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 CÓRDOBA
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA-CORDOBA - SERVICIOS PRESTADOS A
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**31 de Marzo de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**82073-544236**
No. de documento	**376844**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ	**C.C.**	75.088.018	**IP/Nº de contacto**	85345
Correo electrónico contratista:	garzonl@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		86043311257	
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 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3187320/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**36522**	
Valor Total del Contrato	$ 25.200.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.600.000	**2**	**Del**	**01/03/2022**	**Al**	**31/03/2022**	**$ 3.600.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.000.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.600.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.600.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.122.200**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7825428919**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.440.000	$ 1.440.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.000	$ 180.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 230.400	$ 230.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.600	$ 7.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 360.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 707.400	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.122.200,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.189.600,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	6.379,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.593.621,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Orientar FPI Oferta Regular del programa titulado fichas 2366501, 2395961, 2452518 y complementaria; lunes – viernes / 18:00 - 22:0
2. Actividades de planeación, evaluación y preparación de informe por equipos ejecutores para entrega trimestral.
3. Participación en jornadas de ejecución y desarrollo curricular del programa en Gestión Documental de la FPI y Planeación Pedagógica
4. Realización de la capacitación e Inducción SIGA Vigencia 2022 y se atendió los lineamientos del grupo de salud y seguridad en el tr
5. Desarrollo de procesos en la plataforma Territorium y Sofia Plus.
6. Organización de la plataforma Drive – Portafolio del instructor y aprendiz, evidencia de actividades desarrolladas en ambientes de
7. Diseño de actividades de aprendizaje: Talleres, guías, instrumentos y propuestas de conocimiento.
8. Instructor participa en Curso Inducción Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción con fecha del 09-03-2022.

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.

ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ
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,

LEOVI FERNANDO HOYOS MILLAN
PROFESIONAL G02

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

AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	75088018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	MANZANA 36 CASA 5A BARRIO	TELÉFONO:	7354712
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7825428919**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/02/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1344490083

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 230.400
SUBTOTAL:			1	**$ 230.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 180.000
SUBTOTAL:			1	**$ 180.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.100
SUBTOTAL:			1	**$ 15.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 425.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	75088018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	MANZANA 36 CASA 5A BARRIO LA ISABELA	TELÉFONO:	7354712
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7825428919**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2022			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/02/28			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1344490083

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 230.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.400	$ 0	$ 230.400
SUBTOTALES:										**$ 230.400**	**$ 0**	**$ 230.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 180.000
SUBTOTALES:													**$ 180.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 180.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.100	$ 15.100	$ 0	$ 0	$ 15.100
SUBTOTALES:									**$ 15.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Montería, 14 de marzo de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**30239381**	**GLORIA JOHANNA GARZON LOPEZ**	**HERMANO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Solicito 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,

Andrés Mauricio Garzón López

_____
Nombre: Andrés Mauricio Garzón López
C.C. 75088018

AVISO

LA SUSCRITA SECRETARIA DEL JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DE MANIZALES CALDAS

A V I S A:

Que por fallo del veintinueve (29) de Junio del 2016, proferido por este Despacho y dentro del proceso de Jurisdicción Voluntaria de "Interdicción Judicial por Discapacidad Mental Absoluta- promovido por el señor ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ, se decretó la interdicción definitiva por causa de Discapacidad Mental Absoluta de la señora GLORIA JOHANNA GARZON LOPEZ, quien es mayor de edad y vecina de Manizales.

En consecuencia la interdicta declarada, debidamente identificada por sus nombres, apellidos y domicilio no tiene la libre administración de sus bienes (art. 536-2 C.C.). Se designó como Guardador Legitimo al señor ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ.

El presente AVISO se insertará una vez por lo menos en un periódico de amplia circulación Nacional, eso es, El Tiempo, publicación que deberá traerse por parte de la interesada al Juzgado para que obre en el respectivo proceso de conformidad con el art. 586 del C. G. del P.

Manizales, Julio catorce (14) de dos mil dieciséis (2016).

JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA
SECRETARIA

CLEMENCIA DEL PILAR ALZATE RAMÍREZ
SECRETARIA

Recibí Gloria Stella Ayala
CASA EDITORIAL EL TIEMPO
Cra 24 # 22-02 Ed. Plaza Centro L-11
Tels: - 8840480
Manizales
Edicto Julio 20.
Tel 8840480 $72700

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DEL CIRCUITO
Manizales, Caldas, Julio 14 de 2016

OFICIO No. 1275

NOTARIA CUARTA DE MANIZALES
Carrera 23 No. 21-47 Manizales
Rad. 2015-00121
Doy fe que ésta FOTOCOPIA coincide con otra copia autenticada que tuve a la vista.
Fecha: 18 JUL. 2016

MONICA HENAO HENAO
Notaría Encargada
Manizales

Señores:
NOTARIA TERCERA DEL CÍRCULO
Armenia – Quindío

Para los fines pertinentes con su cargo me permito comunicarle que este Despacho Judicial mediante fallo del veintinueve (29) de Junio del año dos mil dieciséis (2016), dictado dentro del proceso de Jurisdicción Voluntaria – Interdicción Judicial por Discapacidad Mental Absoluta- promovido por el señor ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ se decretó la Interdicción Judicial por Discapacidad Mental Absoluta de la señora GLORIA JOHANNA GARZON LOPEZ y se nombró como GUARDADOR LEGITIMO al señor ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ. Dicho fallo se encuentra debidamente ejecutoriado.

Lo anterior, para las anotaciones respectivas en el registro civil de nacimiento de la referida señora y en el libro de varios que se lleva en esa Oficina, quien se encuentra inscrita bajo el indicativo serial nro. 4989004.

Cordialmente,

SECRETARIA

CLEMENCIA DEL PILAR ALZATE RAMIREZ
SECRETARIA

SaludCoop EPS

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Manizales, Julio 18 de 2012

Certifico que la paciente GLORIA JOHANNA GARZON LOPEZ de 31 años de edad, identificado con C.C. 30.239.381 de Manizales presenta ESCLERODERMIA TUBEROSA HIPERTENSION ARTERIAL y SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO en manejo por MEDICINA INTERNA, con discapacidad laboral por lo cual depende económicamente de su hermano Andrés Mauricio Garzón López identificado con C.C75.088.018

Dra. Bibiana Galindo Rios

R.M. 15514

CERTIFICADO CALIFICACIÓN PERDIDA CAPACIDAD LABORAL

Coomeva | EPS

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	LUGAR EXAMEN
MANIZALES	16	1	2015	MANIZALES

INFORMACION E IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

No. IDENTIFICACIÓN	TIPO	1er. APELLIDO 2°. APELLIDO NOMBRES	SEXO
75088018	CC	ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ	M

MOTIVO SOLICITUD: 0

INFORMACIÓN E IDENTIFICACIÓN PERSONA CON DISCAPACIDAD

No. IDENTIFICACIÓN	TIPO	1er. APELLIDO 2°. APELLIDO NOMBRES	SEXO
30239381	CC	GLORIA JOHANNA GARZON LOPEZ	F

MANO DOMINANTE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD
IZQUIERDA	33	HERMANA	EN INSTITUCION ESPECIAL

OCUPACIÓN ACTUAL: NINGUNA ESTADO CIVIL: SOLTERO

DIAGNÓSTICO (S):

1	G408 Otras epilepsias
2	R620 Retardo del desarrollo
3	0

CONCEPTOS CALIFICACIÓN PERDIDA CAPACIDAD LABORAL

GRADO LIMITACIÓN		TIPO DISCAPACIDAD	
15 % AL 25 % MODERADA	0	FISICA	
>25 % Y <50 % SEVERA	0	MENTAL O PSIQUICA	XX
IGUAL - > 50 %PROFUNDA	XX	SENSORIAL	XX

CALIFICACIÓN ORIGEN: COMUN

FECHA DECLARACIÓN PERDIDA: 16-01-15

CALIFICACIÓN PERDIDA CAPACIDAD LABORAL (C/PCL): 51,55 %

CONDUCTA AFILIACIÓN

AFILIAR COMO BENEFICIARIO DIRECTO DE COTIZANTE SOLICITANTE	XX
NO AFILIAR COMO BENEFICIARIO DIRECTO DE COTIZANTE SOLICITANTE	

Se le da a conocer al usuario y/o acudiente, la posibilidad que tiene de ser evaluado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, en terminos del Decreto 0019 de 2012 Art. 142 y el Decreto 2463 de 2001 Art

NOMBRE MEDICO		
MARIA ELENA PIEDRAHITA	Coomeva EPS María Elena Piedrahita M Médico Laboral Licencia de SO	
RM 3958/93 - Licencia de SO 1598-13	FIRMA Y SELLO MEDICO	FIRMA CEDULA INTERESADO-USUARIO

