Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	70069754 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:29
PACIENTE:	**EFREN DE JESUS VELASQUEZ ESPINOZA**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	70069754	FECHA NAC.:	10/08/1954
EDAD:	70	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	NUEVA EPS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

DIABETES EN TTO

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN				AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		
	VL	VP	PH	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X	20/40	1.75M	X
OJO I:	X	X	X	20/50	1.75M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA INCIPIENTE
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA INCIPIENTE

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: +1.50-1.00*90° **REFRACCION OJO I:** +1.50-1.00*90°

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	+1.00	-1.00	90°		+2.50	31	20/25	0.50M
OJO I:	+1.00	-0.50	90°		+2.50	31	20/25	

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

OJO D.:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H524 PRESBICIA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H522 ASTIGMATISMO

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES BIFOCAL FLAT-TOP
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

27

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	12395260 TEL.: 000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 12:41
PACIENTE:	**ENCARNACION ARNACHE FUENTES**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	12395260	FECHA NAC.:	15/04/1938
EDAD:	87	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	NUEVA EPS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X		XX	X	X
OJO I:	X	X	X		X	X	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual:

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
X

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
X

KERATOMETRÍA OJO DER.: X
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: X

EXAMEN MOTOR OJO DER.: X
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: X

COVER TEST LEJOS O. DER.: X
COVER TEST CERCA O. IZQ.: X

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: RETINOPATIA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA

PIO OJO DER: X
PIO OJO IZQ.: X

TEST DE COLOR OJO DER.: X
TEST DE COLOR OJO IZQ.: X

ESTEREOPSIS: X
FACILIDAD ACOMODATIVA: X

REFRACCION OJO D: X
REFRACCION OJO I: X

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: X
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: X

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: X
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: X

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

OJO D.:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL 1 AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H540 CEGUERA DE AMBOS OJOS

DIAGNÓSTICO REL. OI:

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

PACIENTE CON CEGUERA
LENTES DE PROTECCION

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	15112125	TEL.:	000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 09:14
PACIENTE:	**FRANCISCO ANTONIO CUELLO**			TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	15112125			FECHA NAC.:	31/12/1939
EDAD:	85			SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR			ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO			MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A			TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A			TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A			ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

USO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X	PL	NO TITULO	X
OJO I:	X	X	X	PL	NO TITULO	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: X
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: X

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: LIO
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: PUPILA MIOTICA

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: X
TEST DE COLOR OJO IZQ.: X

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: SIN DATOS **REFRACCION OJO I:** SIN DATOS

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	-	-	-	-	-	-	-	-
OJO I:	-	-	-	-	-	-	-	-

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI:

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE EXPLIOCAN HALLAZGOS AL PACIENTE
2. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES MONOFOCALES DE PROTECCIÓN
3. CONTROL UN AÑO

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	1549942 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 09:44
PACIENTE:	**FRANCISCO ANTONIO SIMANCA VERTEL**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	1549942	FECHA NAC.:	01/06/1929
EDAD:	96	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	SALUD TOTAL

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X	NPL	NO TITULO	X
OJO I:	X	X	X	NPL	NO TITULO	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA MADURA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA MADURA

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: SIN DATOS **REFRACCION OJO I:** SIN DATOS

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:**

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	-	-	-	-	-	-	-	-
OJO I:	-	-	-	-	-	-	-	-

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

OJO D.:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI:

TIPO DE DIAGNÓSTICO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE EXPLICAN HALLAZGOS AL PACIENTE
2. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTE MONOFOCAL DE PROTECCIÓN

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	6881193 TEL.: 000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 10:36
PACIENTE:	**FRANCISCO MANUEL DIAZ MADERA**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	6881193	FECHA NAC.:	27/11/1956
EDAD:	68	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	CAJACOPI ATLÁNTICO

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA

NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X	20/100	2.M	-
OJO I:	X	X	X	20/400	2.M	-

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

-

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

-

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: NORMAL
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: NORMAL

COVER TEST LEJOS O. DER.: X
COVER TEST CERCA O. IZQ.: X

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: LIO
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: LIO

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: X
TEST DE COLOR OJO IZQ.: X

ESTEREOPSIS: -
FACILIDAD ACOMODATIVA: -

REFRACCION OJO D: N-2.00*90
REFRACCION OJO I: N-2.00*90

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: -
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: -

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: -
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: -

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO	-	-	-	+3.00	30	20/400	0.50M
OJO I:	NEUTRO	-	-	-	+3.00	30	20/400	0.50M

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** FILTRO UV

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL 1 AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H524 PRESBICIA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H524 PRESBICIA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

SE MANDA LENTES PARA VER DE CERCA

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	1066185070	TEL.:	00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 10:16
PACIENTE:	**FRANCISCO SIBAJA GUERRA**			TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	1066185070			FECHA NAC.:	18/08/1948
EDAD:	76			SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR			ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO			MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A			TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A			TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A			ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	20/100	2.00M	X
OJO I:	20/100	2.00M	X

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA MADURA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA MADURA

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X
FACILIDAD ACOMODATIVA: X

REFRACCION OJO D: +2.00-1.00*90°
REFRACCION OJO I: +2.00-1.00*90°

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO				+3.00	30	20/100	0.75M
OJO I:	NEUTRO				+3.00	30	20/100	0.75M

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H524 PRESBICIA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX +OPTICA, LENTES MONOFOCALES PARA LECTURA
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

32

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	15038343 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:57
PACIENTE:	**GUSTAVO ADOLFO ALMANZA HOYOS**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	15038343	FECHA NAC.:	02/02/1957
EDAD:	68	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	NUEVA EPS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	XX		X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	XX		XX
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
	CD 3M	2.00M	X
	CD 3M	2.00M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual:

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

-

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

-

KERATOMETRÍA OJO DER.: -
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: -

EXAMEN MOTOR OJO DER.: -
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: -

COVER TEST LEJOS O. DER.: -
COVER TEST CERCA O. IZQ.: -

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA

PIO OJO DER: -
PIO OJO IZQ.: -

TEST DE COLOR OJO DER.: -
TEST DE COLOR OJO IZQ.: -

ESTEREOPSIS: -
FACILIDAD ACOMODATIVA: -

REFRACCION OJO D: SIN DATO
REFRACCION OJO I: SIN DATO

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: -
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: -

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: -
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: -

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	N	-	-	-	+3.00	30	CD 3MT	1.00M
OJO I:	N	-	-	-	+3.00	30	CD 3MT	1.00M

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:
VALORACION POR OFTALMOLOGIA

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL 1 AÑO
CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA
DIAGNÓSTICO REL. OI: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA
TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

SE MANDA LENTES PARA VER DE CERCA
RECOMENDACION VALORACION OFTALOMOLOGIA

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	6856121	TEL.:	00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:14
PACIENTE:	**JEZRAEL RUBIO MORELO**			TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	6856121			FECHA NAC.:	26/09/1940
EDAD:	84			SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR			ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO			MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A			TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A			TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A			ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSO CONTROLADO, GLAUCOMA

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
	20/100	2.00M	X
	MM 2MT	2.00M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: LIO
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: LIO

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X
FACILIDAD ACOMODATIVA: X

REFRACCION OJO D: +1.50-2.00*90°
REFRACCION OJO I: +1.50-2.00*90°

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	+1.50	-2.00	90°		+3.00	31	20/30	0.75M
OJO I:	+1.50	-2.00	90°		+3.00	31	20/150	0.75M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

OJO D.:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H522 ASTIGMATISMO

DIAGNÓSTICO REL. OI:

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA. LENTES BIFOCAL FLAT-TOP
2. CONTROL UN AÑO

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	14214716	TEL.:	00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 10:48
PACIENTE:	**JOEL ARTEAGA NIETO**			TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	14214716			FECHA NAC.:	25/03/1950
EDAD:	75			SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR			ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO			MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A			TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A			TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A			ENTIDAD:	NUEVA EPS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X	20/400	1.50M	X
OJO I:	X	X	X	20/40	1.50M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA MADURA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA MADURA

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.:

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: +1.00-0.50*90° **REFRACCION OJO I:** +1.00-0.50*90

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO				+2.50	32	20/400	0.75M
OJO I:	NEUTRO				+2.50	33	20/40	0.75M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H524 PRESBICIA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES BIFOCAL FLAT-TOP
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

Optik Rioplus S.A.S

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

No. H.C.	6860176 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:52
PACIENTE:	**JORGE ADALBERTO ANAVA LLORENTE**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	6860176	FECHA NAC.:	30/12/1946
EDAD:	78	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Separado (a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
	X	X	X
	X	X	XX

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

-

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

-

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: NORMAL
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: NORMAL

COVER TEST LEJOS O. DER.: X
COVER TEST CERCA O. IZQ.: X

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: LIO
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA

PIO OJO DER: X
PIO OJO IZQ.: X

TEST DE COLOR OJO DER.: X
TEST DE COLOR OJO IZQ.: XX

ESTEREOPSIS: -

FACILIDAD ACOMODATIVA: -

REFRACCION OJO D: SIN DATO

REFRACCION OJO I: +1.00-0.50*90

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: X

TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: X

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: X

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: X

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	N	-	-	-	+3.00	31	-	0.75M
OJO I:	N	-	-	-	+3.00	32	-	0.75M

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

OJO D.:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL 1 AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H524 PRESBICIA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

SE MANDA LENTES PARA VER DE CERCA

FIRMA:----------

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

35

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	6569657	TEL.:	000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 09:35
PACIENTE:	**JUAN BERRIO GONZALEZ**			TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	6569657			FECHA NAC.:	08/10/1920
EDAD:	104			SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR			ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO			MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A			TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A			TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A			ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL - CEGUERA

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X		X	X	X
OJO I:	X	X	X		X	X	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

-

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

-

KERATOMETRÍA OJO DER.: -
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: -

EXAMEN MOTOR OJO DER.: -
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: -

COVER TEST LEJOS O. DER.: -
COVER TEST CERCA O. IZQ.: -

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: -
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: -

PIO OJO DER: -
PIO OJO IZQ.: -

TEST DE COLOR OJO DER.: -
TEST DE COLOR OJO IZQ.: -

ESTEREOPSIS: - **FACILIDAD ACOMODATIVA:** -

REFRACCION OJO D: - **REFRACCION OJO I:** -

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: - **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** -

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: - **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** -

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	-	-	-	-	-	-	-	-
OJO I:	-	-	-	-	-	-	-	-

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H540 CEGUERA DE AMBOS OJOS

DIAGNÓSTICO REL. OI:

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE EXPLICAN HALLAZGOS AL PACIENTE
2. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTFE MONOFOCAL DE PROTECCIÓN

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	7461741 TEL.: 000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:24
PACIENTE:	JUAN MANUEL VARGAS MONTIEL	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	7461741	FECHA NAC.:	20/02/1951
EDAD:	74	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	NUEVA EPS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
HIPERTENSO CONTROLADO

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X	20/30	2.00M	X
OJO I:	X	X	X	20/30	2.00M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA INCIPIENTE
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA INCIPIENTE

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X
FACILIDAD ACOMODATIVA: X

REFRACCION OJO D: +0.25-0.25*90°
REFRACCION OJO I: +0.25-0.25*90

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	+0.50	-0.50	90°		+3.00	31	20/20	0.50M
OJO I:	+0.50	-0.50	90°		+3.00	32	20/20	0.50M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H524 PRESBICIA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES BIFOCAL FLAT-TOP
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS

No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	669499 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:28
PACIENTE:	**JULIO MARTIN GONZALEZ VARGAS**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	669499	FECHA NAC.:	11/11/1934
EDAD:	90	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:
PERDIDO OCULAR OI - LIO EN OD

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	XX	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
	PL	-	-
	NPL	-	-

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

-

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

-

KERATOMETRÍA OJO DER.: -
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: -

EXAMEN MOTOR OJO DER.: -
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: -

COVER TEST LEJOS O. DER.: -
COVER TEST CERCA O. IZQ.: -

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: LIO
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: -

PIO OJO DER: -
PIO OJO IZQ.: -

TEST DE COLOR OJO DER.: -
TEST DE COLOR OJO IZQ.: -

ESTEREOPSIS: -
FACILIDAD ACOMODATIVA: -

REFRACCION OJO D: -
REFRACCION OJO I: -

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: -
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: -

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D:
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: -

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO	-	-	-	+2.50	30	PL	1.00M
OJO I:	NEUTRO	-	-	-	+2.50	30	-	-

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** FILTRO UV

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL 1 AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H524 PRESBICIA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H544 CEGUERA DE UN OJO

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

SE MANDA LENTES DE PROTECCION Y VISION DE CERCA

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS

No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	14957538 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:51
PACIENTE:	**LUIS ALBEIRO CASTRO CASTAÑO**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	14957538	FECHA NAC.:	01/08/1949
EDAD:	75	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	COOSALUD E.S.S.

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	20/80	1.50M	X
OJO I:	20/60	1.50M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
PTERIGION NASAL GRADO I

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA MADURA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA MADURA

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X
FACILIDAD ACOMODATIVA: X

REFRACCION OJO D: +1.00-1.00*90
REFRACCION OJO I: +1.00-1.00*90°

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	+1.00				+2.50	30	20/40	0.50M
OJO I:	+0.50				+2.50	29	20/40	0.50M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL INVISIBLE **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H524 PRESBICIA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H520 HIPERMETROPIA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES BIFOCAL INVISIBLE
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS

No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	91209751	TEL.: 000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 10:18
PACIENTE:	**LUIS IGNACIO RINCON RAMOS**		TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	91209751		FECHA NAC.:	26/02/1960
EDAD:	65		SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR		ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO		MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A		TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A		TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A		ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: Un año

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	XX	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X	20/80	NO TITULO	-
OJO I:	X	X	X	20/80	NO TITULO	-

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: NORMAL
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: NORMAL

COVER TEST LEJOS O. DER.: NORMAL
COVER TEST CERCA O. IZQ.: NORMAL

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: NORMAL
TEST DE COLOR OJO IZQ.: NORMAL

ESTEREOPSIS: **FACILIDAD ACOMODATIVA:**

REFRACCION OJO D: +2.00 **REFRACCION OJO I:** +2.00

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: - **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** -

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: - **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** -

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO	-	-	-	+3.00	30	-	-
OJO I:	NEUTRO	-	-	-	+3.00	30	-	-

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** FILTRO UV

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:
VALORACION POR OFTALMOLOGIA

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL 1 AÑO
CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA
DIAGNÓSTICO REL. OI: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA
TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

SE MANDA USO DE LENTES PARA VISION DE CERCA
RECOMIEDA VALORACION POR OFTALMOLOGIA

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	6584547 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 10:23
PACIENTE:	**MANUEL ENRIQUE DE VARGAS BENITEZ**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	6584547	FECHA NAC.:	15/08/1936
EDAD:	88	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	SANITAS S.A. E.P.S.

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA:
BRIGADA DE SALUD VISUAL

TIPO DE CONSULTA: CONSULTA DE CONTROL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	20/50	1.50M	X
OJO I:	20/50	1.50M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.:

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA INCIPIENTE
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA INCIPIENTE

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.:

ESTEREOPSIS: X
FACILIDAD ACOMODATIVA: X

REFRACCION OJO D: +1.00
REFRACCION OJO I: +1.00

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	+1.00				+2.00	30	20/20	0.75M
OJO I:	+1.00				+2.00	31	20/20	0.75M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

OJO D.:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

TIPO DE LENTE **MARCA**

OJO DER.:

OJO IZQ.:

USO **CAMBIO**

OJO DER.:

OJO IZQ.:

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H524 PRESBICIA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H520 HIPERMETROPIA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTE BIFOCAL FLAT-TOP
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

Optik Rioplus S.A.S

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	6894471 TEL.: 000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:19
PACIENTE:	**MARCO TULIO COGOLLO SALGADO**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	6894471	FECHA NAC.:	11/06/1962
EDAD:	63	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	CD 3MT	2.00M	X
OJO I:	CD 3MT	2.00M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA MADURA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA MADURA

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X
FACILIDAD ACOMODATIVA: X

REFRACCION OJO D: SIN DATOS
REFRACCION OJO I: SIN DATOS

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO				+3.00	30	CD 3MT	1.00M
OJO I:	NEUTRO				+3.00	31	CD 3MT	1.00M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H524 PRESBICIA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES BIFOCAL FLAT-TOP
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	1538793 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 11:05
PACIENTE:	**OLEGARIO JOSE ARGUMEDO CORCHO**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	1538793	FECHA NAC.:	06/03/1925
EDAD:	100	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	NUEVA EPS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
	MM 2MT	2.00M	X
	MM 2MT	2.00M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA MADURA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA MADURA

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: SIN DATOS **REFRACCION OJO I:** SIN DATOS

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO				+3.00	30	MM 2MT	1.50M
OJO I:	NEUTRO				+3.00	30	MM 2MT	1.50M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

OJO D.:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H524 PRESBICIA

TIPO DE DIAGNÓSTICO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES BIFOCAL FLAT-TOP
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	7412723	TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 10:11
PACIENTE:	**OSVALDO REDONDO URINA**		TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	7412723		FECHA NAC.:	28/09/1940
EDAD:	84		SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR		ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO		MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A		TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A		TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A		ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

HIPERTENSIÓN CONTROLADA

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X		20/60	1.50M	X
OJO I:	X	X	X		20/30	1.50M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA INCIPIENTE
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA INCIPIENTE

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: +1.00 **REFRACCION OJO I:** +1.00

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO				+3.00	30	20/60	0.50M
OJO I:	NEUTRO				+3.00	31	20/30	0.50M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H524 PRESBICIA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE RECOMIENDA USO DE LENTES BIFOCAL FLAT-TOP
2. VALORACIÓN POR OFTALMOLOGIA

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	8214965 TEL.: 000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 12:20
PACIENTE:	**PROCULO DE LA CONCEPCION PERALTA**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	8214965	FECHA NAC.:	02/02/1938
EDAD:	87	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	NUEVA EPS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

X

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

X

KERATOMETRÍA OJO DER.: X
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: X

EXAMEN MOTOR OJO DER.: X
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: X

COVER TEST LEJOS O. DER.: X
COVER TEST CERCA O. IZQ.: X

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: X
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: X

PIO OJO DER: X
PIO OJO IZQ.: X

TEST DE COLOR OJO DER.: X
TEST DE COLOR OJO IZQ.: X

ESTEREOPSIS: X
FACILIDAD ACOMODATIVA: X

REFRACCION OJO D: X
REFRACCION OJO I: X

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: X
TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.: X

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: X
REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I: X

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H262 CATARATA COMPLICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI:

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES MONOFOCALES DE PROTECCIÓN
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	1067887552 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 10:34
PACIENTE:	**ROBINSON JOSE SIERRA RAMIREZ**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	1067887552	FECHA NAC.:	26/01/1955
EDAD:	70	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	MUTUAL SER ESS

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:

PARKINSON

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:		X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X		20/20	1.50M	X
OJO I:	X	X	X		20/20	1.50M	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.:

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA INCIPIENTE
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA INCIPIENTE

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: NEUTRO **REFRACCION OJO I:** NEUTRO

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO				+3.00	30	20/20	0.50M
OJO I:	NEUTRO				+3.00	31	20/20	0.50M

TIPO DE LENTE: LENTE BIFOCAL FLATTOP **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H524 PRESBICIA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENGTES BIFOCAL FLAT-TOP
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	70925055 TEL.: 000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 12:38
PACIENTE:	**RODRIGO DE JESUS GOMEZ JARAMILLO**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	70925055	FECHA NAC.:	02/04/1957
EDAD:	68	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	COOSALUD E.S.S.

