABILITACIÓN FUNCIONAL. Pacietne atendido con elementos de bioseguridad, encontrado con su madre. Santiago, 22 años, Fecha de ingreso 07.01.2021 Diagnósticos: - Politraumatismo en accidente de tránsito en calidad de peatón. * Hemorragia subaracnoidea traumática no quirúrgica. * Contusión pulmonar del lóbulo superior izquierdo y lóbulo inferior derecho asociado a signos de broncoaspiración. * Neumotórax derecho / RESUELTO / MANEJO MÉDICO * Fractura cerrada de fémur y abierta grado III de tibia izquierda / PENDIENTE CX DEF * Fractura de cúbito y radio distal izquierdo, extraarticular, desplazada, con edema de tejidos blandos asociadas / PENDIENTE CX DEFINITIVA * Fracturas múltiples de la cara / POP del 09.01.21 OS mandibular * Fractura de la mastoides derecha, con compromiso de la cadena osicular. - Trastorno afectivo bipolar. / Depresión/ Intento suicida / Según información telefonica de hermana el 10.01.21. -Agitación y delirium post TEC - Falla ventilatoria multicausal / VM prolongada / Post traqueostomía percutánea 23/01/2021 --- TEP: descartado - Rabdomiolisis en resolución - Síndrome anémico / hematoma muslo izquierdo. ** Colección en muslo izquierdo con signos de infección (TC 28/01/2021) - Sangrado persistente / pseudoaneurisma paciente con graves alteraciones neurológicas que no permiten exoplirar su subjetividad. Alerta facil activación al llamado Orientado en persona Escasas respuestas y tiempo de respuesta lento Pálido y enflaqucido Deformidad en la muñeca izquierda yu pie en postura equina izquierdo que reduce a la postura neutra Tutor externo en el miembro inferior izquierdo Facil abducción de sus caderas Pelvis centrada Ausencvia de control del tronco No logre evicdenciar actividades motoras con propósito

* **Análisis y Plan**

Paciente con antecedentes citados. Cuenta con soporte social. Pude entrevistarme con su hermano - José- y lo encontré muy desconcertado y lleno de dudas. En este momento santiago es un paciente con altísimas neceidades de apoyo y asistecia -dependiene por completo-. dado su estado actual y el tiempo de evolución de su trauma, es de esperar graves secuelas neurológicas. Todo indica que será su madre quien se encargue de los cuidados una vez sea dado de alt - el caso ya es conocido por trabajo social-. Parece que se afincarán en Medellín - pendiente por definir el lugar-. Siendo un paciente con altas necesidades de apoyo, nuentra prioridad ebn rehaiblitación será educar a todo posible cuidador en el manejo y cuidados del paciente encamado - cualquiera que participe en sus atenciones deberá hacer parte de su grupo de pedagogía en cuidados-. Ordeno apoyo intrahospitalario por rehaiblitación - ver objetivo antes mencionado- y dejo una orden para apoyo domiciliario por terapia física -3 por semana por 8 semanas, #24- orientadas a continuar con la educación en cuidados y la prevención de daños por encamamiento. Consero la prescripción de una silla de ruedas, que por su condición actual pienso puede ser un sistema convencional para transporte con un cojín de pliuretado con contorno -tramite ambulatorio- y una ortesis tipo peicero en postura neutra para su pie izquiuerdo -podrá llevarla a casa y ayudar a la prevención de distorsiones corporales disfuncionales-. Dejo una ordne para control por rehaiblitación luego del alta. NOTA: ya fonoaudiología realizó una prueba de deglución y aconsejó avance a dieta blanta.

Diagnósticos

* 07.01.2021 23:40
S202
CONTUSION DEL TORAX
Estado : Confirmado **Tipo** : Relacionado

* 08.01.2021 05:29
S822
FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA
Estado : Confirmado **Tipo** : Quirúrgico

* 08.01.2021 23:03
F319
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO
Estado : Confirmado **Tipo** : Otro diagnóstico no relacionado

* 09.01.2021 15:43

Escaneado con CamScanner

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REGISTRADO: Ingrid Liliana Giraldo

DATOS DEL PARTO	
SENCILLO	
MULTIPLE	X
GEMELOS	
TRILLIZOS ETC.	
ATENDIDO POR	
MEDICO	X
ENFERMERA	
PARTERA	
OTRO	
HIJOS NACIDOS Vivos y nacidos muertos	01
HIJOS NACIDOS VIVOS	01

En la República de Colombia Departamento de El Valle del Cauca

Municipio de Cal. (Corregimiento, Vereda, Inspección) a veintitres (23)

del mes de agosto de mil novecientos setenta y uno.