HISTORIA CLINICA
CLINICA LA SAGRADA FAMILIA
NIT 890000381-0
DIRECCION: CR 15 CALLES 10 y 11

Fecha Impresion:08/02/2019 10:17 **HISTORIA CLINICA EVOLUCION NEUROLOGICA CLINICA**

Clínica La Sagrada Familia

Clínica La Sagrada Familia

FECHA: 2019-02-08 **HORA:** 09:48

HISTORIA NUM: 30239381 **NOMBRE:** GARZON LOPEZ GLORIA JOHANNA

EDAD: 37 **FECHA DE NACIMIENTO:** 1981-04-27 **SEXO:** FEMENINO

ADMINISTRADORA: MEINTEGRAL **REGIMEN:** CONVENIO **MUNICIPIO.:** ARMENIA

DIRECCION: MZ 36 CA 5A **BARRIO/VEREDA:** ISABELA **ZONA:** URBANO

TELEFONO: 3042035533--7364712

PROBLEMAS

*: 1- EPILEPSIA FOCAL SINTOMÁTICA SECUNDARIA A ESCLEROSIS TUBEROSA.

DATOS

OBJETIVOS: O/ BUEN ESTADO GENERAL. CON ESTIGMAS FACIALES Y UNGUEALES DE BURNSVILLE.
ADECUADA COGNICIÓN.
LENGUAJE NORMAL.
FaeO NORMAL AO
ADECUADA VISIÓN BINOCULAR
MOTILIDAD OCULAR NORMAL
PUPILAS SIMÉTRICAS DE 3 mm REACTIVAS.
SIMETRIA FACIAL
LOS DEMÁS PARES CRANEANOS NORMALES
NO DÉFICIT FOCAL MOTOR NI SENSITIVO
TONO MUSCULAR NORMAL.
COORDINACIÓN Y DIADOCOCINESIA NORMALES
RMT SIMETRICOS DE ++/++++

SUBJETIVOS: S/ DESDE HACE APROX 3 AÑOS SIN CRISIS CONVULSIVAS. TOMA VIEN SU MEDICACIÓN : VGT, VP Y CBZ. A LAS DOSIS PRESCRITAS.

INTERPRETACIÓN: E EILEPSIA CONTROLADA

PLAN: P/ 1-CONTINUAR IGUAL MEDICACION CON CARBAMAZEPINA 600 mg/d VIGABATRINA 500 mg x 2 Y VALPROICO 250 mg x 3
3- CONTROL EN 4 MESES

DIAGNÓSTICO

DX. PRINCIPAL: EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)
(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS G402

DX. RELACIONADO 1: ESCLEROSIS TUBEROSA Q851

RIPSPag 1
Usuario que imprime: BNLUGO

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL **CONSULTA PRIMERA VEZ SI:**

CONSULTA PRIMERA VEZ NO: X **FINALIDAD DE LA CONSULTA:** NO APLICA

TIPO DE DIAGNOSTICO PRINCIPAL: CONFIRMADO REPETIDO

FIRMA

NOMBRE PROFESIONAL: RAFAEL EDUARDO LOPEZ MOGOLLON

Nº IDENTIFICACION.: 19165047 **NO. REGISTRO PROFESIONAL ASISTENCIAL:** 13981/16

DR. RAFAEL EDUARDO LOPEZ MOGOLLON
CC 19165047 - Registro. 13981/16 - Especialidad: [NEUROLOGIA CLINICA]

PLAN DE ESTUDIO Y MANEJO

CONSULTAS E INTERCONSULTAS

890374 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1

MEDICAMENTOS

0 - ACIDO VALPROICO CAP]ICAP	
0 - CARBAMAZEPINA TAB-ITAB	540
0 - VIGABATRINA TAB-ITAB	540
	360

DR. RAFAEL EDUARDO LOPEZ MOGOLLON
CC 19165047 - Registro. 13981/16 - Especialidad: [NEUROLOGIA CLINICA]

EVOLUCIONES

FIN DEL DOCUMENTO

Pag 2 Usuario que imprime: BNLUGO

Clínica La Sagrada Familia

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA
Direccion: CR 15 CALLES 10 y 11 Tel:7466262 Nit: 890000381-0
ARMENIA - QUINDIO
REG-0254 Orden de Medicamentos

Paciente: GLORIA JOHANNA GARZON LOPEZ
Lugar de atención: CLINICA LA SAGRADA FAMILIA-CARRERA 15 CALLE 10 ESQUIN
Administradora: MEINTEGRAL
Regimen: CONVENIO
Id. Admisión 0