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X		X	X	X
OJO I:	X	X	XX		X	X	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual:

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:

X

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:

X

KERATOMETRÍA OJO DER.: X
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: X

EXAMEN MOTOR OJO DER.: X
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: X

COVER TEST LEJOS O. DER.: X
COVER TEST CERCA O. IZQ.: X

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA

PIO OJO DER: X
PIO OJO IZQ.: X

TEST DE COLOR OJO DER.: X
TEST DE COLOR OJO IZQ.: X

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: XX **REFRACCION OJO I:** X

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: X **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** X

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: X **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** X

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	NEUTRO	-	-	-	-	-	-	-
OJO I:	NEUTRO	-	-	-	-	-	-	-

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL 1 AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICO REL. OI: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

LENTES DE PROTECCION
PACIENTE EN CAMA

FIRMA:----------

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	10810280 TEL.: 000000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 09:24
PACIENTE:	**ROGELIO ANTONIO GONZALEZ MACEA**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	10810280	FECHA NAC.:	04/07/1940
EDAD:	84	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	CAJACOPI ATLÁNTICO

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	XX	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X		NPL	NO TITULO	X
OJO I:	X	X	X		PL	NO TITULO	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
ANEXOS NORMALES

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
ANEXOS NORMALES

KERATOMETRÍA OJO DER.: N/A
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: N/A

EXAMEN MOTOR OJO DER.: N/A
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: N/A

COVER TEST LEJOS O. DER.: N/A
COVER TEST CERCA O. IZQ.: N/A

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: LEUCOMA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA INCIPIENTE

PIO OJO DER: N/A
PIO OJO IZQ.: N/A

TEST DE COLOR OJO DER.: N/A
TEST DE COLOR OJO IZQ.: N/A

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: SIN DATOS **REFRACCION OJO I:** SIN DATOS

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: N/A **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** N/A

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: N/A **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** N/A

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	-	-	-	-	-	-	-	-
OJO I:	-	-	-	-	-	-	-	-

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H170 LEUCOMA ADHERENTE

DIAGNÓSTICO REL. OI: H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE EXPLICAN HALLAZGOS AL PACIENTE
2. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTE MONOFOCAL DE PROTECCIÓN

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikrioplussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	6861525 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 12:23
PACIENTE:	**SIGIFREDO POLICARPO RAMIREZ ALMANZA**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	6861525	FECHA NAC.:	23/02/1948
EDAD:	77	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	SANITAS S.A. E.P.S.

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

BRIGADA DE SALUD VISUAL

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X		X	X	X
OJO I:	X	X	X		X	X	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
X

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
X

KERATOMETRÍA OJO DER.: X
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: X

EXAMEN MOTOR OJO DER.: X
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: X

COVER TEST LEJOS O. DER.: X
COVER TEST CERCA O. IZQ.: X

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: CATARATA MADURA
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: CATARATA MADURA

PIO OJO DER: X
PIO OJO IZQ.: X

TEST DE COLOR OJO DER.: X
TEST DE COLOR OJO IZQ.: X

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: X **REFRACCION OJO I:** X

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: X **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** X

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: X **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** X

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	-	-	-	-	-	-	-	-
OJO I:	-	-	-	-	-	-	-	-

TIPO DE LENTE: LENTE MONOFOCAL **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

OJO D.:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

	TIPO DE LENTE	MARCA
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

	USO	CAMBIO
OJO DER.:		
OJO IZQ.:		

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR: CONTROL EN UN AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD: H250 CATARATA SENIL INCIPIENTE

DIAGNÓSTICO REL. OI:

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. SE PREESCRIBE RX ÓPTICA, LENTES MONOFOCALES DE PROTECCIÓN
2. REMISIÓN OFTALMOLOGÍA

*FIRMA:*_____

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

Optik Rioplus S.A.S

OPTIK RIOPLUS S.A.S.

901597541
3153601651
Calle 14 A # 10 - 14 Ed. Petro Guzman Local 103
optikriophussas@gmail.com

28-06-2025

Sede: OPTIK-RIOPLUS-1 **No. Autorización:**

HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA

No. H.C.	1065012644 TEL.: 00000	FECHA: 27/06/2025	HORA: 12:26
PACIENTE:	**WILFREDO ANTONIO ARRIETA BERRIO**	TIPO DCTO.:	CC
No. DE DOC.	1065012644	FECHA NAC.:	29/11/1967
EDAD:	57	SEXO:	M
OCUPACIÓN:	ADULTO MAYOR	ESTADO CIVIL:	Soltero(a)
DIRECCIÓN:	ASILO PERPETUO SOCORRO	MUNICIPIO:	1
RESPONSABLE:	N/A	TEL. ACOMPAÑA.:	N/A
ACUDIENTE:	N/A	TEL. ACUDIENTE	N/A
PARENTESCO:	N/A	ENTIDAD:	CAJACOPI ATLÁNTICO

OPTÓMETRA: CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS **POBLACIÓN:**

MOTIVO DE CONSULTA: **TIPO DE CONSULTA:** CONSULTA DE CONTROL

PACIENTE PSIQUIATRICO NO SE PUDO ATENDER

ANTECEDENTES PERSONALES:
NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:
NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL: No sabe

LENSOMETRÍA

RX EN USO:	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	XX

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	VL	VP	PH
OJO D:	X	X	X
OJO I:	X	X	X

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	VL	VP	PH
	X	X	X
	X	X	X

Cartilla con que se tomó la agudeza visual: Numeros

EXAMENES

EXAMEN EXTERNO OJO DER.:
X

EXAMEN EXTERNO OJO IZQ.:
X

KERATOMETRÍA OJO DER.: X
KERATOMETRÍA OJO IZQ.: X

EXAMEN MOTOR OJO DER.: X
EXAMEN MOTOR OJO IZQ.: X

COVER TEST LEJOS O. DER.: X
COVER TEST CERCA O. IZQ.: X

OFTALMOSCOPIA OJO DER.: X
OFTALMOSCOPIA OJO IZQ.: X

PIO OJO DER: X
PIO OJO IZQ.: X

TEST DE COLOR OJO DER.: X
TEST DE COLOR OJO IZQ.: X

ESTEREOPSIS: X **FACILIDAD ACOMODATIVA:** X

REFRACCION OJO D: X **REFRACCION OJO I:** X

TIPO DE REFRACCIÓN OJO DER.: X **TIPO DE REFRACCIÓN OJO IZQ.:** X

REF. BAJO CICLOPEGIA OJO D: X **REF. BAJO CICLOPEGIA OJO I:** X

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

RX FINAL

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D:	X	X	X	X	X	X	X	X
OJO I:	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPO DE LENTE: NO USA LENTES **FILTRO:** ANTIREFLEJO HEV TECH

MATERIAL: 1.56 **COLOR:**

PRUEBA AMBULATORIA

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ALT	ADD	DP	AVL	AVC
OJO D.:								
OJO I.:								

LENTES DE CONTACTO

TIPO DE LENTE **MARCA**

OJO DER.:

OJO IZQ.:

USO **CAMBIO**

OJO DER.:

OJO IZQ.:

Observaciones:

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	*PRESENTACIÓN*	*CANTIDAD*	*ADMINISTRACIÓN*	*DURACIÓN*

REMISIÓN A:

ADHERENCIA A GRUPO FAMILIAR:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL OD:

DIAGNÓSTICO REL. OI:

TIPO DE DIAGNÓSTIGO: CONFIRMADO NUEVO

OBSERVACIONES:

1. NO SE PREESRIBE RX ÓPTICA PORQUE NO SE PUDO ATENDER

FIRMA:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
No. registro medico: 3184

La Óptica no se hace responsable de la elaboración de lentes fuera de ella, ya que existen variables que influyen en la adaptación.

CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025
NIT. 901937936-9



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
No. LP-SGM-005-2025

ANEXO # 44

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA)	NOMBRES
MARTÍNEZ	MARTÍNEZ	PEDRO PABLO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 78.019.418 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO E15021 D.M 13 Montería

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 16 MES 12 AÑO 1963

PAÍS Colombia

DEPTO Córdoba

MUNICIPIO Buena Vista

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 10 No. 10A–25 Barrio La Esperanza

PAÍS Colombia DEPTO Córdoba

MUNICIPIO Cereté

TELÉFONO 300 894 0030 EMAIL pedromartinez-1616@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1980
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		Médico Cirujano	08	1999	TP 440313
ES	3	X		Esp. en Gerencia de Servicios de la Salud	12	2000	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MISIÓN PERSONAL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Córdoba	Montería	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
789 4780	DÍA 01 MES 01 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Médico de Urgencias	Urgencias	Calle 38 Carrera 8

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UBA COOMEVA LTDA.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Córdoba	Cereté	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
316 447 4221	DÍA 01 MES 02 AÑO 2012	DÍA 30 MES 04 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Médico Consulta Ambulatoria y PyP	Gerencia	Barrio San Diego

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E. CAMU El Prado	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Córdoba	Cereté	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 04 AÑO 2008	DÍA 31 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Coordinador Asistencial	Gerencia	Barrio El Prado

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	20	
SECTOR PRIVADO	04	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

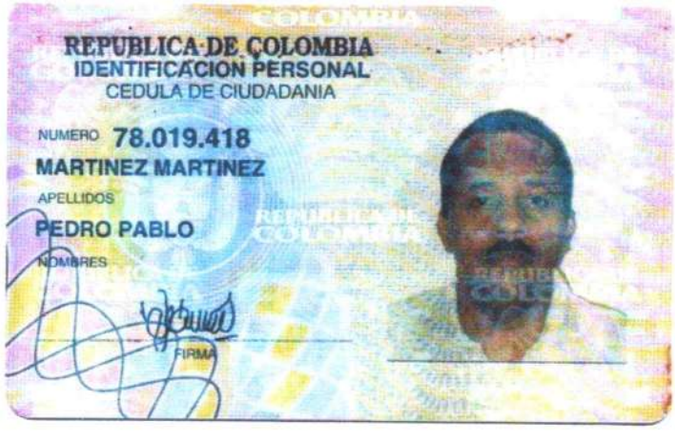
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 78.019.418
MARTINEZ MARTINEZ
APELLIDOS
PEDRO PABLO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

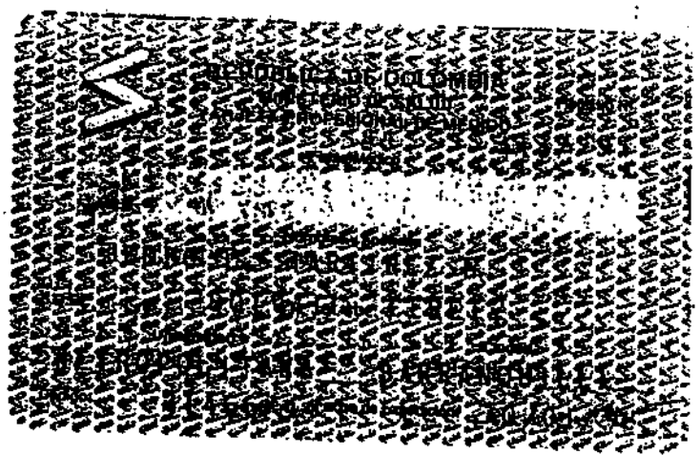
FECHA DE NACIMIENTO 16-DIC-1962
BUENAVISTA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

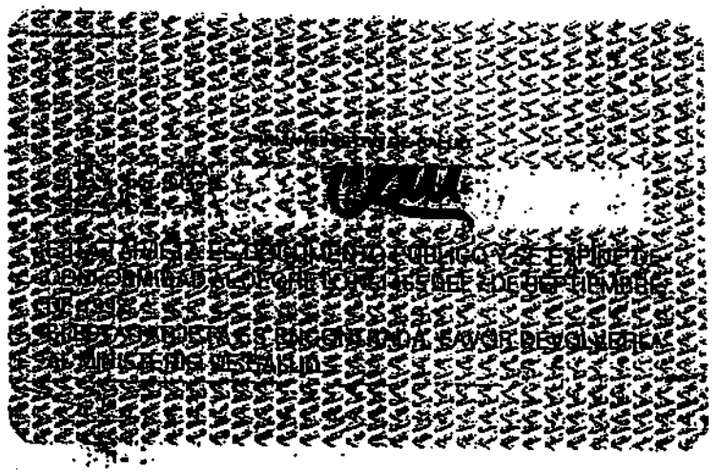
1.61 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

13-FEB-1981 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1301000-00155733-M-0078019418-20090506 0011284004A 1 7640100461





RM 440313/77

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14779501917

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional / Impuestos y Aduanas de Montería	14. Sujeto electrónico
7 8 0 1 9 4 1 8	2	1 2	

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	78019418	1 9 8 1 0 2 1 3

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Cereté 1 6 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	MARTINEZ	PEDRO	PABLO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Cereté 1 6 2

41. Dirección principal: CR 1 O 10 A 25 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: pedromartinez-1616@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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: 2021 - 08 - 17 13 : 10: 58

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 15 Ley 962 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada

994. Nombre: MARTINEZ MARTINEZ PEDRO PABLO

995. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-08-2021 01:11:54PM

DESARROLLO DE LA SALUD

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
Secretaría de Desarrollo de la Salud
Grupo desarrollo de servicios

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE CÓRDOBA

CERTIFICA

Que **PEDRO PABLO MARTÍNEZ MARTÍNEZ**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 78.019.418 expedida en Cereté, está autorizado (a) en la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba, mediante Resolución No. **44-0313** de fecha 27 de agosto de 1998 expedida por esta Secretaría, para ejercer la Profesión de **MÉDICO CIRUJANO** en todo el territorio Nacional.

El número del registro o autorización para ejercer la profesión, corresponde al número de la Resolución No. **44-0313/1998.**

Montería, 29 ABR 2008

GASPAR BARRIOS CASTILLA

Edificio Lotería de Córdoba Cra 4 No. 29 - 19 Tel 7823235 -7825105- 7811815 - 7811940
Fax 7827328 - 7826258 Montería - Córdoba
E-mail: Sesacord@col3.telecom.com.co - sededesa@edatel.net.co

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Mi Salud [redacted]

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Pedro

Apellidos: Martin Martin

Documento de identidad: CC/CE Pasaporte No. 78019418

Fecha de Nacimiento: Día 16 Mes 12 Año 1963

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	12/4/17	CSR Bmu3 cm.	
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	14/7/15	Crear Vun V30 4010	
Contra Influenza	U	26/8/14	Greer Vun V.S01027	
Virus de Papiloma Humano				
H A	U	26/8/14	CSR Bmu3 cm.	

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

RELACSIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Pedro Pablo Martinez Martinez

Ha participado y aprobado el Curso Virtual:
"Correcto llenado del Certificado de Defunción"

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública con un total de ocho horas.

Dado el 17 de enero de 2019

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=5c406769-9dac-4527-affc-6d21ac1f1c2e

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

HACE CONSTAR QUE:

PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ

Identificado(a) con documento de identidad C.C. 78019418

Cursó y Aprobó el

DIPLOMADO EN MANEJO A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas. Registrado en el Libro de Actas Nº. 002

Medellín, 14 de febrero de 2018.

MAYKEL BARRAGÁN AMAYA
Rector

YAMILE GÓMEZ PÉREZ
secretaria

Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: 6V33IE

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ

C.C. 78.019.418

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA-ACLS"

"MANEJO DEFINITIVO DEL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE MONTERIA (CORDOBA), EL DÍA 14 DE ENERO DE 2018

DURACIÓN 48 HORAS

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS, CORAT.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA O.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 24 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

FECHA DE RENOVACION ACLS –SVA ENERO 2020

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!

LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ

C.C. 78.019.418

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE MONTERIA (CORDOBA), EL DÍA 13 DE ENERO DE 2018
DURACIÓN 20 HORAS,
CURSO QUE SE DESARROLLÓ CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS, CORAT.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

FECHA DE RENOVACION SVB –BLS ENERO 2020

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

OREGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!

LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

ALCALDÍA DE MONTERÍA
PROGRESO
PARA TODOS

DANE

LA SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
Y EL COMITÉ DE ESTADÍSTICAS VITALES DEL MUNICIPIO DE MONTERÍA

CERTIFICAN QUE:

Pedro Martinez Martinez

ASISTIÓ A LA CAPACITACIÓN DE ESTADÍSTICAS VITALES, EN CUANTO AL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CERTIFICADOS DE NACIDOS VIVOS Y DE DEFUNCIÓN, DIRIGIDO A LOS MÉDICOS DE LA CIUDAD DE MONTERÍA

REALIZADA EN MONTERÍA EL DÍA DE DE 2014, CON UNA DURACIÓN DE HORAS

MARCELA VALVERDE GANEM
SECRETARIA DE SALUD

ALIDIS HUMANEZ ÁLVAREZ
FUNCIONARIA DANE

UNIVERSITY OF MIAMI

OTORGADO A

PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ

por haber finalizado satisfactoriamente el curso virtual

diciembre 20, 2017

Johis Ortega, PhD, ARNP, AGNP-BC, ENP-BC, FNP-BC, FAAN
Decano Asociado para Programas de Maestría e Iniciativas Globales
Director, Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Escuela de Enfermería y Estudios de la Salud de la Universidad de Miami

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC MUNICIPAL
E.S.E. CAMU CANALETE - CORDOBA 2017

AIEPI

Porque mi vida hoy que protegerla hoy

Certifica que:

PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ

ASISTIÓ A LA CONFERENCIA DE

CURSO CLÍNICO

Con una intensidad horaria de 48 horas.

Dado en el Municipio de Canalete, Córdoba. Los dias 2 y 3 de Diciembre de 2017

DR. ALVARO BUSTOS G.
Pediatra Infectologo
CONFERENCISTA

JULIO BUSTAMANTE CHIQUILLO
Gerente E.S.E. CAMU CANALETE

Solsalud eps

Dirección Nacional de Administración de Red

CERTIFICA QUE

PARTICIPANTE

PEDRO MARTINEZ

NOMBRE DE LA IPS

CAMU EL PRADO

En calidad de participante asistió a la Capacitación de la red de Servicios de Salud con enfoque en Prevención y Riesgos en Salud.

2-03-2011

Gerente Departamental

Director o Coordinador medico Departamental

Solsalud eps

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

CERTIFICA QUE:

PEDRO MARTINEZ

IDENTIFICADO CON C.C. Nº *78,019,418*

ASISTIÓ AL ENTRENAMIENTO EN LAS GUÍAS DE ATENCIÓN DE:

·COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO
·HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO

En el marco del Programa de Educación Continuada para la Salud 2010

Dado en *Montería* a los *15* días del mes *Abril* de 2010, con una intensidad de 6 horas.

RAFAEL VALENCIA TORRES
DIRECTOR DPTO. DE EPIDEMIOLOGÍA

MD. GINECÓLOGO PSMH

INGRID CERRA AMÍN
GERENTE DE SALUD COMUNITARIA

COLEGIO COLOMBIANO
DE MEDICOS DE URGENCIAS

GESTION DE EDUCACION CONTINUADA

OTORGAN EL DIPLOMADO DE:

MANEJO Y ACTUALIZACION EN URGENCIAS MEDICAS

A

PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ

QUIEN APROBÓ 120 HORAS DE ESTUDIO ACADÉMICO CATEGORIA I DE EDUCACIÓN CONTINUADA DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE – DICIEMBRE DEL 2005

LEONARDO ROSANÍA O. M. D.
DIRECTOR CIENTIFICO GESCON

LUIS FELIPE MENDOZA A.
GERENTE ADMINISTRATIVO GESCON

RAMIRO ARIZA M. D.
PRESIDENTE C.C.M.U

SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
GOBERNACION DE CORDOBA

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
Secretaría de Desarrollo de la Salud
FUNDACION UNIDOS POR LA VIDA
"FUNVIHDA"

FUNVIHDA

CERTIFICAN

Que: PEDRO MARTINEZ MARTINEZ C.C. 78.019.418

Asistió al **II SEMINARIO NACIONAL SOBRE MANEJO INTEGRAL DEL VIH/SIDA**, realizado en la ciudad de Montería los días 11 y 12 de Octubre de 2005.

MAXIMO MERCADO VERGARA
Vicepresidente Funvihda

MANUEL TRONCOSO ALVAREZ
Secretario de Desarrollo de la Salud

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE MEDICINA

Educación Médica Continua y Enlace en Salud

CERTIFICA QUE

PEDRO PABLO MARTINEZ M.

Participó *EN EL I CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PATOLOGIAS MEDICAS*

con una intensidad de *18 horas*

FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, MD.
DECANO ACADÉMICO

ARLETH CRISTINA MERCADO ARIAS
GESTARSALUD

ALBERTO RODRÍGUEZ VARÓN, MD.
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
Y ENLACE EN SALUD

Comfamiliar
de la Guajira
Nit. 892.115.006-5

EL SUSCRITO JEFE DE EDUCACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ , identificado con cédula de ciudadanía Nº. 78.019.418 de Cereté (Córdoba) , cursó y aprobó la Especialización GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD, programa que se lleva a cabo en convenio Comfamiliar de la Guajira - Universidad Libre de Barranquilla.

