SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO DE SERVICIOS Y GESTION EMPRESARIAL - ANTIOQUIA

Código Regional	**5**
Código Centro	**940210**
Fecha Elaboración	**29 de Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**73833-252003**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ	**C.C.**	43.618.075	**IP/Nº de contacto**	42207
Correo electrónico contratista:	calvarez570@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 00625843618

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5827489/2024 **Nº Compromiso SIIF** **12924**

Valor Total del Contrato	$ 47.180.167	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 47.180.167	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 3.869.667,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 43.310.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR - PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE SERVICIOS Y GESTIÓN EMPRESARIAL EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.869.667		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	**$ 3.869.667**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.275.050**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**Decreto 1273 de**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.547.867	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.700	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 967.416	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 386.967	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 758.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.275.050,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.428.467,00	
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	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	15.479,00	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	**$3.854.188,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver anexo informe de actividades correspondiente al mes de Febrero que se encuentra en el proceso registrado en la plataforma Secop II

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.

CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ
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,

MARTA LUCIA ISAZA SUAREZ
INSTRUCTOR G20

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

JORGE HERNAN VELEZ GALLEGO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **43618075** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 43618075
NOMBRES Y APELLIDOS	CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	1188
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **07/02/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14974899649

(415)7707212489984(8020) 000001497489964 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 6 1 8 0 7 5	2	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 3 6 1 8 0 7 5	1 9 9 4 1 0 3 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVAREZ	GOMEZ	CATALINA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CR 89 CL 92 C 119 IN 544

42. Correo electrónico: catalvarezg6@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 2 1 8 1 7 9 5	3 1 4 8 9 0 6 0 6 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 3	2 0 1 0 0 2 1 5	8 5 6 0	2 0 0 0 1 0 0 2	9 0 0 7			2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 24 / 06 : 07: 08

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALVAREZ GOMEZ CATALINA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14974899649

(415)7707212489984(8020) **000001497489964 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 6 1 8 0 7 5	2	Impuestos de Medellín 1 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Catering para eventos 5 6 2 1	
162. Nombre del establecimiento: 1, 2 Y 3 PAPÁS Y BEBÉS		
163. Departamento: Antioquia 0 5	164. Ciudad/Municipio: Medellín 0 0 1	
165. Dirección: CR 89 CL 92 C 119 IN 544		
166. Número de matrícula mercantil: 2 1 5 4 2 5 1 1 0 2	167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 1 3 0 1 3 0	
168. Teléfono: 2 3 0 0 9 4 3	169. Fecha de cierre: 2 0 1 3 0 8 0 6	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43618075 realizó el día 07/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43618075 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CATALINA MARIA ALVAREZ GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43618075 el día 07/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, febrero 7 de 2024

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 la persona relacionada a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1152220790**	**Daniela Zapata Álvarez**	**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.

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,

Catalina Mª Alvarez G.

_____
FIRMA

Nombre: Catalina María Álvarez Gómez

C.C. 43618075

SALUD MENTAL INTEGRAL S.A.S. (SAMEIN)
Nit 811005113-9
CL 33 63 B 151 Tel 4444891
MEDELLIN, Colombia
Email: samein@samein.com.co

CONSULTA

07/SEPT./2023 08:29 A. M.

Paciente	CC	Edad	Entidad
ZAPATA ALVAREZ DANIELA	1152220790	25	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA(EPS)

Antecedente	P	F	Observaciones	Antecedente	P	F	Observaciones
SOCIO-LABORALES	X		Familia conformada solo por madre, padre es consumidor de SPA sin relación con la pte	TOXICOS	X		Consumo de SPA desde hace 4 años
TRASTORNOS MENTALES	X		Desde los 12 años intentos suicidas	CANCER			-
VENEREAS			-	DIABETES			-
QUIRURGICOS			niega	ALERGICOS			NIEGA
DEFECTO VISUAL			-	FARMACOLOGICOS			-
ENDOCRINOS			-	INFECCIOSOS			-
GASTROINTESTINALES			-	PATOLOGICOS			NIEGA