Doc: CC 30239381
No Historia: 30239381
Convenio: MEI001MEINTSVIDA
Fecha Nacimiento: 27/04/1981
Edad: 37 Años Teléfono: 3042035533--7354712

Medicamento	Presentación	Concentración	Cantidad	Dosis\Frec. \Duración y Via Admin.	Observaciones
0-CARBAMAZEPINA	TAB-ITAB	200 mg	540(QUINIENTOS CUARENTA)	1-Cada 8 Hora(s)-Durante 180 dias Via de administracion: ORAL	TOMAR 1 TABLET CON CADA COMIDA
0-ACIDO VALPROICO	CAP-ICAP	250 mg	540(QUINIENTOS CUARENTA)	1-Cada 8 Hora(s)-Durante 180 dias Via de administracion: ORAL	TOMAR 1 CON CADA COMIDA
0-VIGABATRINA	TAB-ITAB	500 mg	360(TRESCIENTOS)	1-Cada 12 Hora(s)-Durante 180 dias Via de administracion: ORAL	TOMAR 1 CADA 12 HORAS

DX Principal: G402 | DX Relacionado 1: Q851 | DX Relacionado 2: | DX Relacionado 3: | Tipo de DX Principal: 3

Fecha de la prescripción: 08/02/2019 10:03:45
Vigencia de la prescripción: 72 Horas Vence el 11/02/2019

DR RAFAEL EDUARDO LOPEZ MOGOLLON
CC 19165047 - Registro: 13981/16 - Especialidad: [NEUROLOGIA CLINICA]

NOTA: Toda alteración o enmendadura anula la formula y el titular acarreará con las sanciones establecidas por el Código Penal.

Clínica La Sagrada Familia

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA
Direccion: CR 15 CALLES 10 y 11 Tel:7466262 Nit: 890000381-0
ARMENIA - QUINDIO
REG-0254 Orden de Medicamentos

Paciente: GLORIA JOHANNA GARZON LOPEZ
Lugar de atención: CLINICA LA SAGRADA FAMILIA-CARRERA 15 CALLE 10 ESQUIN
Administradora: MEINTEGRAL
Regimen: CONVENIO
Id. Admisión 0

Doc: CC 30239381
No Historia: 30239381
Convenio: MEI001MEINTSVIDA
Fecha Nacimiento: 27/04/1981
Edad: 37 Años Teléfono: 3042035533--7354712

Medicamento	Presentación	Concentración	Cantidad	Dosis\Frec. \Duración y Via Admin.	Observaciones
0-CARBAMAZEPINA	TAB-ITAB	200 mg	540(QUINIENTOS CUARENTA)	1-Cada 8 Hora(s)-Durante 180 dias Via de administracion: ORAL	TOMAR 1 TABLET CON CADA COMIDA
0-ACIDO VALPROICO	CAP-ICAP	250 mg	540(QUINIENTOS CUARENTA)	1-Cada 8 Hora(s)-Durante 180 dias Via de administracion: ORAL	TOMAR 1 CON CADA COMIDA
0-VIGABATRINA	TAB-ITAB	500 mg	360(TRESCIENTOS)	1-Cada 12 Hora(s)-Durante 180 dias Via de administracion: ORAL	TOMAR 1 CADA 12 HORAS

2 1 entrega 11-02-2019
2 entrega 11-03-2019
3 entrega 11-04-2019

11-02-19
Autorizado
entrega 1 de 6

DX Principal: G402 | DX Relacionado 1: Q851 | DX Relacionado 2: | DX Relacionado 3: | Tipo de DX Principal: 3

Fecha de la prescripción: 08/02/2019 10:03:45
Vigencia de la prescripción: 72 Horas Vence el 11/02/2019

DR RAFAEL EDUARDO LOPEZ MOGOLLON
CC 19165047 - Registro: 13981/16 - Especialidad: [NEUROLOGIA CLINICA]

NOTA: Toda alteración o enmendadura anula la formula y el titular acarreará con las sanciones establecidas por el Código Penal.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30239381**

GARZON LOPEZ
APELLIDOS

GLORIA JOHANNA
NOMBRES

Johana Garzon
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ABR-1981**
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
AB+ G.S. RH
F SEXO

25-JUN-2002 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0900100-35106261-F-0030239381-20020018 **07091** 02260C 02 130665990