Se expide esta constancia, a solicitud del interesado.

Riohacha, 16 de enero de 2.001

CARLOS MELO FREYLE
Jefe División de Educación

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

CIENCIAS DE LA SALUD

ACTA.No-M-34- 1300-91

ACTA DE GRADO DE : MEDICO Y CIRUJANO

OTORGADO A : PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ
C.C.No,78.019.418 de Cereté

POR LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

1o. En Barranquilla a los 23 días del mes de Agosto de 1991 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana, su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, y Filosofía y Letras, en presencia de su cuerpo docente se reunen en el Salón de Actos de la Institución para en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia otorgar grado académico al alumno del Program de MEDICINA.

2o. Después de la toma de juramento el Señor Rector entregó el Diploma de MEDICO Y CIRUJANO que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO HECHO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO :

PADRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

3o. Tras de felicitar a los graduados se dió por clausurado el Acto de Grado siendo las 5:00 p.m. , del día 23 de Agosto de 1991.

EDUARDO ACOSTA BENDER
Rector

JESUS SAEZ DE IBARRA
Vice-Rector

NESTOR VASQUEZ MACIAS
Director Programa de Medicina

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ

C.C.No. 78.019.418 de Cereté-Córd.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIA DE EDUCACION
DEPARTAMENTAL

NIT: 812 003 944-7

LA SUSCRITA GERENTE DE UBA COOMEVA DEL SINU LTDA

CERTIFICA

Que el Señor **PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ,** identificado con la cédula de ciudadanía **No. 78019418** expedida en Cereté, laboró en esta Institución en el cargo de **MEDICO GENERAL,** del 01 de febrero del 2012 hasta el 30 de Abril del 2017.

La presente certificación se firma en Cereté a los veintinueve (29) días del mes de Abril de 2017.

TERESA CARREÑO GONZALEZ
Gerente.

E. S. E
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO
URIBIA GUAJIRA
NIT 800061765 -9

LA SUSCRITA JEFE DE PERSONAL

C E R T I F I C A :

Que el Doctor **PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ**, identificado con la Cédula de ciudadanía Número 78.019.418 expedida en Cereté (Córdoba), prestó sus servicios a esta Institución en el cargo de Médico del S.S.O., Médico General y luego como Médico Coordinador de Área, el tiempo comprendido del 02 de Agosto de 1992 al 30 de Enero de 2001.

El Dr. Martinez se destacó como un profesional capaz, eficiente , responsable en el manejo y cumpliniento de sus funciones.

Se expide en Uribia, La Guajira, a los Treinta y un (31) dias del mes de Enero de 2001.

DIVINALUZ DE FONSECA
Jefe de Personal
Hospital de Uribia.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Morelo	Negrete	Jesuilde Ines

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. _____ | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 27 MES 09 AÑO 1962

PAÍS Colombia

DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Montería

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 14 # 24-59 B/ Urbina

PAÍS Colombia DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Montería

TELÉFONO 3123962141 EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES [ ] AÑO [ ]

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		Medico cirujano	12	1986	
ES	10	X		Geriatra	03	1996	
CS	8	X		Bioetica	07	2005	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Asilo Perpetuo Socorro Montería		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cordoba	Montería	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 12 MES 02 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Geriatra		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Asociacion Col. Gerontologia y Geriatria		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
	Bogota D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2853304	DÍA 10 MES 10 AÑO 1998	DÍA 04 MES 12 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Geriatra		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Geronimo	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cordoba	Montería	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 03 AÑO 2009	DÍA 20 MES 04 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Geriatra		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica Montería		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cordoba	Montería	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 01 AÑO 2009	DÍA 20 MES 02 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Geriatra		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IMAT		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cordoba	Monteria	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 10 AÑO 2009	DÍA 19 MES 02 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Geriatra		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Universitario San Ignacio		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 13 MES 03 AÑO 1997	DÍA 15 MES 05 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Geriatra		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro Geriatrico Memoria Bogota		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 18 MES 03 AÑO 2000	DÍA 10 MES 12 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Geriatra		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	8	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	39	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	46	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34981440

MORELO NEGRETE
APELLIDOS

LEONILDE INES
NOMBRES

Leonilde I Morelo Negrete
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1962
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

04-SEP-1981 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500102-42103565-F-0034981440-20020629 0613902178A 02 1137311 33

UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973. Representada por el Consejo Directivo y el Rector,

teniendo en cuenta que

LEONILDE INES MORELO NEGRETE

C.C. No. 34.981.440 Montería (Cord.)

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

MEDICO CIRUJANO

Dado en Barranquilla a los 11 días del mes de Diciembre de 1986

Decano de División

Rector

Director del Programa

Gobernador

Secretaria Académica

Secretaria de Educación

Libro No. 05 Acta No. 86-53-03-16

Registro ICFES No. 05
Folio 00055

17 ENE 2007

UNIVERSIDAD DEL NORTE

ACTA DE GRADO No.

86-53-03-16

En Barranquilla a los 11 días del mes de Diciembre de mil novecientos 86 se llevo a cabo la ceremonia de graduación presidida por el Rector y las autoridades académicas, en la cual la Universidad del Norte autorizada para el efecto según Decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973 del Ministerio de Educación Nacional, y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICO CIRUJANO

a

LEONILDE INE MORELO NEGRETE

identificado con c.c. No. 34.981.440 de Montería (Córd) quien cumplió con los requisitos exigidos por la Universidad.

En fé de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Barranquilla a los 11 días del mes de diciembre de 19 86

Firmado por

Rector

Decano

Director del Programa

Secretaria Academica

COPIA
Que esta FOTOCOPIA corresponde
con el documento de donde fue
DIC. 12 1996
ARIEL CEPEDA SOTOS

FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro Nº 2026 . 989

Firma Médico

Nombres y Apellidos
CECILDE INES MORELO NEGRETE

C.C. o C.E.: C 34981440 De: MONTERIA

Universidad: NORTE BARRANQUILLA

Código: 5 17282 01 Fecha de Expedición: 20 9 199



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CARLOS
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

CERTIFICA QUE

la Dra. Dña. LEONILDE MORELO NEGRETE

HA REALIZADO UN PERIODO DE FORMACION EN ESTE SERVICIO DE GERIATRIA DESDE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995 , HABIENDOLO COMPLETADO CON PLENO APROVECHAMIENTO .

Madrid, 15 de Marzo de 1996

JEFE DE SERVICIO

Prof. J. M. Ribera Casado

JEFE DE ESTUDIOS Y
PRESIDENTE COMISION DE DOCENCIA

/Prof. E. Calvo Manuel

TOR MEDICO
ICIONES

u Beato

SAN CARLOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO

Atención Especializada. Area 7. MADRID
Martín Lagos s/n
28040 MADRID
Tel. (91) 330 30 00
(91) 330 30 01

José Manuel RIBERA CASADO, Profesor Titular de Medicina de la Facultad de Medicina y Jefe del Servicio de Geriatría del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CARLOS de Madrid.

C E R T I F I C A

Que, la Dra. **Leonilde MORELO NEGRETE** ha asistido de manera regular desde el 10 de Enero 1.991 hasta el día de hoy en este Servicio, participando en jornada de 8 a 15 horas en todas las actividades del mismo. A lo largo de este tiempo ha asistido a las diferentes Sesiones, Cursos, etc., que aquí se han desarrollado y ha tenido oportunidad de rotar por las distintas Unidades Asistenciales del Servicio (Unidad de Agudos, Unidad de Media Estancia, Hospital de Día, Interconsultas Intrahospitalarias, Consultas Externas y Atención a Domicilio). También ha realizado rotaciones periódicas por otros Servicios del Hospital (Neurología y Cardiología).

La Dra. MORELO ha demostrado en todo momento una gran capacidad de adaptación y de trabajo. Estimo que ha aprovechado de manera importante su etancia entre nosotros y que en el momento actual está perfectamente cualificada para desarrollar las actividades correspondientes a un especialista en Geriatría.

Para que conste a los efectos oportunos, se firma la presente certificación en Madrid a veintitres de Diciembre de mil novecientos noventa y cinco.

GERIATRIA - HOSPITAL CLINICO

Fdo.: Prof. J.M. RIBERA CASADO

RC/cv

SAN CARLOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO

Atención Especializ... da. Area 7. MADR
Madrid, España, s.n. tel. (91) 330 30
28040 MADRID 91) 330 30

ELPIDIO CALVO MANUEL, EN CALIDAD DE JEFE DE ESTUDIOS Y PRESIDENTE DE LA COMISION D DOCENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CARLOS DE MADRID, DEL QUE ES DIRECTOR MEDIC EL DR. GERMAN SEARA AGUILAR.

H A C E C O N S T A R: Que Dª. **LEONILDE MORELO NEGRETE**, ha asistido de maner regular, desde el diez de enero de mil novecientos noventa y uno hasta el veintitré de diciembre de mil novecientos noventa y cinco, en el Servicio de Geriatría de est Hospital, participando en jornada de 8:00 a 15:00 horas en todas las actividades de mismo. A lo largo de este tiempo ha asistido a las diferentes Sesiones, Cursos, etc. que se han desarrollado y ha tenido oportunidad de rotar por las distintas Unidade Asistenciales del Servicio de Geriatría (Unidad de Agudos, Unidad de Media Estancia Hospital de Dia, Interconsultas Intrahospitalarias, Consultas Externas y Atención Domicilio). También ha realizado rotaciones periódicas por otros Servicios del Hospi tal (Neurología y Cardiología).

La Dra. Morelo Negrete ha demostrado en todo momento un gran capacidad de adaptación y de trabajo, aprovechando de manera importante su estan cia entre nosotros y que en el momento actual está perfectamente cualificada par desarrolar las actividades correspondientes a un Especialista en Geriatría.

Y para que así conste, a petición de la interesada y los efectos oportunos, expido y firmo la presente, en Madrid, a veintitrés de diciembr de mil novecientos noventa y cinco.

Fdº.: Elpidio Calvo Manuel

VºBº
DIRECTOR MEDICO

Fdº.: Germán Seara Aguilar

DIRECCION MEDICA

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73 - 12 DE DICIEMBRE 1.933 - MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

LEONILDE INES MORELO NEGRETE

C.C. 36.[illegible]

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO EN EL INSTITUTO DE BIOÉTICA

LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN BIOÉTICA

Corte de Verificación del Cotejo de Documento: Se certifica que esta copia fotostática concuerda con el original que se ha tenido a la vista. Sin enmendaduras ni tachaduras. Bogotá, D.C. Colombia

29 NOV. 2006

GONZALO L. DELGADO CASTRO
NOTARIO 26 ENCARGADO

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA

NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, EL DIRECTOR Y EL SECRETARIO GENERAL

EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 29 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2005

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA · COLOMBIA ·

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

Pontificia Universidad JAVERIANA
Secretaría General

Este Diploma está registrado en el folio 104 del libro 24 de Actas de Grado, Acta Nº 4542
Bogotá, 29 de julio de 2005

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

INSTITUTO DE BIOETICA

ACTA DE GRADO N° SG- 4540

En la ciudad de Bogotá el día 29 del mes de julio de 2005 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por P. Miguel Rozo, S.J.-Vicerrector del Medio Universitario en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ESPECIALISTA EN BIOÉTICA

a LEONILDE INES MORELO NEGRETE

identificado (a) con C.C. N° 34.981.440 de ---------- quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma N° 108738 que lo (la) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá el 29 de julio de 2005

Firmada por

GERARDO REMOLINA V., S.J.	JAIME BERNAL E.,S.J.	GERMAN ALBERTO CALDERON
Rector	Secretario General	Director

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Santa Fe de Bogotá, D.C. 29 de julio de 2005

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA · COLOMBIA ·

Secretario General

DIPLOMA ACREDITATIVO DE LA FUNDACIÓN ICOMEM PARA LA EDUCACIÓN Y FORMACIÓN SANITARIAS

Mediante el presente Diploma, certifico que

LA DRA. LEONILDE MORENO NEGRETE

ha participado como asistente, con gran interés y aprovechamiento, en el curso

CUIDADOS PALIATIVOS

incluido en el **PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA** de este Ilustre Colegio, celebrado en Madrid, los días 21 al 25 de mayo de 2007, con una duración de **20 horas lectivas** y acreditado por la **Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid**, núm. de expediente 07-725, con un total de **2,5 créditos.**

Y para que conste, firmo el presente Diploma en Madrid, a 25 de mayo de 2007.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID · FORMACIÓN CONTINUADA ·

Dr. D. Jesús Lago Oliver
Director de la Fundación ICOMEM
para la Educación y Formación Sanitarias

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA
NIT 830.009.650-1

Bogotá, 4 de Diciembre de 2008

A QUIEN INTERESE

Cordial saludo:

La Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría certifica que la Dra. LEONILDE INÉS MORELO NEGRETE Médico Geriatra, hace parte de esta Asociacion como ***Miembro Titular Activo*** desde el 10 de Octubre de 1998.

Cordialmente,

JORGE HERNÁN LÓPEZ R.

Carrera 13 No. 38-65 Of. 203 - Telefax 2853304 Bogotá, D.C. - Colombia
www.acgg.org.co E Mail: acgg@acgg.org.co

Academia Nacional de Medicina
Carrera 7 No. 69-05 Tels.: 249 19 14 - 345 88 90 Telefax: 212 86 70
Santafé de Bogotá D. C. - Colombia

Octubre 18 de 2001

Señores Doctores
CARLOS CANO
MARTINE JACQUIER
DIANA MATALLANA
PATRICIA MONTAÑES
ROBERTO SUAREZ
MARIA CAMILA MONTALVO
LEONILDE MORELO
MARIA ISABEL GARCIA
OLGA PEDRAZA
MARGARITA BENITO
DIANA ARANGO
ORLANDO TORRES
MARTHA LUCIA SERRANO
Bogotá

Apreciados colegas:

Es muy grato para mí, en nombre de la Academia Nacional de Medicina, manifestarles que el Jurado Calificador designado para estudiar los trabajos presentados al **XII Concurso Aventis/Academia Nacional de Medicina**, decidió otorgar MENCION HONORIFICA en el área Clínica al trabajo "**Análisis clínicos, moleculares y sociales de una serie de pacientes con Enfermedad de Alzheimer en Santafe de Bogotá, Colombia**", obra que atestigua su interés por la ciencia y por el progreso de la medicina colombiana.

Con verdadera satisfacción registramos la muy alta distinción que el Jurado les ha conferido y los felicitamos muy sinceramente.

Los premios serán entregados en sesión solemne que tendrá lugar el día jueves 1° de noviembre a las 7:00 p.m. en el Teatro Colón, a la cual están ustedes especialmente invitados.

Atentamente,

Académico HERNANDO GROOT
Secretario Perpetuo de la Academia
Coordinador General del Concurso

D.G. 5587-07
Bogotá, D.C., 11 de enero de 2007

Doctora
LEONILDE INES MORELO
Médica Geriatria
Hospital Universitário San Ignacio
Presente

Estimada Doctora Morelo:

Muy a mi pesar debo aceptar su renuncia a partir del 22 de febrero de 2007, Aprovecho la ocasión para manifestarle mi más sentido agradecimiento por la colaboración que nos brindó durante todo este tiempo.

Conocedor de sus grandes cualidades profesionales y humanas soy conciente de la falta que usted hará tanto a los pacientes como al Hospital. A su regreso estaremos atentos a brindarle la posibilidad de volver a trabajar con nosotros en la forma que le sea más conveniente.

Le deseo éxitos en sus nuevos proyectos.

Cordialmente,

JULIO CESAR CASTELLANOS R., MD
Director General

LA SUSCRITA DIRECTORA ADMINISTRATIVA
DE ONCOMEDICA S.A.

A QUIEN INTERESE

Que el señora **LEONILDE INES MORELO NEGRETE ESTRADA**, identificado con cédula de ciudadanía Nº 34.981.440 de monteria, presta sus servicios como MEDICO GERIATRA desde el día 1º de octubre de 2009 hasta la fecha, por contrato de prestación de servicios, devengando un monto fijo mensual por valor de tres millones trecientos mil pesos M/CTE $ 3.300.000 .

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado (a).

Para mayor constancia se firma el presente documento, en la ciudad de Montería a los 19 días del mes de Febrero del 2010.

ROSA SUSANA PEÑATE ACEVEDO
Directora Administrativa

Carrera 6 Nº.72-34 Vía Cereté Tels. 785 43 44 / Montería - Córdoba
Oncomedica@gmail.com

¡Servimos con Amor.

מדינת ישראל

ESTADO DE ISRAEL

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MASHAV - CENTRO DE COOPERACION INTERNACIONAL

CENTRO INTERNACIONAL DE CAPACITACION "GOLDA MEIR" - MONTE CARMEL, HAIFA

CERTIFICADO

Leonilde Inés Morelo Negrete

Colombia

ha participado en un curso intensivo sobre

SERVICIOS PARA LA TERCERA EDAD EN LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

4 de Marzo al 3 de Abril de 1998

Haim Divon
Director General Adjunto
Ministerio de Relaciones Exteriores
Centro de Cooperación Internacional

Mazal Renford
Directora
Centro Internacional de Capacitación
Golda Meir - Monte Carmel

Yehoshua Erlich
Director del Curso
Centro Internacional de Capacitación
Golda Meir - Monte Carmel

כרמל – המרכז הבינלאומי להכשרה ע"ש גולדה מאיר
מיסודו של מש"ב – המרכז לשיתוף בינ"ל, משרד החוץ

THE GOLDA MEIR MOUNT CARMEL INTERNATIONAL TRAINING CENTRE

Haifa, Abril de 1998

A quien corresponda:

Por medio del presente, el suscripto, Director de los cursos de Desarrollo Comunitario y Servicios para la Tercera Edad en la Familia y la Comunidad que se dictan en el Centro Internacional de Capacitación Golda Meir de Haifa, Israel, certifica que:

Leonilde Inés Morelo Negrete

de *Colombia*

participó en el Curso sobre "Servicios para la Tercera Edad en la Familia y la Comunidad" que se dictó en este Centro del 4 de Marzo al 3 de Abril de 1998 con ***Ciento Ochenta y Cuatro Horas (184 horas)*** según la siguiente distribución:

Tipo de Actividad	*Tiempo*
I. CONFERENCIAS TEORICO-PRACTICAS	
• Servicios y Seguro de Salud	11 horas
• Cobertura de Servicios para la Tercera Edad en Israel	18 horas
• Planificación de Proyectos para la Creación y Mejora de Servicios para la Tercera Edad	26 horas
• Organizaciones Locales de Voluntarios	4 horas
• Formación y Capacitación de Cuadros Profesionales y Auxiliares	3 horas
II. VISITAS DE ESTUDIO	
• Servicios Comunitarios según necesidad del Adulto Mayor (Clubes, Centros de Día, C. de Día con especialidades, Vivienda Protegida, Talleres Protegidos, Apoyo, en marco legal, de ley 1988)	22 horas
• Servicios de Institucionalización - en los Sistemas de Bienestar y de Salud	8 horas
• Intereses Especiales en diversas areas profesionales	6 horas
III. SESIONES DE TRABAJO	
• Introductorias	5 horas
• Jornadas de Intercambio de Experiencias en el Continente Americano	8 horas
• Actividades de Retroalimentación	5 horas
• Preparación y Presentación de Proyectos Grupales e Individuales sobre la Temática del Curso	14 horas
• Dinámica de Cierre - "El Reingreso"	4 horas
• Evaluación	2 horas
IV. CONOCIMIENTO DE ISRAEL	
• Conferencias	6 horas
• Excursiones de interés histórico y religioso	42 horas
TOTAL	***184 HORAS***

Yehoshua Erlich
Director del Curso

רח' דוד פינסקי 12, ת.ד. 6111, חיפה 31060. טל. 8375904, 04-8383500, פקס: 04-8375913
12, David Pinsky St., P.O.B. 6111, Haifa 31060 Israel. Tel. 972-4-8375904, 8383500, Fax. 972-4-8375913
E-mail: mctc1@actcom.co.il



PROEX

PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY / JICA
AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO / ABC

CERTIFICAMOS QUE

LEONILDE INES MORELO

concluiu o **VIII CURSO INTERNACIONAL DE GERIATRIA – THIRD COUNTRY TRAINING PROGRAMME (TCTP)**, realizado de 01 a 31 de outubro de 2002, com duração de 200 horas/aula.