Motivo Consulta

CONSULTA POST EGRESO
25 años, unión libre, sin hijos, nació en Medellín, vive en el barrio Robledo con la mamá, (antes vivia con el novio y los suegros), bachiller, estudió 5 semestres de Trabajo Social en la UPB hasta 2019, sin ocupación, viene con la mamá atalina Alvarez

Enfemedad Actual

EN EL RSUMEN DE EGRESO SE LEE: "Paciente que con historia clínica en Samein desde el 2018 con diagnostico de TAB y TUS desde el 2015 (Cocaina, alcohol, THC y tabaco), estuvo en el 2020 en proceso ambulatorio en el CAD y en el 2021 en proceso residencial pero firmo alta voluntaria. Logra estar libre de consumo durante 7 meses solicito finalizar proceso en el CAD y decidió suspender el tratamiento. Ahora ingresa por sintomas maniformes asociados a recaida en el consumo de sustancias. Ajusto medicación. Por ahora sin voluntariedad para proceso de rehabilitaicón. Llega valproemia en 65, sin sintomas maniformes, mejor modualda, sin ideas de auto ni heteroagres sin sintomas psicóticos, haciendo critica de lo sucedido, aceptando proceso ambulatorio de rehabilitación, con el apoyo de su familia, adecuada red de apoyo, se decide alta hospitalaria". ESTUVO HOSPITALIZADA EN SAMEIN DEL 29 DE JULIO AL 08 DE AGOSTO/23 POR EPISODIO MANIACO CON SINTOMAS PSICÓTICOS, TIENE INDICADO TRATAMIENTO CON Valcote 500mg ER: 1-0-1, Risperidona 3mg: 0-0-1, Biperideno 2mg: 1-0-0 y Levomepromazina gotas 5-5-10. REFIERE: "MEJOR, YA NO ESTOY CONSUMIENDO (THC, 2CB Y PERICO) VOLVÍ A VIVIR CON MI MAMÁ DESPUES DE 5 AÑOS, LA RELACIÓN HA MEJORADO MUCHO. ME TOMO LA MEDICACIÓN CUMPLIDA, EL ANIMO ESTABLE,TENGO BUEN APETITO, DUERMO MUY BIEN EN LA NOCHE(DE 10 PM A 7 AM), EN EL DIA EN LA CASA, ME CUIDAN MUCHO Y NO ME DEJAN SALIR CON CUALQUIERA. EN EL DIA ESTUDIÓ INGLÉS, LEO, ME HE SENTIDO MUY BIEN, LO UNICO ES MUCHO SUEÑO EN EL DIA ". LA MAMÁ DICE: "RESPETUOSA CONMIGO, COMPROMETIDA CON EL TRATAMIENTO, YA SE PUEDE HABLAR CON ELLA, NO SE DESESPERA, ES COMO GANAR 1 HIJA, LA HE VISTO MUCHO MEJOR"
AP: PATOLOG (-), QGCOS (-). TÓXICOS:CONSUMO DE PSICOTÓXICOS DESDE LOS 18 AÑOS, PRIMERO MARIHUANA, DESPUES COCAINA Y 2CB ESTE AÑO, DESDE QUE SALÍ DE LA CLINICA NO CONSUMO
AF: UNA TIA ABUELA MATERNA FALLECIDA TUVO TAB, 1 TIA MATERNA CON ESQUIZOFRENIA. ABUELA PATERNA Y PAPÁ DEPRESIVOS .

Examen Mental

BUEN ESTADO GENERAL,BIEN TRAJEADA, ALERTA, ORIENTADA, LUCIDA, LÓGICA, DISPUESTA, AFECTO MODULADO, EUTIMICO,SIN SINTOMAS DEPRESIVOS NI DE ANSIEDAD, SIN IDEA AUTOLITICA. SIN DELIRIOS NI ALUCINACIONES. FUNCIONES COGNITIVAS CONSERVADAS. JUICIO LOGICO, AUTOCRITICA CONSERVADA. EXAMEN MENTAL EN LIMITES NORMALES