se presentó María Ofelia Giraldo O. (Nombre del declarante) identificado con 24601.247 Cali

domiciliado en Cal. y declaró:

SECCION GENERICA

Que para los efectos legales denuncia ante esta Notaria 4°. (Notaria, Registraduria, Alcaldia, etc.)

que el día 23 del mes de Julio de mil novecientos 1971.

nació en el municipio de Cal. departamento de El Valle

República de Colombia un niño de sexo femenino

a quien se le ha dado el nombre de Ingrid Liliana

SECCION ESPECIFICA

Hora de nacimiento 11 am. lugar Cl. Luis H. Garcés" (Cl 26B (Dirección de la Casa, Hospital, Barrio, Vereda)

25

Nombre de la madre María Ofelia Giraldo Orozco.

Identificada con 24601.247 Cali de profesión Modista

de nacionalidad Colombiana y estado civil Soltera

Nombre del padre

La anotación del nombre del padre está sujeta a lo dispuesto en los Art. 53 y 54 del Decreto 1260/70

Identificado con de profesión

de nacionalidad y estado civil

Certificó el nacimiento (Nombre del Médico – Enfermera) Licencia No.

o los testigos y

(Cuando no se presenta certificado – Art. 49 Decreto 1260/70)

quienes suscriben la presente Acta para acreditar el nacimiento.

El denunciante X Ma. Ofelia Giraldo Orozco

Los testigos

A falta de certificado Médico o de enfermera. C. C. No. C. C. No.

El funcionario que autoriza el registro

FIRMA Y SELLO

EL NOTARIO SUPERIOR CERTIFICA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Para efectos del artículo 2º. de la Ley 45 de 1936, subrogado por el artículo 1º. de la Ley 75 de 1968, reconozco al niño a que se refiere esta Acta como mi hijo natural y para constancia firmo

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ EN EL CIEN 23 JUN. 2008

Firma del padre que hace el reconocimiento Firma de la madre que hace el reconocimiento

Firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Escaneado con CamScanner

CIFRAS O CODIGOS DE LOS MESES: ENERO 01, MAYO 05, SEPT. 09, FEBRERO 02, JUNIO 06, OCTUBRE 10, MARZO 03, JULIO 07, NOV. 11, ABRIL 04, AGOS 08, DIC. 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2 6733002

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION Nº

(1) Parte básica	(2) Parte complementaria
98 07 11	

OFICINA REGISTRO CIVIL

(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.): NOTARIA PRIMERA

(4) Municipio y Departamento: ARMENIA QUINDIO

(5) Código: 5001

SECCION GENERICA

INSCRITO

(6) Primer apellido: MARIN

(7) Segundo apellido: GIRALDO

(8) Nombres: SANTIAGO

SEXO

(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO

(10) Día: 11

(11) Mes: JULIO

(12) Año: 1998

LUGAR DE NACIMIENTO

(13) País: COLOMBIA

(14) Departamento: QUINDIO

(15) Municipio: ARMENIA

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

(16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR

(17) Hora: 4:20 AM

(18) Documento presentado - Antecedente (Cert. medico, Acta parroquial, etc.): CERTIFICADO MEDICO

(19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento:

(20) Nº licencia:

MADRE

(21) Apellidos (de soltera): GIRALDO

(22) Nombres: MAGDA LILIANA

(23) Edad al momento del parto: 27 años

(24) Identificación (clase y número): CC.# 66.836.480 CALI VALLE

(25) Nacionalidad: COLOMBIANA

(26) Profesión u oficio: HOGAR

PADRE

(27) Apellidos: MARIN LOPEZ

(28) Nombres: JOSE WILSON

(29) Edad al momento del nacimiento: 35 años

(30) Identificación (clase y número): CC.#7.541.408 ARMENIA QUINDIO

(31) Nacionalidad: COLOMBIANO

(32) Profesión u oficio: LIC. ELECTRONICA

DENUNCIANTE

(34) Apellidos y Nombres: CC.# 7.541.408 ARMENIA QUINDIO

(35) Dirección postal: LA FACHADA MZ. 10 # 21 ARMENIA

7.541.408

(36) Nombre: JOSE WILSON MARIN LOPEZ

(38) Firma (autógrafa):

TESTIGO

(37) Identificación (clase y número): CC. # 19.213.569 BOGOTA

(39) Domicilio (Municipio): BARRIO LIMONAR

(40) Nombre: OSCAR ESCOBAR ECHEVERRY

(42) Firma (autógrafa):

TESTIGO

(41) Identificación (clase y número): CC. # 1.239.958 ARMENIA

(43) Domicilio (Municipio): CALLE 19 N # 12-49 ARMENIA

(44) Nombre: JUAN GABRIEL DIAZ SOTO

Firma (autógrafa) del funcionario que autoriza el registro

FECHA DE INSCRIPCION (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(45) Día: 27

(46) Mes: AGOSTO

(47) Año: 1998

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

El usuario informa que solicita la presente copia para trámites de Parentesco

-ESTA PLANA-
ES FOTOCOPIA AUTENTICA
DEL ORIGINAL QUE TUVE
A LA VISTA -- DOY FE.