Porto Alegre, 31 de outubro de 2002.

Prof.Dr. Paulo Roberto Girardello Franco
Pró-Reitor de Extensão Universitária

Prof.Dr. Yukio Moriguchi
Diretor do Instituto de Geriatria e Gerontologia

Prof.Dr. Emilio Antônio Jeckel Neto
Coordenador

PROGRAMA:

Disciplina	*Carga Horária*	*Professores*
Geriatria Clínica	110	Ângelo José Gonçalves Bós, MD, PhD Antônio Carlos Araújo de Souza, MD, PhD Emílio H. Moriguchi, MD, PhD Elisabete Michelon, MD, PhD
Geriatria Fundamental	30	Newton Terra, MD, MSc
Geriatria Preventiva	30	Yukio Moriguchi, MD, PhD
Seminários	10	Ivana B. Mânica da Cruz, MSc, PhD
Atividades Externas	20	Emílio A. Jeckel Neto, MSc, PhD
Total	*200*	

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

REGISTRO SOB O Nº 62 NA PÁGINA 104
DO LIVRO DE REGISTRO Nº 49

PORTO ALEGRE, 31 DE OUTUBRO DE 2002

SECRETARIA

ECO
CORPORACIÓN EDUCATIVA COLOMBIANA
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Educación para el trabajo y el desarrollo humano

Personería Jurídica #001217 de Mayo 23 de 1989- Nit: 800153764-7
Sede Montería-Licencia de Funcionamiento# 001218 de Mayo 23 de 1989 de la SEM
Sede Cereté: Licencia de Funcionamiento #0000033 de Febrero 1 de 2011 de la SED

HACE CONSTAR QUE:

LEONILDE INES MORELO NEGRETE

Con documento de identidad Nro. 34981440

ASISTIÓ AL CURSO TEÓRICO-PRACTÍCO:

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Realizado en la ciudad de Cereté, del 5 de septiembre al 24 de octubre de 2020, en modalidad Alternancia
Con una intensidad horaria de ciento sesenta (160) horas

www.eco.edu.co

Este constancia no conduce a un certificado de aptitud ocupacional, así como lo establece el decreto 1075 de 2015 en su Artículo 2.6.6.8. La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo corpoeco.cooracademico@gmail.com

Director (E)

Secretaria Académica

funmavi
Fundación Manantial de Vida

Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

CERTIFICA

Que **LEONILDE INES MORELO NGRETE**, identificada con cedula de ciudadanía No. 34.981.440 de Montería-Córdoba, laboró con nuestra organización durante el periodo comprendido 27 de octubre de 2020 hasta 30 de enero de 2021, como practicante en los programas de atención integral de adulto mayor.

Para constancia se firma en la ciudad de Montería a los 18 días del mes de febrero de 2021.

Atentamente,

EFREN SUAREZ RIVERA
Presidente Ejecutivo Funmavi

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

Sabanasalud Sahagúns.A.S.
NIT: 900398151-7

COTESMAG

CERTIFICA QUE

LEONILDE INES MORELO NEGRETE

CC: 34.981.440

Realizó el curso de:

ATENCION DE EMERGENCIAS, PRIMER RESPONDIENTE Y MANEJO DE ELEMENTOS DE EMERGENCIA

Con una intensidad horaria de 120 horas.

Dado en Montería (Córdoba) a los 19 días del mes de septiembre de 2023.

Decreto 288 del 2077 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación nacional.

Educación Informal.

DUVER CEPEDA
Gerente - Esp. Urgencias y C. Cronicos

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
Rep. Legal - F. Convivencia

YAJAIRA LOPEZ GARCIA
Director(a) Cotesmag

CONSORCIO ADULTOS MAYORES 2024
NIT: 901825767-1

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL CONSORCIO ADULTOS MAYORES 2024

CERTIFICA QUE:

Que el señor (a) LEONILDE INES MORELO NEGRETE, identificado con cédula de ciudadanía No.34.981.440, laboro como GERIATRA, en la sede del centro de vida y bienestar perpetuo socorro atraves de un CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS; en el marco de la ejecución del contrato **No. LP-SGM-010-2024**, que tiene por objeto: ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR EN MONTERIA, celebrado entre el consorcio Adultos Mayores 2024 y el Municipio de Montería, el cual dio inicio el día 08 de mayo del 2024 y culmino el 28 de diciembre de 2024.

La presente certificación se expide a solicitud del intereso (a), siendo las 8 am del día 14 de enero de 2025, en la Cuidad de Montería.

Atentamente,

ARTURO GABRIEL MENDOZA COMAS
C.C. No. 10.771.007
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO ADULTOS MAYORES 2024

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ

INFORMA

Que el señor (a) **LEONILDE INES MORELO NEGRETE,** identificado con cédula de ciudadanía No.34.981.440 laboró en centro de vida y bienestar perpetuo socorro desempeñando el cargo de **GERIATRA,** en los siguientes contratos:

- CONTRATO LP-SGM-016-2020: del 28 de marzo de 2021 al 03 de mayo de 2022.
- CONTRATO LP-SGM-013-2022: del 06 de julio de 2022 al 16 de marzo 2023.
- CONTRATO LP-SGM-007-2023: del 28 de julio de 2023 al 20 de diciembre 2023.

Se expide la presente información a solicitud del interesado a los 04 días del mes de febrero del 2024.

Atentamente,

KATTIA BRUNAL CABRALES
Representante Legal.

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

COD 98330

En la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, República de Colombia, el dieciocho (18) de marzo de dos mil veinticinco (2025), en la Notaría primera (1) del Círculo de Montería, compareció: LEONILDE INES MORELO NEGRETE, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0034981440 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

98330-1



Leonilde Ines Morelo Negrete

8d8551d736

-------- Firma autógrafa --------

18/03/2025 09:38:17

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: carta de compromiso

NOTARIA 1ra DE MONTERIA
JOSE FABIO CIFUENTES LEON
REPUBLICA DE COLOMBIA

JOSE FABIO CIFUENTES LEON
Notario (1) del Círculo de Montería , Departamento de Córdoba
Consulte este documento en https://notariid.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 8d8551d736, 18/03/2025 09:38:24

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 266493663

PIB
17:35:05

Bogotá DC, 16 de marzo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LEONILDE INES MORELO NEGRETE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34981440:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 16 de marzo de 2025, a las 17:33:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	34981440
Código de Verificación	349814402503161733323

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/03/2025 06:36:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **34981440 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **112556383** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:37:35 PM horas del 16/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **34981440**

Apellidos y Nombres: **MORELO NEGRETE LEONILDE INES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RAMOS	GARCÉS	ORIANA ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1007713327

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 10 MES 01 AÑO 1998

DEPTO BOLIVAR

MUNICIPIO MARIA LA BAJA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: ALTOS DE MONTEVERDE CRA16B#48-68

PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBOA

MUNICIPIO MONTERIA

TELÉFONO 3167346510 EMAIL ramos_ory@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 05 AÑO 2014

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		NUTRICIONISTA DIETISTA	12	2019	100771327

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	CERETÉ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 12 MES 12 AÑO 2021	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
NUTRICIONISTA DIETISTA	NUTRICION	Cra. 14 #22-200

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOGAR INFANTIL COMUNITARIO PORTALITO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOLIVAR	CARTAGENA	hogarinfantilelportalito@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6617617	DÍA 09 MES 07 AÑO 2018	DÍA 19 MES 11 AÑO 201

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRAC. NUTRICIÓN PUBLICA		EL SOCORRO, PLAN B

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO MÉDICO CRECER	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOLIVAR	CARTAGENA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3007896547	DÍA 28 MES 01 AÑO 2019	DÍA 26 MES 04 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRAC. NUTRICIÓN CLÍNICA		AV. PEDRO HEREDIA N°34-22

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL SAN DIEGO DE CERETÉ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	CERETÉ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(4)7958135	DÍA 24 MES 01 AÑO 2020	DÍA 23 MES 03 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
NUTRICIONISTA	SALUD	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	3	6
EMPLEADO SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	3	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE (SI) NO X (ME) ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.713.327

RAMOS GARCES

APELLIDOS

ORIANA ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1998

MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

22-ENE-2016 MARIA LA BAJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0504000-00804259-F-1007713327-20160322 0049034875A 1 45668384

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14676530663

(415)7707212489984(8020) 000001467653066 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1007713327	1	Impuestos de Cartagena 6	

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 13	1007713327	2016/01/22

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bolivar 13	María la Baja 442

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMOS	GARCES	ORIANA	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bolivar 13	Cartagena 001

41. Dirección principal: BRR ALCIBIA CR 32 A CL 30 56 AP 1

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
ramos_ory@hotmail.com		3167346510	

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
8299	2020/01/02						

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 49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha 2020 - 01 - 02

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre QUINTANA VASQUEZ MARIA DE LOS ANGELES
985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento PDF: 01-09-2020 11:15:31AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

a República de Colombia
y en su nombre la

nstitución Educativa Técnica Agropecuaria de

esarrollo Rural

María la Baja (Bolívar)

Aprobada por la Secretaria de Educación Departamental, mediante Resolución No. 3090
de Diciembre 27 de 1989, 395 de Diciembre 18 de 2001
y 310 de 23 de Octubre de 2003.

Confiere a:

AMOS GARCES ORIANA ALEJANDRA
Identificado (a) con T.I. Nº 1007713327 de María La Baja

El Título de:

achiller écnico
specialidad grícola

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes

TESLOR LUIS

Anotado en el control interno del plantel en el
Libro No. 01 Folio No. 105 Diploma No. 4465
Dado en María la Baja, Bolívar a los 05 días del mes Diciembre del año 2014

Institución educativa Técnica Agropecuaria de

Desarrollo Rural

María la Baja - (Bolívar)

Acta Individual de Grado

En el municipio de María La Baja, Departamento de Bolívar, a los **05 días del mes de Diciembre de 2014**, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último Grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la *INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA AGROPECUARIA DE DESARROLLO RURAL*, aprobada por la Secretaria de Educación Departamental, para otorgar el título de BACHILLER TECNICO , según Resolución Nº 3090 de Diciembre 27 de 1989, 395 de Diciembre 18 de 2001 y 310 de 23 de Octubre de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica y Media Técnica, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER TECNICO, ESPECIALIDAD AGRICOLA**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

AMOS GARCES ORIANA ALEJANDRA

T.I. 1007713327 DE MARIA LA BAJA

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº del 27 de 05 de diciembre de 2014 que comienza con el nombre de **ARROYO BLANCO MAIRID** y se cierre con el nombre de **ZAMBRANO ZABALETA BETTY.**

Firmada por: el rector ***TEILOR LUIS PUELLO CASTRO*** *y coordinadores:* ***MILADIS VANEGAS BATISTA*** *Y* ***ANTONIO MORALES SALCEDO.***

Dada en María La Baja (Bolívar), a los 05 días del mes de Diciembre de 2014.

FIRMADO Y SELLADO

TEILOR LUIS PUELLO CASTRO

79

REPUBLICA DE COLOMBIA

15937

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

Oriana Alejandra Ramos Garcés

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.007.713.327 DE MARÍA LA BAJA, BOLÍVAR , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

Nutricionista Dietista

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DECARTAGENA

A LOS 13 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2019

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

LIBRO 5 FOLIO 176

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Resolución del Ministerio Educación 4973/29 de Diciembre de 2004
NIt. Nº. 891000692 - 1

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

ACTA DE GRADO Nº 023

En la ciudad de Cartagena a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil diecinueve (2019), se realizó la graduación por Ceremonia Solemne a solicitud de la Dirección de Escuela de Nutrición y Dietética a la Rectoría, quien autorizó el acto, mediante Resolución Nº 058 del 06 de diciembre de 2019 por medio de la cual, otorga de acuerdo a la Ley y a los Estatutos de la Institución, el título de **NUTRICÍONISTA Y DIETÍSTA** al (a) Estudiante **ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCÉS** portador (a) de la Cédula de Ciudadanía Nº. 1.007.713.327 expedida en María La Baja (Bolívar) a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de **NUTRICÍONISTA Y DIETÍSTA** según las disposiciones vigentes.

Para constancia se firma la presente acta.

ROLANDO BECHARA CASTILLA
Rector

CLAUDIA PARDO SCHOTBORGH
Secretaria Jurídica

GILDARDO URIBE GIL
Director Escuela de Nutrición y Dietética

0140562

UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia

CERTIFICA QUE

ORIANA RAMOS GARCES

Con cédula no. 1007713327

Asistió al

TALLER TMN
Terapia médica nutricional en adulto mayor y alteraciones neurológicas.

Realizado en la ciudad de Barranquilla, el 13 de abril de 2018, con una duración de 4 horas.

PIEDAD ROLDÁN JARAMILLO
Decana Facultad de Ciencias de la Nutrición y los Alimentos

Corporación Universitaria
TALLER CINCO

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TALLER CINCO CENTRO DE DISEÑO Y LA FUNDACIÓN MUJERES EMPRENDEDORAS

Certifica que:

Oriana Alejandra Ramos Garcés

Identificado con cédula de ciudadanía: 1007713327

Participó en el:

DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA

Impartido en Cartagena D.T y C. entre el 5 de Agosto de 2019 y el 30 de Noviembre de 2019 con una intensidad de 80 horas

Alejandro Álvarez de Castro
Rector Corporación Universitaria Taller 5

Lucero del Pilar Ibarra Lobo
Secretaria General

Elvia María Coneo Acosta
Representante legal de la Fundación Mujeres emprendedoras

Fundación de Bienestar Social Funbisalud

Acuerdo 069 del 5 de Dic/2018 del comité ejecutivo nacional para el desarrollo de recursos humanos en salud Nit. 90106172-2 reconocida por la cámara de comercio de Cartagena matricula No. 09-369223-22

Certifica que

ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCES

Identificada con Cedula de Ciudadanía C.C. 1.007.713.327

Curso y Aprobó El Curso Taller De Formación

ATENCION INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTE EN LA INFANCIA COMUNITARIA

Con una duración de 40 horas los días 13 al 20 de octubre del 2019

REPRESENTANTE FUNBISALUD

PROGRAMA DADIS

Fundación de Bienestar Social Funbisalud
COORDINADOR

COORDINADOR FUNBISALUD

MINSALUD TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN unicef

Certifican que

ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCES

Realizó y aprobó el curso virtual
Manejo integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.
Intensidad: 20 horas

Bogotá, 03 de Jun de 2019

Fundevida

UNIVERSIDAD DEL SINÚ
ELIAS BECHARA ZAINÚM
SECCIONAL CARTAGENA

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

CERTIFICA QUE:

ORIANA RAMOS

PARTICIPÓ EN CALIDAD DE

ASISTENTE

EN LA CUARTA JORNADA EDUCATIVA SOBRE CÁNCER INFANTIL

En el marco de la conmemoración del día mundial de la lucha contra el cáncer infantil

Dado en Cartagena de Indias, Colombia. A los 15 días del mes de febrero de 2018

JORGE MONTOYA MENDOZA
DIRECTOR PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL SINÚ

NACIRA VILLADIEGO ULLOA
DIRECTORA DE FUNDEVIDA

¡Alza tu Voz... Dilo con Nosotros!

Todos contra el Cáncer Infantil

Con el apoyo de

DADIS BOLÍVAR SÍ AVANZA

CELAN

CERTIFICA QUE

ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCÉS

con documento No. 1007713327

Participó en el Curso Virtual

NUTRICIÓN APLICADA EN MEDICINA INTERNA I

Realizado del 17 de marzo al 5 de mayo del 2020,
con una duración de 15 horas

PATRICIA SAVINO
Director General

CRISTINA POSADA
Directora Académica

CELAN-CC-2020-0469

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NUTRICIÓN CLÍNICA

Abbott

La División de Educación Continuada, La Facultad de Medicina, La Asociación Colombiana de Nutrición Clínica A.C.N.C. y Abbott Nutrition

Certifican a:

ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCES

C.C. 1007713327

Quien asistió y cumplió los requisitos académicos establecidos para el

TNT UN ENFOQUE INTEGRAL DE CUIDADO DEL PACIENTE

CUIDADO CRÍTICO

TERAPIA NUTRICIONAL TOTAL™

Bogotá, octubre 18 de 2020 – octubre 31 de 2020

Intensidad 19 Horas.

Dr. Hugo Cárdenas López
Decano Facultad de Medicina
Universidad El Bosque

Dr. Charles Elleri Bermúdez Patiño
Presidente Asociación Colombiana de Nutrición Clínica

Dra. María del Rosario Bozón González
Directora División Educación Continuada
Universidad El Bosque

Vigilada Mineducación

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCES

Con Cedula de Ciudadania No. 1007713327

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cartagena, a los diez (10) dias del mes de septiembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

YENY LINEY ROMERO OCHOA
Subdirectora
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLÍVAR

70249852 - 10/09/2020
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 93040021739366CC1007713327C.

UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Elias Bechara Zainúm
Seccional Cartagena

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fundación Colombiana del Corazón

Certifican que:

ORIANA ALEJANDRA RAMOS

asistió al

SEMINARIO LA CULTURA DEL CUIDADO

El Seminario tuvo 8 horas de programación académica

YOLANDA VARGAS BERNETT ND.
Directora Escuela de Nutrición y Dietética
Universidad del Sinú - Cartagena

ALEXIS LLAMAS JIMENEZ MD.
Presidente
Fundación Colombiana del Corazón

Cartagena de Indias, mayo 4 de 2017

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA Y VECINOS
DEL HOGAR INFANTIL COMUNITARIO EL PORTALITO

NIT 890.480.791-5

PERSONERIA JURIDICA 09194 DE MINSALUD

BIENESTAR FAMILIAR

El suscrito Director del Hogar Infantil Comunitario El PORTALITO

CERTIFICA QUE:

ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCES con C.C. No. 1.007.713.327, realizó prácticas de Nutrición Pública en esta institución como estudiante de la escuela de NUTRICION Y DIETETICA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINU Seccional Cartagena, durante el segundo semestre del año 2018.

Dado en Cartagena, a los Treinta (30) días del mes de Diciembre del 2019.

Atentamente,

ARIEL RAMOS ARANGO
Director

CLINICA CRECER
CENTRO MÉDICO CRECER
NIT 806.004.548-6

Cartagena de Indias, 17 de enero de 2020

CERTIFICO

Que ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCES identificada con cédula de ciudadanía 1007713327 realizó sus prácticas formativas en Nutrición y Dietética desde el 28 de enero de 2019 hasta el 26 de mayo de 2019.

Cordialmente,

Centro Médico CRECER

ALVARO GUETE
DIRECTOR DE CALIDAD

La salud es de todos

Minsalud

COLNUD

Identificacion Unica del Talento Humano en Salud

NUTRICIONISTA DIETISTA



ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCES

CC 1007713327

UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM CARTAGENA

Fecha de expedicion del diploma **2019-11-13**

Fecha de Inscripcion ReTHUS **2019-12-27**

Firma Titular

"Esta Tarjeta es un documento público y se expide de conformidad a la ley 1164 de 2007, el decreto 4192 de 2010 compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016." Si es encontrada, favor devolverla al COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS Carrera 15 No 76 – 67 oficina 401 Teléfono 3542322 Bogotá.