Analisis y Plan

AF DE ENFERMEDAD MENTAL POR LINEAS MATERNA Y PATERNA
AP DE CONSUMO DE PSICOTÓXICOS DESDE LOS 18 AÑOS
SINTOMAS DE TAB DESDE 2018
3 INGRESOS HOSPITALARIOS, EL ULTIMO EN SAMEIN 29 DE JULIO AL 08 DE AGOSTO/23 POR EPISODIO MANIACO CON SINTOMAS PSICÓTICOS
DESDE EL EGRESO EN ABSTINENCIA DEL CONSUMO
ESTABLE Y COMPENSADA CON EL TRATAMIENTO
EXAMEN MENTAL EN LIMITES NORMALES
ASISTE A GRUPOS DE APOYO EN CAD DE SAMEIN

CTA
PAUTAS DE MANEJO
AJUSTO ESQUEMA DE TRATAMIENTO

CITA 60 DIAS

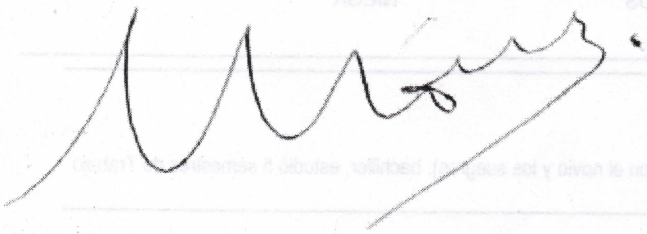
Paciente	CC	Edad	Entidad
ZAPATA ALVAREZ DANIELA	1152220790	25	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA(EPS)

Diagnosticos F312 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS
F172 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE TABACO: SINDROME DE DEPENDENCIA

Tratamiento

	Medicamento	Dosis	Via Aplicación	Cant.
1	Biperideno 2 mg tableta TOMA 1 EN LA MAÑANA	1-0-0	Via Oral	90
2	Levomepromazina Solucion oral 40 mg / mL (4%) TOMA 8 GOTAS ANTES DE ACOSTARSE	0-0-10	Via Oral	3
3	Risperidona 3 mg tableta TOMA 1 EN LA NOCHE	0-0-1	Via Oral	90
4	Divalproato sódico 500 mg ER Tabletas de liberación prolongada TOMA 1 EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE	1-0-1	Via Oral	180

Autorización **Número** 2701-192770302 **Autorizado por**
Tipo Afiliado Beneficiario **Nivel** A **Semanas** 0



GABRIEL JAIME LOPEZ CALLE

Firma Electrónica. R.M. 8341-81
CC 70041983 ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

2143026

REGISTRO DE NACIMIENTO 980329

OFICINA REGISTRO CIVIL: NOTARIA DOCE. | Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.): | Municipio y Departamento: MEDELLIN ANTIOQUIA. | Folio: 7502.

SECCION GENERICA

INSCRITO — Primer apellido: ZAPATA. | Segundo apellido: ALVAREZ. | Nombres: DANIELA.

SEXO — ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: FEMENINO. | FECHA DE NACIMIENTO: 29. MARZO. 1.998

LUGAR DE NACIMIENTO — País: COLOMBIA. | Departamento: ANTIOQUIA. | Municipio: MEDELLIN.

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MEDELLIN. 9:05AM
CERTIFICADO MEDICO. JAIME MARTINEZ HERRERA.

MADRE: ALVAREZ GOMEZ. CATALINA MARIA. 21.
C.C.#43.618.075 DE MEDELLIN. COLOMBIANA. HOGAR.

PADRE: ZAPATA MARTINEZ. CARLOS ANTONIO. 20.
C.C.#98.668.141 DE ENVIGADO. COLOMBIANA. ESTUDIANTE.

DENUNCIANTE: C.C.#98.668.141 DE ENVIGADO.
MEDELLIN ANTIOQUIA. CARLOS ANTONIO ZAPATA MARTINEZ.

x Carlos Zapata Martinez 98668 k/l

TESTIGO

TESTIGO

FECHA DE [illegible]: 30. MARZO. 1.998

NOTARIA DOCE DE MEDELLIN
Notario
REG. CIVIL
Marta Inés Alzate de Restrepo