29 AGO 1998

Escaneado con CamScanner

COLOQUESE O CODIGOS DE LOS MESES	ENERO 01	FEBRERO 02	MARZO 03	ABRIL 04
	MAYO 05	JUNIO 06	JULIO 07	AGOS 08
	SEPT. 09	OCTUBRE 10	NOV 11	DIC 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

ORGANIZADA POR EL EJECTO... REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION Nº

(1) Parte básica	(2) Parte control.
98 07 11	

2 6733002

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección etc.)	(4) Municipio y Departamento	(5) Código
	NOTARIA PRIMERA	ARMENIA QUINDIO	5001

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: MARIN	(7) Segundo apellido: GIRALDO	(8) Nombres: SANTIAGO			
SEXO	(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: MASCULINO		FECHA DE NACIMIENTO	(10) Día: 11	(11) Mes: [illegible]	(12) Año: 1998
LUGAR DE NACIMIENTO	(13) País: COLOMBIA	(14) Departamento: QUINDIO	(15) Municipio: ARMENIA			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR			(17) Hora: 4:20 AM
	(18) Documento presentado - Antecedente (Cert. medico, Acta parroquial etc.): CERTIFICADO MEDICO	(19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento		(20) Nº licencia
MADRE	(21) Apellidos (de soltera): CIRALDO	(22) Nombres: MAGDA LILIANA		(23) Edad al momento del nacimiento: 27 años
	(24) Identificación (clase y número): CC.# 66.836.480 CALI VALLE	(25) Nacionalidad: COLOMBIANA	(26) Profesión u oficio: HOGAR	
PADRE	(27) Apellidos: MARIN LOPEZ	(28) Nombres: JOSE WILSON		(29) Edad al momento del nacimiento: 35 años
	(30) Identificación (clase y número): CC.#7.541.408 ARMENIA QUINDIO	(31) Nacionalidad: COLOMBIANO	(32) Profesión u oficio: LIC. ELECTRONICA	

DENUNCIANTE	(34) Identificación (clase y número): CC.# 7.541.408 ARMENIA QUINDIO		7.541.408
	(35) Dirección postal: LA FACHADA MZ. 10 # 21 ARMENIA	(36) Nombre: JOSE WILSON MARIN LOPEZ	
TESTIGO	(37) Identificación (clase y número): CC. # 19.213.569 BOGOTA	(38) Firma (autógrafa):	
	(39) Domicilio (Municipio): BARRIO LIMONAR	(40) Nombre: OSCAR ESCOBAR ECHEVERRY	
TESTIGO	(41) Identificación (clase y número): CC. # 1.239.958 ARMENIA	(42) Firma (autógrafa):	
	(43) Domicilio (Municipio): CALLE 19 N # 12-49 ARMENIA	(44) Nombre: JUAN GABRIEL DIAZ SOTO	
FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) (45) Día: 27	(46) Mes: AGOSTO	(47) Año: 1998
		Firma (autógrafa) del funcionario ante quien se hace el registro	
		(48) Nombre del funcionario ante quien se hace el registro	

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIO ENCARGADO 1ª PRIMERA Circulo ARMENIA QUINDIO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

El usuario informa que solicita la presente copia para trámites de Parentesco

- ESTA PLANA -
ES FOTOCOPIA AUTENTICA
DEL ORIGINAL QUE TUVE
A LA VISTA - DOY FE.

29 AGO 1998

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIO ENCARGADO 1ª PRIMERA Circulo ARMENIA QUINDIO

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.094.970.691**

MARIN GIRALDO

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1998**

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

07-OCT-2016 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2600100-00962422-M-1094970691-20171214 **0058**79835A 2 9902345263

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1945

CIRCASIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

17-JUL-1968 CIRCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2600100-00147171-F-0024601257-20090117 0009549475A 1 4200011250

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPUBLICA DE
IDENTIFICACION
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.601.257

GIRALDO OROZCO

APELLIDOS

MARIA OFELIA

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.836.480**

GIRALDO

APELLIDOS

MAGDA LILIANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUL-1971**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-OCT-1990 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100150-00126222-F-0066836480-20081109 **0005**24389A 1 2820016355