Firma Representante Legal

COLNUD-1186

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SANCHEZ	LOPEZ	AMELIA CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 50.966.395

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 12 MES 01 AÑO 1975

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: CERETÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: BARRIO LA ESPERANZA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: CERETÉ

TELÉFONO: 312 610 5820 EMAIL: Tyna1412@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 1994
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		ODONTOLOGA	07	2014	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE CAMU DEL PRADO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	CERETÉ	esecamuprado@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
764 2841	DÍA 12 MES 12 AÑO 2019	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ODONTOLOGA	CORDINACIÓN ODONTOLOGICA	CERETÉ

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SAN PABLO APOSTOL IPS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	CERETÉ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
764 5400-769 1263	DÍA 16 MES 02 AÑO 2016	DÍA 10 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ODONTOLOGA	ASISTENCIA ODONTOLOGICA	CRA 15 # 3 SUR LAS PALMAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACIÓN APOYO ADMINISTRATIVO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	CERETÉ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
898 0606	DÍA 02 MES 02 AÑO 2015	DÍA 28 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ODONTOLOGA	ASISTENCIA ODONTOLOGICA	MATEO GOMEZ-CERETÉ

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	1	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Cereté-Córdoba, 20 de enero de 2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FUNDACION DE APOYO ADMINISTRATIVO
Nit 900555292-0

CERTIFICA QUE:

La Dra. **AMELIA CRISTINA SANCHEZ LOPEZ,** con cc 50.966 395 de Cereté laboro en esta fundación en el cargo de **ODONTOLOGO**, cumpliendo funciones en Odontologia General, Odontologia de P y P con la población de régimen subsidiado de salud cumpliendo con programas y estrategias que conllevan a mejorar la salud bucal de la población de acuerdo con las normas de la institución con una asignación salarial de $1 460.000 pesos m-c. desde el 02 de Febrero de 2015 hasta el 28 de Diciembre de 2015.

Para constancia se firma a los 29 días del mes de Enero de 2016.

Atte.
ANA BOLENA MESA TORRENTE.
Representante legal de la fundación.
cc 1.064 992 486

San Pablo Apóstol IPS Cia. Ltda.

NIT 812.006.756-2 **GERENCIA** **Sociedad Médica al Servicio de la Comunidad**

Cerete, Noviembre 12 de 2019

CE No. 451

SAN PABLO APOSTOL IPS CIA. LTDA.

CERTIFICA QUE:

Amelia Cristina Sánchez López, identificada con la cédula de ciudadanía No. 50.966.395, labora en esta compañía prestando sus servicios como Odontologa en la operación de los servicios de la E.S.E. CAMU DEL PRADO, vinculado (a) a través de un Contrato de Trabajo por Obra o Labor Determinada. Devengando un salario mensual de ($1.844.841). UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE.

Vinculado desde el 16 de Febrero de 2016 hasta la fecha

Lo anterior se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

San Pablo Apostol IPS Cia. Ltda.
Nit. 812.006.756-2

Laura Elizabeth Herrera Ramos
Gerente

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.966.395**

SANCHEZ LOPEZ

APELLIDOS

AMELIA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1975**

CERETE
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

21-MAY-1993 CERETE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1301000-00429790-F-0050966395-20130403 **00326**19933A 1 38854272


Gobernacion
DE CÓRDOBA
SALUD
Nombres: AMELIA CRISTINA
Apellidos: SANCHEZ LOPEZ
C.C. No.: 50.966.395
Profesion: ODONTOLOGA
Monteria: DICIEMBRE 30 DE 2014
233887-14
1198
Secretario Seccional de Salud

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm
Fundada en 1974

Facultad de
Ciencias de la Salud

ACTA DE GRADO NUMERO 0612-003O

Resolución No.1559 de Julio 18 de 2014

CONSIDERANDO QUE

Amelia Cristina Sánchez López
C. C. No. 50.966.395 expedida en Cereté

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Odontóloga

En nombre y representación de la Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainúm- y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma No. CB334 registrado en el folio 45 del libro 4

En el testimonio de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Montería, a los treinta y un (31) día del mes de Julio de 2014.

Rectora

Secretario General

Decano

0002231

REPUBLICA DE COLOMBIA

05834

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

Amelia Cristina Sánchez López

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 50.966.395 de Cerété , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

Odontóloga

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería

A LOS 31 DIAS DEL MES DE Julio DEL AÑO 2014

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

Gobernación de Córdoba

DEPARTAMENTO DE CORDOBA
Secretaría de Desarrollo de la Salud

RESOLUCION No.23

Por el cual se concede una autorización para el Ejercicio Profesional

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE CORDOBA
En cumplimiento a la Ley N° 1164 de octubre 3 de 2007, expedido por el Ministerio de Salud, según facultades otorgadas por el Decreto N° 3134 de 1.956 y

CONSIDERANDO

Que AMELIA CRISTINA SANCHEZ LOPEZ, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No **50.966.395** expedida en Cereté (Córdoba), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ODONTOLOGA según TITULO que le otorgó la UNIVERSIDAD DEL SINU de Montería, mediante Acta de Grado No. 0612-003O y Diploma No.08354 de fecha 31 de Julio de 2014.

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado por la Universidad en el Folio No. 45 del Libro No. 4 de fecha 31 de Julio de 2014.

Que en cumplimiento de la Ley 50 de 1981 y sus normas reglamentarias, Resolución N° 2358 del 16 de Junio de 2014 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social por lo cual definen los criterios para la realización del S.S.O. se autorizó sorteo de plazas para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio para los Profesionales de: Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología, según sorteo realizado el día 21 de Octubre del 2014 en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social de la ciudad de Bogotá D.C..

Que AMELIA CRISTINA SANCHEZ LOPEZ, no salió favorecido (a) en el sorteo para cumplir con el Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo con lo dispuesto en las normas anteriormente citadas queda exento de prestar el Servicio Social Obligatorio.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorizar a AMELIA CRISTINA SANCHEZ LOPEZ, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **50.966.395** expedida en Cereté (Córdoba), para ejercer la Profesión de ODONTOLOGA en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Montería a los,

ALFREDO ARUACHAN NARVAEZ
Secretario de Salud Departamental

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm
Fundada en 1974

IADR-Colombia

CERTIFICAN QUE

SANCHEZ LOPEZ AMELIA

Participó como **ASISTENTE**

En el XX Encuentro Nacional de Investigación Odontológica ACFO
IV Reunión de la International Association for Dental Research Colombia,
V Encuentro de Semilleros.

Realizado en Montería, los días 24 - 25 y 26 del mes de Septiembre de 2009

FARITH GONZÁLEZ MARTÍNEZ
Director División de Investigación ACFO

MARTHA LILIANA RINCÓN
Presidenta ACFO

MARIO SERRATO HUERTAS
Director Programa Odontología

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elias Bechara Zainúm
Fundada en 1974

Primer Congreso
Odontológico
Panamericano del Sinú
Academia para la Excelencia

FEDERACION
ODONTOLÓGICA
COLOMBIANA
Seccional Cordoba

CERTIFICA

Que

AMELIA SANCHEZ Participó en el PRIMER CONGRESO ODONTOLÓGICO PANAMERICANO DEL SINÚ, realizado los días 2, 3 y 4 de Octubre de 2008 en el Centro de Convenciones de Montería, con una intensidad horaria de 20 horas.

Mario Serrato Huertas
Jefe Programa Odontología
Unisinú

Adriana Ramos Vargas
Presidente FOC
Seccional Córdoba

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

CERTIFICA QUE

AMELIA SANCHEZ

C.C. No. EXPEDIDA EN

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS PARA EL

CURSO INTERNACIONAL DE CARIES DENTAL

MONTERIA, 13 Y 14 DE ABRIL 2007.

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS Y ESTUDIOS CONTINUADOS

No. 0263

D&P 06-2

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

CERTIFICA QUE

Amelia Cristina Sánchez López

C.C. No. 50.966.395 **EXPEDIDA EN** Cereté

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS PARA EL

DIPLOMADO EN

Rehabilitación sobre Implantes

INTENSIDAD HORARIA 114 Horas

Noviembre 23 de 2013

DIRECTOR DE POSTGRADOS Y ESTUDIOS CONTINUADOS

No. 03351

D&P 09-1

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Hernandez	Vargas	Carlo rafael

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1003026752

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 30 MES 09 AÑO 2001

PAÍS colombia

DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Cereté

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Samba diana trans 8 #10a-54

PAÍS colombia DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Cereté

TELÉFONO _____ EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2018
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		optometra	02	2024	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Universidad del sinú		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cordoba	Montería	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 02 MES 01 AÑO 2023	DÍA 03 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Docente Practicas		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clínica optalmologica de cartagena		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bolívar		

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 12 MES 01 AÑO 2024	DÍA 12 MES 02 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Optometra en consulta Externa		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⓧ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

Carlos Benedez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.026.752
HERNANDEZ VARGAS
APELLIDOS
CARLOS RAFAEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-2001
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
26-NOV-2019 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-1301000-01119160-M-1003026752-20191212 0069280813A 1 53064337

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Diocesano Pablo VI

Cereté, Córdoba

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 001344 del 21 de noviembre de 2014,
para los Niveles de Preescolar, Básica y Media Académica

Confiere a:

Carlos Rafael Hernández Vargas

Identificado con T.I. No. 1.003'026.752

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica.

Rector

Keidi Ramirez Ibañez
Secretaria

Asentado en el Folio No. 017 Libro de Registro No. 003
Dado en Cereté, Córdoba, el día 7 de diciembre de 2018
No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Presidente

Colegio Diocesano Pablo VI

Aprobado por Resolución No. 001344 del 21 de Noviembre de 2014
Emanada de la Secretaría de Educación Departamental,
Para los Niveles de Preescolar, Básica y Media Académica
DANE: 323162000474 – NIT: 891000619-8 – ICFES: 038003
CODIGO REGISTRO PEI: 0385-542 de Abril 25 de 2018

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Cereté, Córdoba, el día 7 de diciembre de 2018, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por los suscritos Rector y Secretaria, en el cual el Colegio Diocesano Pablo VI confirió el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

a:

Carlos Rafael Hernández Vargas

Identificado con T.I. No. 1.003'026.752

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta Institución está autorizada en el nivel de Educación Media Académica por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 001344 del 21 de noviembre de 2014.

Es fiel copia del Acta General No. 056 de fecha 7 de diciembre de 2018.

En Cereté, Córdoba, a los 7 días del mes de diciembre del año 2018.

Firmada y Sellada.

GUSTAVO CASTAÑO VERGARA
C.C. No. 78.692.788
Rector

Keidi Ramirez Ibañez
KEIDI RAMÍREZ IBÁÑEZ
C.C. No. 1.065.009.274
Secretaria

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.
Calle 9 No. 8B-03, Barrio Pablo VI
E-mail: cdidiper2006@hotmail.com - Celular: 312 8419405
Cereté, Córdoba - Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA

28211

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

Carlos Rafael Hernández Vargas

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.003.026.752 DE CERETÉ , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

Optómetra

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE CARTAGENA
A LOS 7 DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2024

EL RECTOR | EL VICERRECTOR | EL DECANO | EL SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Elías Bechara Zainúm

ACTA DE GRADO N.° 019
(Resolución N.° 008 del 30 de enero de 2024)

CONSIDERANDO QUE:

CARLOS RAFAEL HERNÁNDEZ VARGAS
C.C. N.° 1.003.026.752 expedida en Cereté

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por la Ley y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de:

OPTÓMETRA

En nombre y representación de la Universidad del Sinú "Elías Bechara Zainúm" – Seccional Cartagena, de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, la Rectoría otorga y entrega el Diploma en Ceremonia Privada que lo (a) autoriza para el ejercicio de la profesión según las disposiciones vigentes.

En testimonio de lo anterior, se firma en la ciudad de Cartagena a los 07 días del mes de febrero de 2024.

ROLANDO BECHARA CASTILLA
Rector

MARÍA ANGÉLICA NARVÁEZ GONZÁLEZ
Secretaria Jurídica

KEIVIS QUINTERO MESA
Jefe de Programa de Optometría

SECCIONAL CARTAGENA
Avenida el Bosque transversal 54 N.° 30 - 453 Teléfono: (605) 6517013 Cartagena de Indias

CERTIFICADOS



SE OTORGA LA PRESENTE CONSTANCIA A:

Carlos Rafael Hernández Vargas

POR HABER CONCLUIDO SATISFACTORIAMENTE EL

"CURSO INTRODUCTORIO A LA LECTOESCRITURA BRAILLE"

Robles Uribe E. Joan



Alcon-ligo en la contingencia

Alcon Laboratorios, S.A. de C.V.

otorga la presente

CONSTANCIA A:

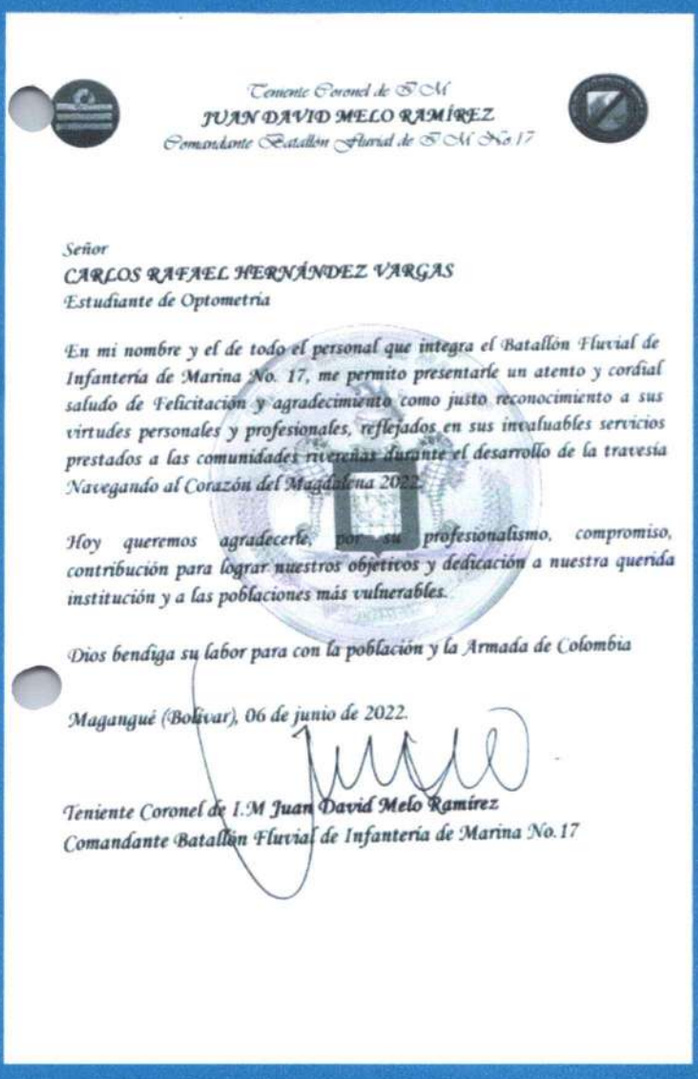
CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS

Por su asistencia al evento

1er Alcon-greso de Salud Visual

29 de Junio al 02 de Julio

Alcon



Teniente Coronel de I.M
JUAN DAVID MELO RAMÍREZ
Comandante Batallón Fluvial de I.M No.17

Señor
CARLOS RAFAEL HERNÁNDEZ VARGAS
Estudiante de Optometria

En mi nombre y el de todo el personal que integra el Batallón Fluvial de Infantería de Marina No. 17, me permito presentarle un atento y cordial saludo de Felicitación y agradecimiento como justo reconocimiento a sus virtudes personales y profesionales, reflejados en sus invaluables servicios prestados a las comunidades ribereñas durante el desarrollo de la travesía Navegando al Corazón del Magdalena 2022.

Hoy queremos agradecerle, por su profesionalismo, compromiso, contribución para lograr nuestros objetivos y dedicación a nuestra querida institución y a las poblaciones más vulnerables.

Dios bendiga su labor para con la población y la Armada de Colombia

Magangué (Bolívar), 06 de junio de 2022.

Teniente Coronel de I.M Juan David Melo Ramírez
Comandante Batallón Fluvial de Infantería de Marina No.17



CIAP CIP RIAE CEM EDUCAR

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A: CARLOS RAFAEL HERNÁNDEZ VARGAS

Por haber participado en el **Ciclo de Conferencias**, impartido por la Red Internacional de Aliados Educativos, en las áreas de educación, psicología y salud, en la modalidad Online.

Chiapas México, 24 de junio del 2021

Mtro. Joaquín Tovilla López
Pdte. De la Red Internacional de Aliados Educativos

Ing. Freddy Alberto Ramos Ruiz
Dir. Servicios Escolares RIAE

CICLO DE **CONFERENCIAS**



ARMADA DE COLOMBIA

OTORGA

RECONOCIMIENTO

EN TIEMPOS DE BICENTENARIO NAVAL

Por su participación en la VIII versión de la travesía "Navegando al Corazón del Magdalena"

Señor(a)

CARLOS HERNANDEZ VARGAS

C.C. 1.003.826.752

En agradecimiento por su gran voluntad de servicio demostrado durante el desarrollo de la travesía "Navegando al corazón del Magdalena 2021" fueron 683 millas Náuticas a bordo del buque "ARC. Golfo de Uraba", logrando beneficiar a más de 9.500 personas.

Teniente Coronel JUAN DAVID MELO RAMIREZ
Comandante Batallón Fluvial de Infantería de Marina N°17

Magangué, Bolívar, 09 de Junio del 2021

CERTIFICADOS



UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Elías Bechara Zainúm
Facultad de Ciencias de la Salud
ESCUELA DE OPTOMETRIA

LA ESCUELA DE OPTOMETRIA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINU "ELIAS BECHARA ZAINUN" SECCIONAL CARTAGENA

HACE CONSTAR QUE:

Carlos Rafael Hernandez Vargas Identificado con C.C. **1003026752** de **Cerete** curso y aprobó el Diplomado de **Cuidado Primario Ocular** que eligio como opción de grado para la obtención del titulo de **Optómetra**.

Teniendo en cuenta lo especificado en el **articulo 90** del reglamento estudiantil de la Universidad del Sinu, el estudiante cumplió con todos los requisitos especificados en la opción de grado **Cursos de Perfeccionamiento o Diplomado.**

Se expide esta constancia a los veintidós (22) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023).

DIRECTOR
ESCUELA DE OPTOMETRIA



UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Elías Bechara Zainúm
Seccional Cartagena

La Escuela de Optometría de la Universidad del Sinú seccional Cartagena, hace costar que:

Carlos Rafael Hernández Vargas

Participó en el V Ateneo en Optometría con la presentación del proyecto: **"Prevalencia de defectos acomodativos en estudiantes de tercer año de Optometría en la Universidad del Sinú seccional Cartagena en el año 2023"**

Dado en Cartagena de Indias D.T. y C. a los 03 días del mes de noviembre de 2023

Carlos Augusto Alfonso Rojas
Director de Escuela de Optometría

Jesús Darío Arenales Anaya
Coordinador de Investigaciones
Escuela de Optometría



UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Certifica que:

Carlos Rafael Hernández Vargas

C.C. No. 1003026752

Participó como Asistente en el

IV SEMINARIO
INNOVA OPTOMETRÍA UNIMETRO

con una intensidad de 8 horas.

Barranquilla el 20 de octubre de 2023

NORYS CABALLERO ROSALES
Coordinadora de Educación Continua

SHIRLEY GARCIA RODRIGUEZ
Directora Programa de Optometría

UMB - 24 - 752



REPÚBLICA DE COLOMBIA
POLITÉCNICO DE COLOMBIA

HACE CONSTAR QUE:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS

Con Documento de Identidad No 1003026752

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

MEDELLIN - 03 DE FEBRERO DE 2024 AL 08 DE MARZO DE 2024

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 9020240308

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo



FEDOPTO

EL COLEGIO FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OPTÓMETRAS

Certifica que

Carlos Rafael Hernández Vargas

Participo en calidad de asistente al ***XXXI CONGRESO NACIONAL DE OPTOMETRIA Y XIII SALÓN DE LA ÓPTICA*** *los días 26 y 27 de agosto de 2022 en la ciudad de Cali - Colombia.*



REPÚBLICA DE COLOMBIA
POLITÉCNICO SUPERIOR de Colombia

HACE CONSTAR QUE:

CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS

Con Documento de Identidad No 1003026752

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN DOCENCIA Y DIDÁCTICA UNIVERSITARIA

MEDELLIN - 11 DE NOVIEMBRE DE 2023

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020231111

POLITÉCNICO SUPERIOR de Colombia
NIT. 900.314.208-2

www.politecnicosuperior.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo asistentevirtual@politecnicosuperior.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo.

CERTIFICADOS



Brilliant Futures™ Myopia Management Program

Certificate of Professional Development

This is to certify that

Carlos Rafael Hernández Vargas

has successfully completed a professional training workshop and is now certified to prescribe the Brilliant Futures™ Myopia Management Program

MICHELE ANDREWS, OD
SENIOR DIRECTOR, PROFESSIONAL & ACADEMIC AFFAIRS, NORTH AMERICA

RICARDO PINTOR, OD, FIACLE
PROFESSIONAL AFFAIRS & CLINICAL EDUCATION MANAGER, LATIN AMERICA

DATE: **16/10/23**

CERTIFICATE SERIAL NUMBER: **UuARBsx2DF**

CooperVision

CooperVision COACH



CooperVision

Biofinity®

Certificate of
successful completion

Carlos Rafael Hernández Vargas

Has successfully completed the online training course of

Biofinity family (comfilcon A)
from spherical to specialized contact lenses

provided by CooperVision Coach LatAm e-learning programs
2022

Claudia Andrade
Marketing Director
CooperVision LatAm

Ricardo Pintor
Professional Affairs Manager
CooperVision LatAm

COACH

QDW42EiBiM

29/05/22



CooperVision
Live Brightly

Certificate of successful Completion

This is awarded to:

Carlos Rafael Hernández Vargas

Has successfully completed the online training course of

"Daily disposable Contact Lenses (DDCLs)"

provided by CooperVision Coach LatAm e-learning programs 2022

Claudia Andrade
Marketing Director
CooperVision LatAm

Ricardo Pintor
Professional Affairs Manager
CooperVision LatAm

COACH

OZvWiianmA

26/05/22

CERTIFICADOS



CooperVision
Live Brightly

Certificate of Achievement

This is awarded to:

Carlos Rafael Hernández Vargas

For successfully completing the online training course of

"Soft Contact Lens Care Management Principles with Multi-Porpuse Solutions and Hydrogen Peroxide"

provided by CooperVision Coach LatAm e-learning programs 2022

Claudia Andrade
Marketing Director
CooperVision LatAm

Ricardo Pintor
Professional Affairs Manager
CooperVision LatAm

COACH

DR1s9eD4Xu 03/06/22



CooperVision
Live Brightly

Certificate of Completion

This is awarded to:

Carlos Rafael Hernández Vargas

For successfully completing the LatAm online course of

"Avaira Vitality™, Liberti™, Soleil™ (fanfilcon A) Sph & Toric."

provided by CooperVision Coach LatAm e-learning programs 2022

Claudia Andrade
Marketing Director
CooperVision LatAm

Ricardo Pintor
Professional Affairs Manager
CooperVision LatAm

COACH

7wmW9yZXQu 27/05/22



CooperVision

Certificate of Achievement

This is awarded to:

Carlos Rafael Hernández Vargas

For successfully completing the online training course of

When your patient becomes your client 2022

provided by CooperVision Coach LatAm e-learning programs 2022

Claudia Andrade
Marketing Director
CooperVision LatAm

Ricardo Pintor
Professional Affairs Manager
CooperVision LatAm

COACH

5To6sA4fpU 05/05/22

CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025
NIT. 901937936-9



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
No. LP-SGM-005-2025

ANEXO # 45

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN
APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	78019418
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERETE	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCION:	CERETE	TELEFONO:	7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4602119563	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/30	NUMERO AUTORIZACIÓN:	9993379235

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD					ARP																			
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORT	TOTAL APORT	TOTAL APORT	TOTAL APORT	TOTAL APORT
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
1	CC 78019418	MARTINEZ MARTINEZ PEDRO PABLO	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		230301-PORVENIR	30	1.423.500	$ 227.800	$	$	$	$	Norma	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	1.423.500	$ 178.000	$	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	78019418	$ 7.500		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 413.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN
APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79019418
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			PEDRO PABLO MARTINEZ MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERETE	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCION:	CERETE	TELEFONO:	7990000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4611179517	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Junio	AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/07/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9993371180

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 0	$ 227.800

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES					
																										PENSION						SALUD						ARP											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	EXONERADO PAGO APORTES TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79019418	MARTINEZ MARTINEZ PEDRO PABLO	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																230301-PORVENIR	X 30	1.423.500	$ 227.800	$	$	$	$	Norma	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	X 30	1.423.500	$ 178.000	$	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	X 30	1.423.500	79019418	$ 7.500		$		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 413.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34981440
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			LEONILDE INES MORELO NEGRETE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 29 # 18-03	TELEFONO:	7854156
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4607698968	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9992938561

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										$ 320.000	$ 0	$ 320.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11-ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.800	$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800
SUBTOTALES:									$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																									PENSIÓN							SALUD							ARP															
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO/ EXTRANJERO	RESIDENTE EN EL EXTERIOR	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 34981440	NEGRETE MORELO LEONILDE INES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS					NO																	25-14 COLPENSIONES	30		$ 320.000	$	$	$	$	Normal	$ 320.000	EPS002-SALUD TOTAL	30		$ 250.000	$	$ 250.000	14-11-ARL SURA	30	34981440	$ 48.800	$ 48.800	$		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 618.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34981440
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			LEONILDE INES MORELO NEGRETE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 23 # 16-03	TELEFONO:	7854155
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladores y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4603672085	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	mayo	ANO 2025	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	mayo	ANO	2025
DIAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9892633261

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	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 0**	**$ 320.000**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 250.000**

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
14-11	14-11-ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 48.800	$ 48.800	$ 0	$ 0	$ 48.800
SUBTOTALES:									**$ 48.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 48.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENIA FISCAL EN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	COF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORTE
1	CC 34981440	NEGRETE MORELO LEONILDE INES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS						NO							230201-PROTECCION	X		$ 320.000	$	$	$	$	Norma	$ 320.000	EPS002-SALUD TOTAL	X		$ 250.000	$	$ 250.000	14-11-ARL SURA			34981440	$ 48.800												

TOTAL PAGADO: $ 618.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50966395
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			AMELIA CRISTINA SANCHEZ LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERETE	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCION:	CLL 10 A 11-25	TELEFONO:	2222222
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:	4608552087	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio	AÑO 2025	/PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	junio	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992664452				

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 0	$ 384.000
SUBTOTALES:										$ 384.000	$ 0	$ 384.000

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 300.000
SUBTOTALES:													$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 300.000

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	$ 58.500	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500
SUBTOTALES:									$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																												PENSIÓN							SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETIRO PRIMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 50966395	SANCHEZ LOPEZ AMELIA CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS						NO																	230301-PORVENIR	30		$ 384.000	$	$	$	$	Normal	$ 384.000	EPS002-SALUD TOTAL	30		$ 300.000		$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30		50966395	$ 58.500	$	$	$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 742.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50966395
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			AMELIA CRISTINA SANCHEZ LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERETE	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CLL 10 A 11-35	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladores y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4606649378	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/06/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992834520

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 0	$ 384.000
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 0**	**$ 384.000**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 0	$ 300.000
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 300.000**

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	$ 58.500	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 58.500
SUBTOTALES:									**$ 58.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																											PENSIÓN							SALUD							ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	C.T.COMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 50966395	SANCHEZ LOPEZ AMELIA CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS						NO																		230301-PORVENIR	X	$ 384.000	$ 384.000	$	$	$	$	Norma	$ 384.000	EPS002-SALUD TOTAL	X	$ 300.000		$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	X	50966395	$ 58.500	$	$	$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 742.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007713327
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ORIANA ALEJANDRA RAMOS GARCES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	BARR CENTRO	TELÉFONO:	1111111
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:			4611568532	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	junio	AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/07/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			99926362374

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 0	$ 227.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1007713327	RAMOS GARCES ORIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1423500			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	3	$ 1423500	$ 227.800	$	$	$	$	Norma	$ 227.800

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 1423500	$ 178.00	$	$ 178.00	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	3	$ 1423500	1007713327	$ 7.500

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORTE
1		$		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 413.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007713527
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			ORIANA ALEJANDRA RAMOS GAROES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCION:	BARR CENTRO	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4605663218	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2025
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/06/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	99926345269

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 0	$ 227.800

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
																														PENSIÓN							SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINED	TOTAL APORTE
1	CC 1007713327	RAMOS GAROES ORIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE (CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1423000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1425600	$ 227.800	$	$	$	$	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1423600	$ 178.000	$	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1425600	1007713327	$ 7.500		$													

TOTAL PAGADO: $ 413.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003026752
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERETE	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCION:	BARRIO CENTRO	TELEFONO:	5555555
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:				4607649078	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	mayo	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DIAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2025/06/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9892903744

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.900	$ 0	$ 227.900
SUBTOTALES:										$ 227.900	$ 0	$ 227.900

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
EPS048	EPS048-MUTUAL SER EPS-S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	ZIP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1003026752	HERNANDEZ VARGAS CARLOS RAFAE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS					NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.600	$ 227.900	$	$	$	$	Norma	$ 227.900	EPS048-MUTUAL SER EPS-S	30	$ 1.423.600	$ 178.000		$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.423.600	1003026752	$ 7.500		$		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 413.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003026752
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			CARLOS RAFAEL HERNANDEZ VARGAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERETE	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCION:	BARRIO CENTRO	TELÉFONO:	5555555
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:			4610913740	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/07/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9992908520

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 0	$ 227.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS048	EPS048-MUTUAL SER EPS-S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1003026752	HERNANDEZ VARGAS CARLOS RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS						NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.423.600	$ 227.800	$	$	$	$	Normal	$ 227.800

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS048-MUTUAL SER EPS-S	30	$ 1.423.600	$ 178.000		$ 178.000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	3	$ 1.423.600	1003026752	$ 7.500

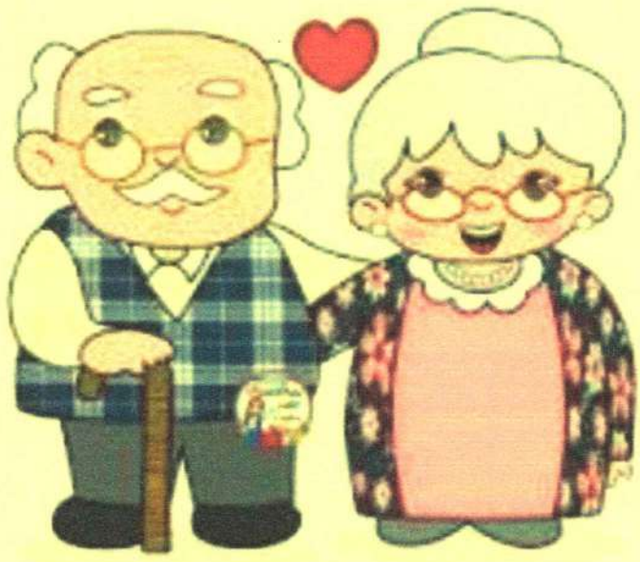
PARAFISCALES

DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORTE
	$		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 413.300

Planilla Pagada

CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025
NIT. 901937936-9



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
No. LP-SGM-005-2025

ANEXO # 46

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 08	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 1 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
01	ANGELA MARIA JIMENEZ CARE	34960133	
02	ARGELIA DE JESUS CONEO VELASQUEZ	34974610	
03	CARMEN ROCIO RUIZ CARE	25806992	
04	CIRA MARIA NEGRETE BULA	1067901836	
05	DORA MEDRANO HERNANDEZ	32201619	
06	DORINA MARIA SIMANCA SIMANCA	34835380	
07	ELCY DEL CARMEN URIBE GOMEZ	34965603	
08	ELVIA ROSA VARGAS VDA. DE NAVARRO	25754468	
09	ERIKA DEL CARMEN GARCIA PETRO	26192144	
10	ERLINDA MARTINEZ MEJIA	26247173	

Diana Marcela Furnieles Zuñiga

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 08	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 2 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
11	HILDA GLORIA PERNETT LORA	34958691	
12	ISABEL MARIA MORALES MAZ	34956395	
13	MAGALIS ELENA SANCHEZ MARQUEZ	25867845	
14	MARGARITA GARCIA SANCHEZ	29152855	
15	PAULINA SOFIA BERBEL MARTINEZ	25756745	
16	TERESA DE JESUS QUIROZ MARIACA	43341760	
17	ABRAHAN OTONIEL MONTES ARCIA	1565502	
18	ADAN ANTONIO DUARTE MONTIEL	6881403	
19	ALVARO AUGUSTO BERROCAL ARGUMEDO	6884175	
20	ANTONIO MARIA SOLANO RODRIGUEZ	6885584	

Diana Marcela Turriales Zuñiga
Enfermera
Reg. 2

Julyo Delgado R.
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6792805

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

OBJETO A CONTRATAR: "SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 08	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Asistencia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 3 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
21	ARCELIO DARIO DIAZ DUEÑAS	6857852	
22	CARLOS ARMANDO CANAVAL NARVAEZ	8303365	
23	CESAR AGUSTO ALTAMIRANDA BARRERA	6855541	
24	CIRICIO ANTONIO DORIA ANDRADE	1539693	
25	FRANCISCO MANUEL RUIZ SOLANO	6871634	
26	EFREN DE JESUS VELASQUEZ ESPINOZA	70069754	
27	ENCARNACION ARNACHE FUENTES	12395260	
28	FRANCISCO ANTONIO CUELLO	15112125	
29	FRANCISCO ANTONIO SIMANCA VERTEL	1549942	
30	FRANCISCO MANUEL DIAZ MADERA	6881193	

Diana Marcela Furnieles Zuñiga
Enfermera
Reg 2311.7

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 879805

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 08	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Arteterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 4 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
31	FRANCISCO SIBAJA GUERRA	1066185070	
32	GUSTAVO ADOLFO ALMANZA HOYOS	15038343	
33	JEZRAEL RUBIO MORELO	6856121	
34	JOEL ARTEAGA NIETO	14214716	
35	JORGE ADALBERTO ANAYA LLORENTE	6860176	
36	JUAN BERRIO GONZALEZ	6569657	
37	JUAN MANUEL VARGAS MONTIEL	7461741	
38	JULIO MARTIN GONZALEZ VARGAS	669499	
39	LUIS ALBEIRO CASTRO CASTANO	14957538	
40	LUIS IGNACIO RINCON RAMOS	91209751	

Diana Marcela Furnieles Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

OBJETO A CONTRATAR: "SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 08	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 5 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
41	MANUEL ENRRIQUE DEVARGAS BENITEZ	6584547	
42	MARCOS TULIO COGOLLO SALGADO	6894471	
43	OLEGARIO JOSE ARGUMEDO CORCHO	1538793	
44	OSVALDO REDONDO URINA	7412723	
45	PROCULO DE LA CONCEPCION PERALTA	8214965	
46	ROBINSON JOSE SIERRA RAMIREZ	1067887552	
47	RODRIGO DE JESUS GOMEZ JARAMILLO	70925055	
48	ROGELIO ANTONIO GONZALEZ MACEA	10810280	
49	SIGIFREDO POLICARPO RAMIREZ ALMANZA	6861525	
50	WILFREDO ANTONIO ARRIETA BERRIO	1065012644	

Diana Marcela Furnieles Zuñiga
Enfermera
Reg 23147

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg 879865

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 17 al 18	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Adulto Mayor

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 1 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
01	ANGELA MARIA JIMENEZ CARE	34960133	
02	ARGELIA DE JESUS CONEO VELASQUEZ	34974610	
03	CARMEN ROCIO RUIZ CARE	25806992	
04	CIRA MARIA NEGRETE BULA	1067901836	
05	DORA MEDRANO HERNANDEZ	32201619	
06	DORINA MARIA SIMANCA SIMANCA	34835380	
07	ELCY DEL CARMEN URIBE GOMEZ	34965603	
08	ELVIA ROSA VARGAS VDA. DE NAVARRO	25754468	
09	ERIKA DEL CARMEN GARCIA PETRO	26192144	
10	ERLINDA MARTINEZ MEJIA	26247173	

Diana Marcela Fuentes Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 879905

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 11 al 18	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 2 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
11	HILDA GLORIA PERNETT LORA	34958691	
12	ISABEL MARIA MORALES MAZ	34956395	
13	MAGALIS ELENA SANCHEZ MARQUEZ	25867845	
14	MARGARITA GARCIA SANCHEZ	29152855	
15	PAULINA SOFIA BERBEL MARTINEZ	25756745	
16	TERESA DE JESUS QUIROZ MARIACA	43341760	
17	ABRAHAN OTONIEL MONTES ARCIA	1565502	
18	ADAN ANTONIO DUARTE MONTIEL	6881403	
19	ALVARO AUGUSTO BERROCAL ARGUMEDO	6884175	
20	ANTONIO MARIA SOLANO RODRIGUEZ	6885584	

Dicra Marcela Furnieles Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

Alys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 673905

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

OBJETO A CONTRATAR: "SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 11 al 18	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Foro taller

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 3 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
21	ARCELIO DARIO DIAZ DUEÑAS	6857852	
22	CARLOS ARMANDO CANAVAL NARVAEZ	8303365	
23	CESAR AGUSTO ALTAMIRANDA BARRERA	6855541	
24	CIRICIO ANTONIO DORIA ANDRADE	1539693	
25	FRANCISCO MANUEL RUIZ SOLANO	6871634	
26	EFREN DE JESUS VELASQUEZ ESPINOZA	70069754	
27	ENCARNACION ARNACHE FUENTES	12395260	
28	FRANCISCO ANTONIO CUELLO	15112125	
29	FRANCISCO ANTONIO SIMANCA VERTEL	1549942	
30	FRANCISCO MANUEL DIAZ MADERA	6881193	

FIRMA DEL DIRECTOR

Diana Marcela Turrubiates Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 879905

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 11 al 16	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 4 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
31	FRANCISCO SIBAJA GUERRA	1066185070	
32	GUSTAVO ADOLFO ALMANZA HOYOS	15038343	
33	JEZRAEL RUBIO MORELO	6856121	
34	JOEL ARTEAGA NIETO	14214716	
35	JORGE ADALBERTO ANAYA LLORENTE	6860176	
36	JUAN BERRIO GONZALEZ	6569657	
37	JUAN MANUEL VARGAS MONTIEL	7461741	
38	JULIO MARTIN GONZALEZ VARGAS	669499	
39	LUIS ALBEIRO CASTRO CASTANO	14957538	
40	LUIS IGNACIO RINCON RAMOS	91209751	

Diana Marcela Turriago Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
*Reg. 6739105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

OBJETO A CONTRATAR: "SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 11 al 18	2025		CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 5 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
41	MANUEL ENRRIQUE DEVARGAS BENITEZ	6584547	
42	MARCOS TULIO COGOLLO SALGADO	6894471	
43	OLEGARIO JOSE ARGUMEDO CORCHO	1538793	
44	OSVALDO REDONDO URINA	7412723	
45	PROCULO DE LA CONCEPCION PERALTA	8214965	
46	ROBINSON JOSE SIERRA RAMIREZ	1067887552	
47	RODRIGO DE JESUS GOMEZ JARAMILLO	70925055	
48	ROGELIO ANTONIO GONZALEZ MACEA	10810280	
49	SIGIFREDO POLICARPO RAMIREZ ALMANZA	6861525	
50	WILFREDO ANTONIO ARRIETA BERRIO	1065012644	

Diana Marcela Turriales Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado R.
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Atención Integral

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 1 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
01	ANGELA MARIA JIMENEZ CARE	34960133	
02	ARGELIA DE JESUS CONEO VELASQUEZ	34974610	
03	CARMEN ROCIO RUIZ CARE	25806992	
04	CIRA MARIA NEGRETE BULA	1067901836	
05	DORA MEDRANO HERNANDEZ	32201619	
06	DORINA MARIA SIMANCA SIMANCA	34835380	
07	ELCY DEL CARMEN URIBE GOMEZ	34965603	
08	ELVIA ROSA VARGAS VDA. DE NAVARRO	25754468	
09	ERIKA DEL CARMEN GARCIA PETRO	26192144	
10	ERLINDA MARTINEZ MEJIA	26247173	

Diana Marcela Turiceles Zuniga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 2 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
11	HILDA GLORIA PERNETT LORA	34958691	
12	ISABEL MARIA MORALES MAZ	34956395	
13	MAGALIS ELENA SANCHEZ MARQUEZ	25867845	
14	MARGARITA GARCIA SANCHEZ	29152855	
15	PAULINA SOFIA BERBEL MARTINEZ	25756745	
16	TERESA DE JESUS QUIROZ MARIACA	43341760	
17	ABRAHAN OTONIEL MONTES ARCIA	1565502	
18	ADAN ANTONIO DUARTE MONTIEL	6881403	
19	ALVARO AUGUSTO BERROCAL ARGUMEDO	6884175	
20	ANTONIO MARIA SOLANO RODRIGUEZ	6885584	

Diana Marcela Furnieles Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 3 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
21	ARCELIO DARIO DIAZ DUEÑAS	6857852	
22	CARLOS ARMANDO CANAVAL NARVAEZ	8303365	
23	CESAR AGUSTO ALTAMIRANDA BARRERA	6855541	
24	CIRICIO ANTONIO DORIA ANDRADE	1539693	
25	FRANCISCO MANUEL RUIZ SOLANO	6871634	
26	EFREN DE JESUS VELASQUEZ ESPINOZA	70069754	
27	ENCARNACION ARNACHE FUENTES	12395260	
28	FRANCISCO ANTONIO CUELLO	15112125	
29	FRANCISCO ANTONIO SIMANCA VERTEL	1549942	
30	FRANCISCO MANUEL DIAZ MADERA	6881193	

Diana Aurela Fuentes Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 4 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
31	FRANCISCO SIBAJA GUERRA	1066185070	
32	GUSTAVO ADOLFO ALMANZA HOYOS	15038343	
33	JEZRAEL RUBIO MORELO	6856121	
34	JOEL ARTEAGA NIETO	14214716	
35	JORGE ADALBERTO ANAYA LLORENTE	6860176	
36	JUAN BERRIO GONZALEZ	6569657	
37	JUAN MANUEL VARGAS MONTIEL	7461741	
38	JULIO MARTIN GONZALEZ VARGAS	669499	
39	LUIS ALBEIRO CASTRO CASTANO	14957538	
40	LUIS IGNACIO RINCON RAMOS	91209751	

Diana Marcela Turmes Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799/05

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 5 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
41	MANUEL ENRRIQUE DEVARGAS BENITEZ	6584547	
42	MARCOS TULIO COGOLLO SALGADO	6894471	
43	OLEGARIO JOSE ARGUMEDO CORCHO	1538793	
44	OSVALDO REDONDO URINA	7412723	
45	PROCULO DE LA CONCEPCION PERALTA	8214965	
46	ROBINSON JOSE SIERRA RAMIREZ	1067887552	
47	RODRIGO DE JESUS GOMEZ JARAMILLO	70925055	
48	ROGELIO ANTONIO GONZALEZ MACEA	10810280	
49	SIGIFREDO POLICARPO RAMIREZ ALMANZA	6861525	
50	WILFREDO ANTONIO ARRIETA BERRIO	1065012644	

Diana Marcela Fuentes Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

Ardys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8739105

FIRMA DEL DIRECTOR	FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
01 al 08	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 1 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
01	ANGELA MARIA JIMENEZ CARE	34960133	
02	ARGELIA DE JESUS CONEO VELASQUEZ	34974610	
03	CARMEN ROCIO RUIZ CARE	25806992	
04	CIRA MARIA NEGRETE BULA	1067901836	
05	DORA MEDRANO HERNANDEZ	32201619	
06	DORINA MARIA SIMANCA SIMANCA	34835380	
07	ELCY DEL CARMEN URIBE GOMEZ	34965603	
08	ELVIA ROSA VARGAS VDA. DE NAVARRO	25754468	
09	ERIKA DEL CARMEN GARCIA PETRO	26192144	
10	ERLINDA MARTINEZ MEJIA	26247173	

Diana Marcela Fonseca Enfermera Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz FISIOTERAPEUTA Reg. 6799 05

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 06	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 2 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
11	HILDA GLORIA PERNETT LORA	34958691	
12	ISABEL MARIA MORALES MAZ	34956395	
13	MAGALIS ELENA SANCHEZ MARQUEZ	25867845	
14	MARGARITA GARCIA SANCHEZ	29152855	
15	PAULINA SOFIA BERBEL MARTINEZ	25756745	
16	TERESA DE JESUS QUIROZ MARIACA	43341760	
17	ABRAHAN OTONIEL MONTES ARCIA	1565502	
18	ADAN ANTONIO DUARTE MONTIEL	6881403	
19	ALVARO AUGUSTO BERROCAL ARGUMEDO	6884175	
20	ANTONIO MARIA SOLANO RODRIGUEZ	6885584	

Diana Marcela Turizo Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 08	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 3 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
21	ARCELIO DARIO DIAZ DUEÑAS	6857852	
22	CARLOS ARMANDO CANAVAL NARVAEZ	8303365	
23	CESAR AGUSTO ALTAMIRANDA BARRERA	6855541	
24	CIRICIO ANTONIO DORIA ANDRADE	1539693	
25	FRANCISCO MANUEL RUIZ SOLANO	6871634	
26	EFREN DE JESUS VELASQUEZ ESPINOZA	70069754	
27	ENCARNACION ARNACHE FUENTES	12395260	
28	FRANCISCO ANTONIO CUELLO	15112125	
29	FRANCISCO ANTONIO SIMANCA VERTEL	1549942	
30	FRANCISCO MANUEL DIAZ MADERA	6881193	

FIRMA DEL DIRECTOR

Diana Marcela Medrales Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799/05

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 08	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fortalecimiento

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 4 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
31	FRANCISCO SIBAJA GUERRA	1066185070	
32	GUSTAVO ADOLFO ALMANZA HOYOS	15038343	
33	JEZRAEL RUBIO MORELO	6856121	
34	JOEL ARTEAGA NIETO	14214716	
35	JORGE ADALBERTO ANAYA LLORENTE	6860176	
36	JUAN BERRIO GONZALEZ	6569657	
37	JUAN MANUEL VARGAS MONTIEL	7461741	
38	JULIO MARTIN GONZALEZ VARGAS	669499	
39	LUIS ALBEIRO CASTRO CASTANO	14957538	
40	LUIS IGNACIO RINCON RAMOS	91209751	

Diana Marcela Rincón Zuluaga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 5799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 02 al 08	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 5 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
41	MANUEL ENRRIQUE DEVARGAS BENITEZ	6584547	
42	MARCOS TULIO COGOLLO SALGADO	6894471	
43	OLEGARIO JOSE ARGUMEDO CORCHO	1538793	
44	OSVALDO REDONDO URINA	7412723	
45	PROCULO DE LA CONCEPCION PERALTA	8214965	
46	ROBINSON JOSE SIERRA RAMIREZ	1067887552	
47	RODRIGO DE JESUS GOMEZ JARAMILLO	70925055	
48	ROGELIO ANTONIO GONZALEZ MACEA	10810280	
49	SIGIFREDO POLICARPO RAMIREZ ALMANZA	6861525	
50	WILFREDO ANTONIO ARRIETA BERRIO	1065012644	

Diana Marcela Fuentes Zapata
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 01 al 15	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Actualizacion

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 1 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
01	ANGELA MARIA JIMENEZ CARE	34960133	
02	ARGELIA DE JESUS CONEO VELASQUEZ	34974610	
03	CARMEN ROCIO RUIZ CARE	25806992	
04	CIRA MARIA NEGRETE BULA	1067901836	
05	DORA MEDRANO HERNANDEZ	32201619	
06	DORINA MARIA SIMANCA SIMANCA	34835380	
07	ELCY DEL CARMEN URIBE GOMEZ	34965603	
08	ELVIA ROSA VARGAS VDA. DE NAVARRO	25754468	
09	ERIKA DEL CARMEN GARCIA PETRO	26192144	
10	ERLINDA MARTINEZ MEJIA	26247173	

Diana Marcela Fúneles Zapata
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 11 al 18	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Bienestar

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 2 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
11	HILDA GLORIA PERNETT LORA	34958691	
12	ISABEL MARIA MORALES MAZ	34956395	
13	MAGALIS ELENA SANCHEZ MARQUEZ	25867845	
14	MARGARITA GARCIA SANCHEZ	29152855	
15	PAULINA SOFIA BERBEL MARTINEZ	25756745	
16	TERESA DE JESUS QUIROZ MARIACA	43341760	
17	ABRAHAN OTONIEL MONTES ARCIA	1565502	
18	ADAN ANTONIO DUARTE MONTIEL	6881403	
19	ALVARO AUGUSTO BERROCAL ARGUMEDO	6884175	
20	ANTONIO MARIA SOLANO RODRIGUEZ	6885584	

Diana Marcela Turizo Zapata
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 11 al 18	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 3 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
21	ARCELIO DARIO DIAZ DUEÑAS	6857852	
22	CARLOS ARMANDO CANAVAL NARVAEZ	8303365	
23	CESAR AGUSTO ALTAMIRANDA BARRERA	6855541	
24	CIRICIO ANTONIO DORIA ANDRADE	1539693	
25	FRANCISCO MANUEL RUIZ SOLANO	6871634	
26	EFREN DE JESUS VELASQUEZ ESPINOZA	70069754	
27	ENCARNACION ARNACHE FUENTES	12395260	
28	FRANCISCO ANTONIO CUELLO	15112125	
29	FRANCISCO ANTONIO SIMANCA VERTEL	1549942	
30	FRANCISCO MANUEL DIAZ MADERA	6881193	

Diana Margela Tarrazo Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado R.
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
DEL 11 AL 18	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 4 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
31	FRANCISCO SIBAJA GUERRA	1066185070	
32	GUSTAVO ADOLFO ALMANZA HOYOS	15038343	
33	JEZRAEL RUBIO MORELO	6856121	
34	JOEL ARTEAGA NIETO	14214716	
35	JORGE ADALBERTO ANAYA LLORENTE	6860176	
36	JUAN BERRIO GONZALEZ	6569657	
37	JUAN MANUEL VARGAS MONTIEL	7461741	
38	JULIO MARTIN GONZALEZ VARGAS	669499	
39	LUIS ALBEIRO CASTRO CASTANO	14957538	
40	LUIS IGNACIO RINCON RAMOS	91209751	

Diana Marcela Turizo Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799105

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 11 al 13	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 5 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
41	MANUEL ENRRIQUE DEVARGAS BENITEZ	6584547	
42	MARCOS TULIO COGOLLO SALGADO	6894471	
43	OLEGARIO JOSE ARGUMEDO CORCHO	1538793	
44	OSVALDO REDONDO URINA	7412723	
45	PROCULO DE LA CONCEPCION PERALTA	8214965	
46	ROBINSON JOSE SIERRA RAMIREZ	1067887552	
47	RODRIGO DE JESUS GOMEZ JARAMILLO	70925055	
48	ROGELIO ANTONIO GONZALEZ MACEA	10810280	
49	SIGIFREDO POLICARPO RAMIREZ ALMANZA	6861525	
50	WILFREDO ANTONIO ARRIETA BERRIO	1065012644	

Diana Marcela Turizo Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8709/05

FIRMA DEL DIRECTOR	FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 1 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
01	ANGELA MARIA JIMENEZ CARE	34960133	
02	ARGELIA DE JESUS CONEO VELASQUEZ	34974610	
03	CARMEN ROCIO RUIZ CARE	25806992	
04	CIRA MARIA NEGRETE BULA	1067901836	
05	DORA MEDRANO HERNANDEZ	32201619	
06	DORINA MARIA SIMANCA SIMANCA	34835380	
07	ELCY DEL CARMEN URIBE GOMEZ	34965603	
08	ELVIA ROSA VARGAS VDA. DE NAVARRO	25754468	
09	ERIKA DEL CARMEN GARCIA PETRO	26192144	
10	ERLINDA MARTINEZ MEJIA	26247173	

Diana Marcela Fuentes Tirado
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8709105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 2 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
11	HILDA GLORIA PERNETT LORA	34958691	
12	ISABEL MARIA MORALES MAZ	34956395	
13	MAGALIS ELENA SANCHEZ MARQUEZ	25867845	
14	MARGARITA GARCIA SANCHEZ	29152855	
15	PAULINA SOFIA BERBEL MARTINEZ	25756745	
16	TERESA DE JESUS QUIROZ MARIACA	43341760	
17	ABRAHAN OTONIEL MONTES ARCIA	1565502	
18	ADAN ANTONIO DUARTE MONTIEL	6881403	
19	ALVARO AUGUSTO BERROCAL ARGUMEDO	6884175	
20	ANTONIO MARIA SOLANO RODRIGUEZ	6885584	

Diana Marcela Pacheco Zuñiga
Enfermera
Reg. 231147

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 5799-05

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

OBJETO A CONTRATAR: "SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
DEL 21 al 30	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Asistencia

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 3 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
21	ARCELIO DARIO DIAZ DUEÑAS	6857852	
22	CARLOS ARMANDO CANAVAL NARVAEZ	8303365	
23	CESAR AGUSTO ALTAMIRANDA BARRERA	6855541	
24	CIRICIO ANTONIO DORIA ANDRADE	1539693	
25	FRANCISCO MANUEL RUIZ SOLANO	6871634	
26	EFREN DE JESUS VELASQUEZ ESPINOZA	70069754	
27	ENCARNACION ARNACHE FUENTES	12395260	
28	FRANCISCO ANTONIO CUELLO	15112125	
29	FRANCISCO ANTONIO SIMANCA VERTEL	1549942	
30	FRANCISCO MANUEL DIAZ MADERA	6881193	

Diana Marcela Fuentes Herrera
Reg. 221147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 4 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
31	FRANCISCO SIBAJA GUERRA	1066185070	
32	GUSTAVO ADOLFO ALMANZA HOYOS	15038343	
33	JEZRAEL RUBIO MORELO	6856121	
34	JOEL ARTEAGA NIETO	14214716	
35	JORGE ADALBERTO ANAYA LLORENTE	6860176	
36	JUAN BERRIO GONZALEZ	6569657	
37	JUAN MANUEL VARGAS MONTIEL	7461741	
38	JULIO MARTIN GONZALEZ VARGAS	669499	
39	LUIS ALBEIRO CASTRO CASTANO	14957538	
40	LUIS IGNACIO RINCON RAMOS	91209751	

Diana Marcela Tuirán
Enfermera
Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Irlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

OBJETO A CONTRATAR: "SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Del 21 al 30	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	

BENEFICIARIOS CENTRO Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO (PAGINA 5 DE 5)

No.	NOMBRE COMPLETO	No. IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y/O HUELLA
41	MANUEL ENRRIQUE DEVARGAS BENITEZ	6584547	
42	MARCOS TULIO COGOLLO SALGADO	6894471	
43	OLEGARIO JOSE ARGUMEDO CORCHO	1538793	
44	OSVALDO REDONDO URINA	7412723	
45	PROCULO DE LA CONCEPCION PERALTA	8214965	
46	ROBINSON JOSE SIERRA RAMIREZ	1067887552	
47	RODRIGO DE JESUS GOMEZ JARAMILLO	70925055	
48	ROGELIO ANTONIO GONZALEZ MACEA	10810280	
49	SIGIFREDO POLICARPO RAMIREZ ALMANZA	6861525	
50	WILFREDO ANTONIO ARRIETA BERRIO	1065012644	

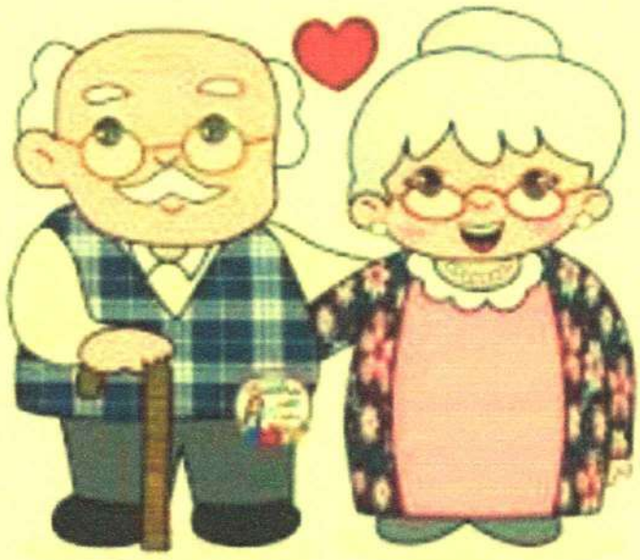
Enfermera Reg. 231147

FIRMA DEL DIRECTOR

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

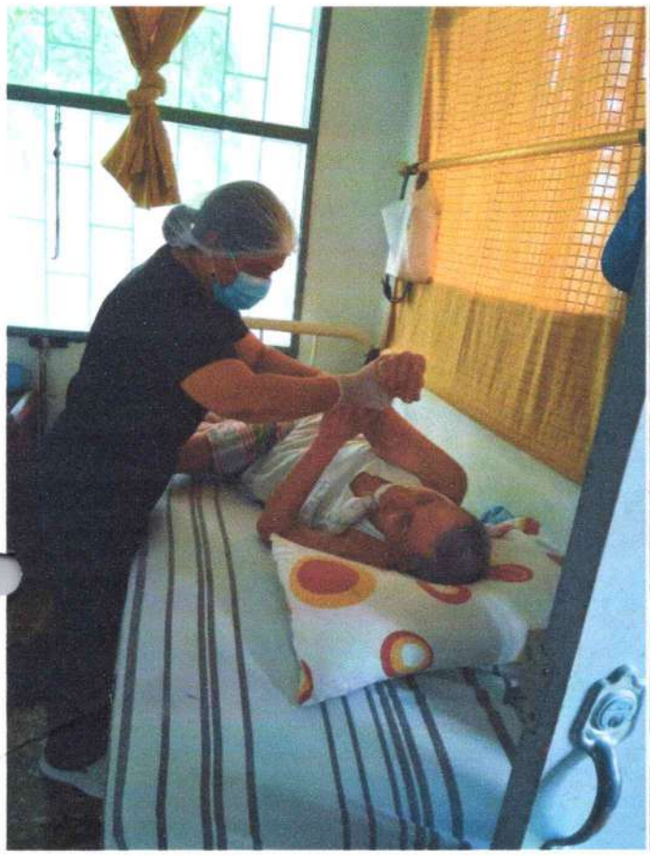
FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO:

CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025
NIT. 901937936-9

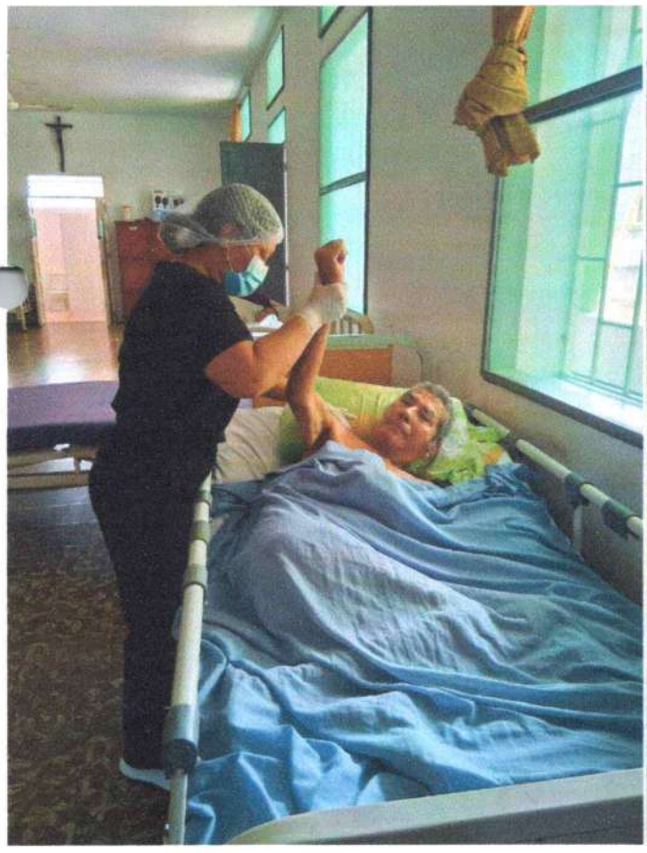


CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
No. LP-SGM-005-2025

ANEXO # 47









CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

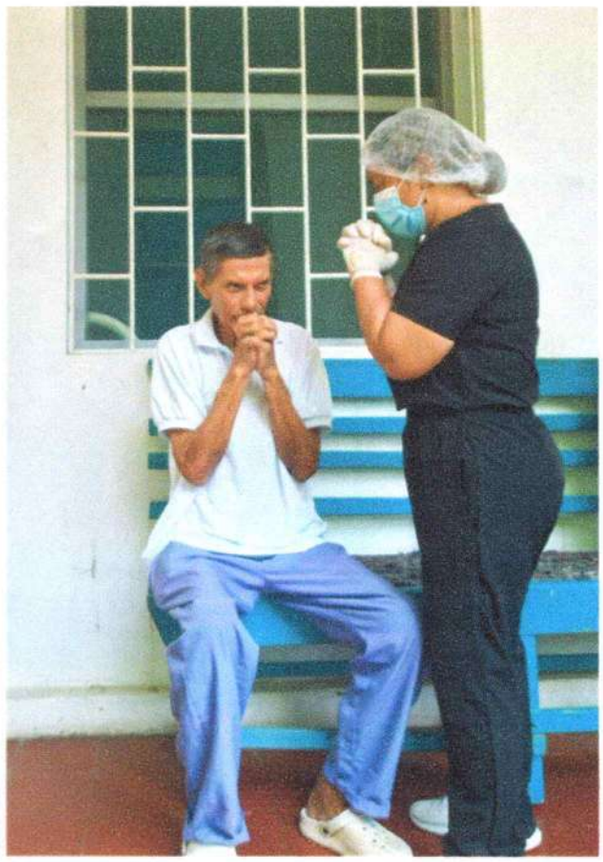
Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

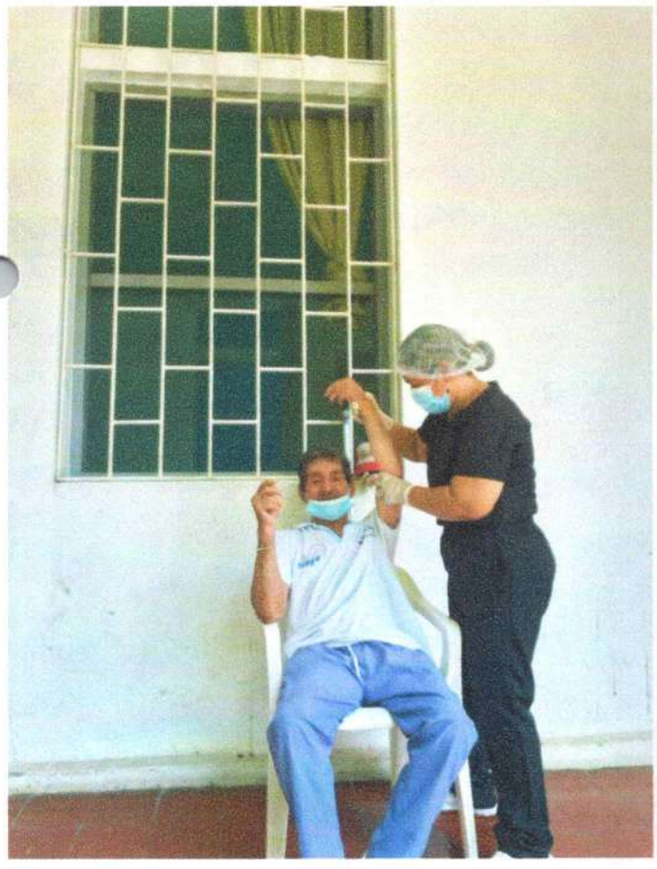
"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

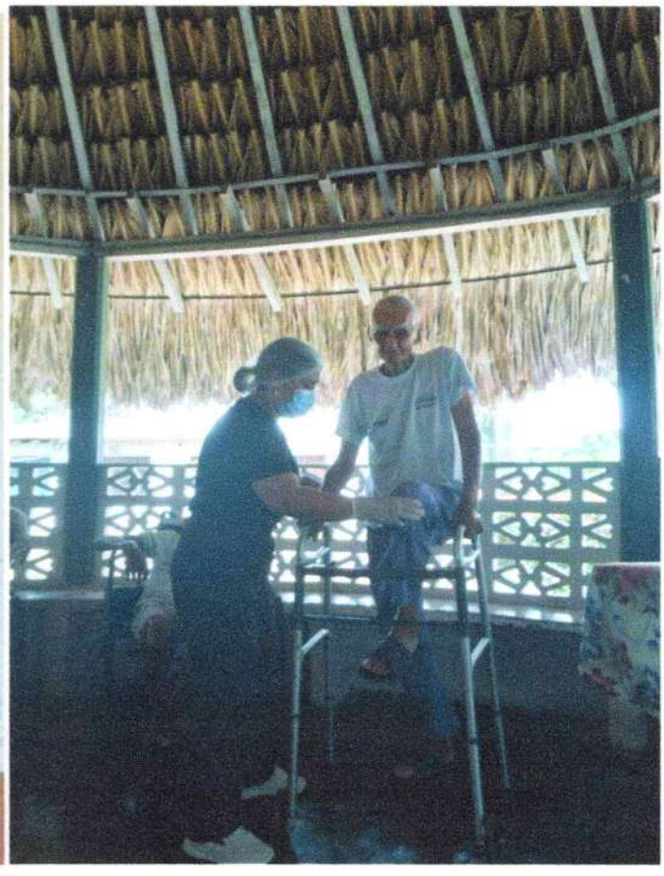
CONTRATISTA: CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025

FORMATO: EVIDENCIA FOTOGRAFIA









CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

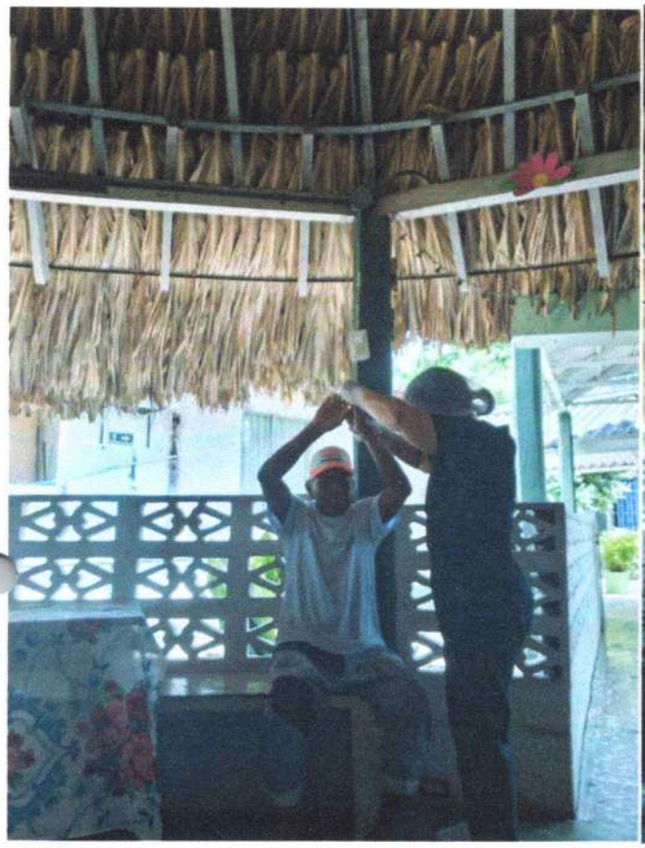
Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

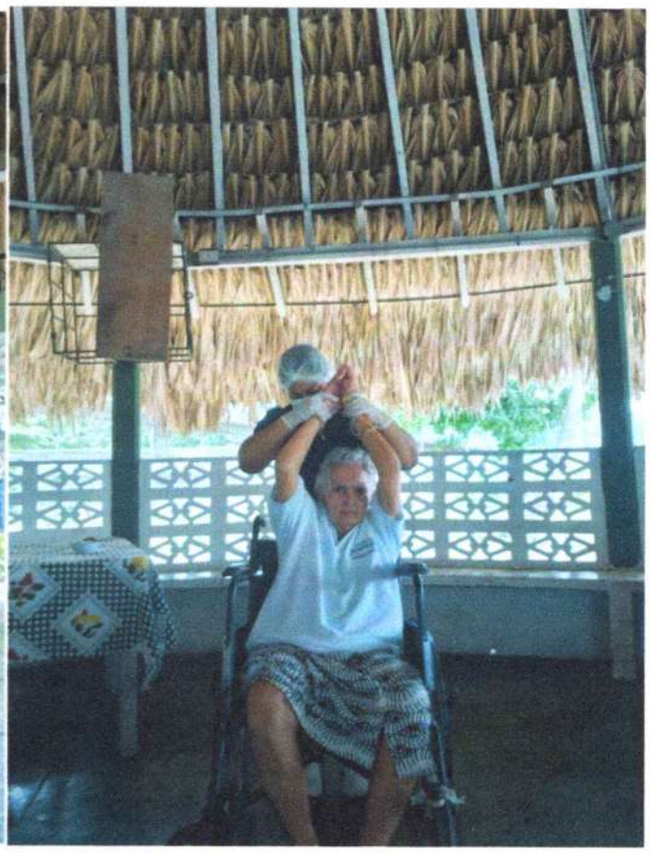
"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

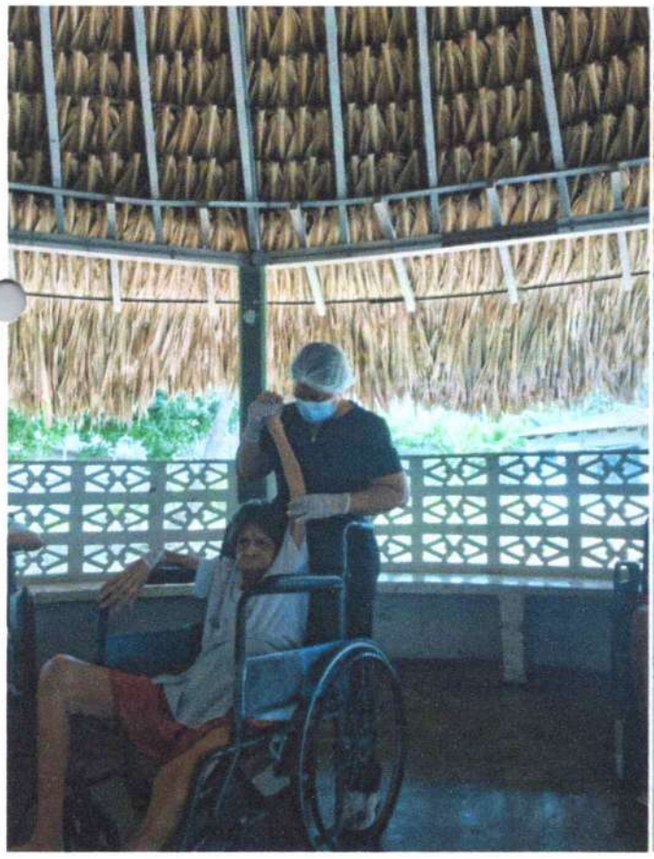
CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025

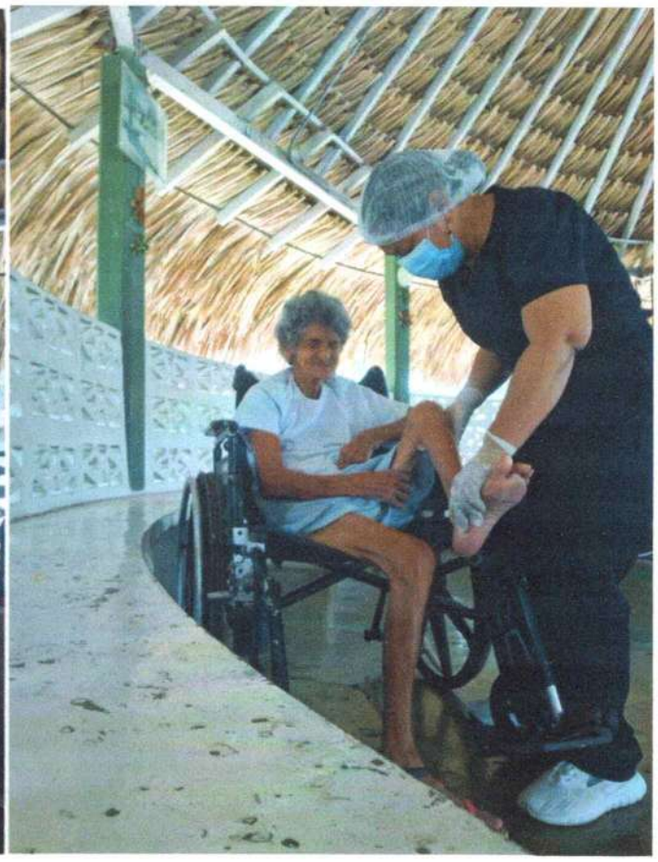
CONTRATISTA: CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025

FORMATO: EVIDENCIA FOTOGRAFIA

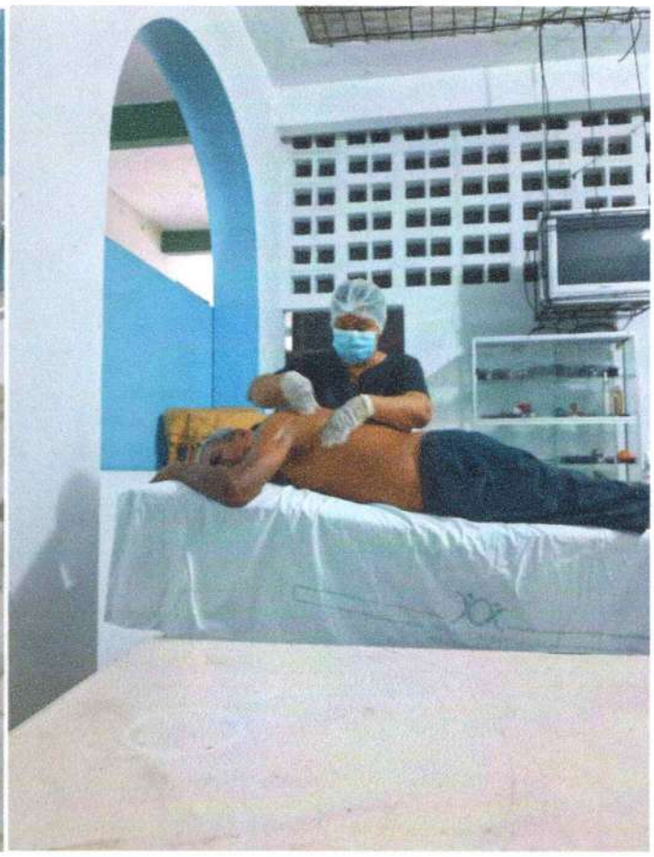


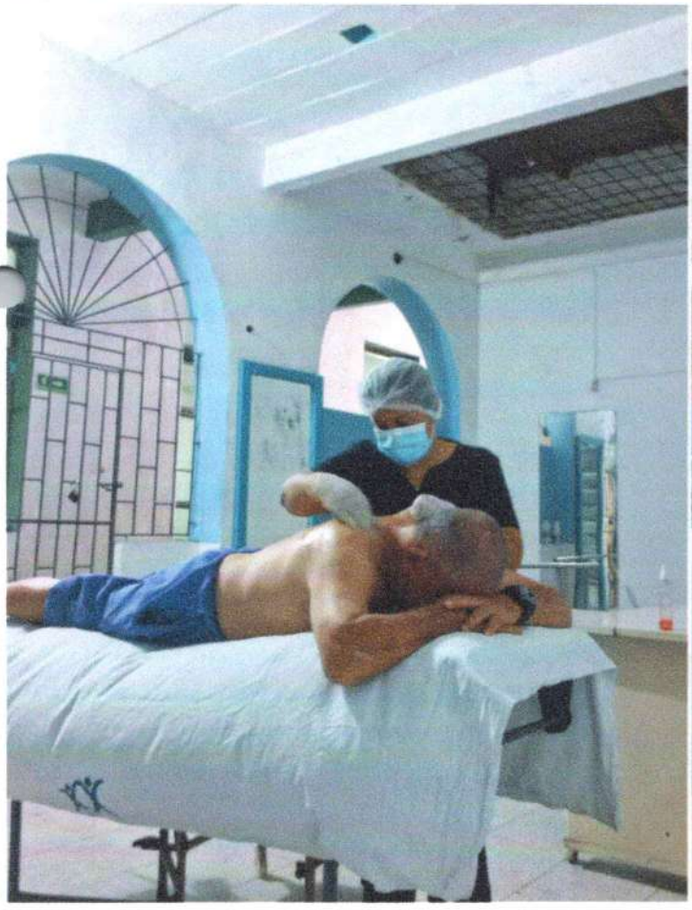


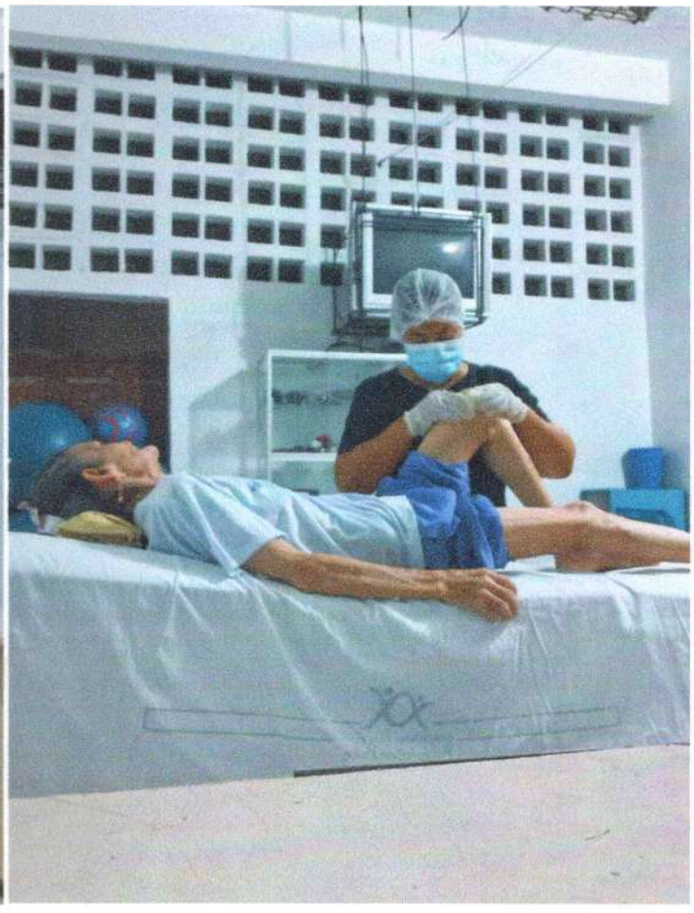


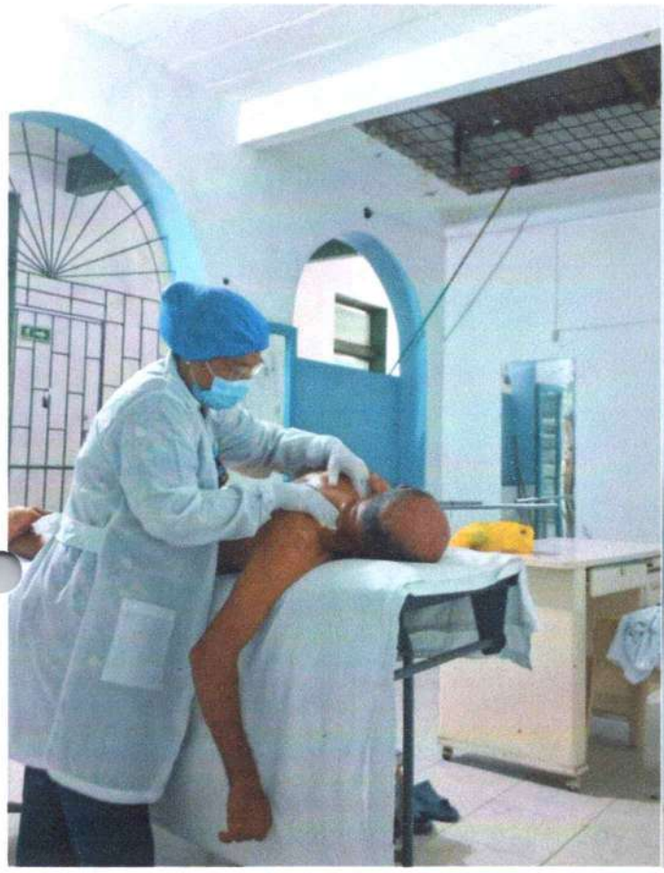




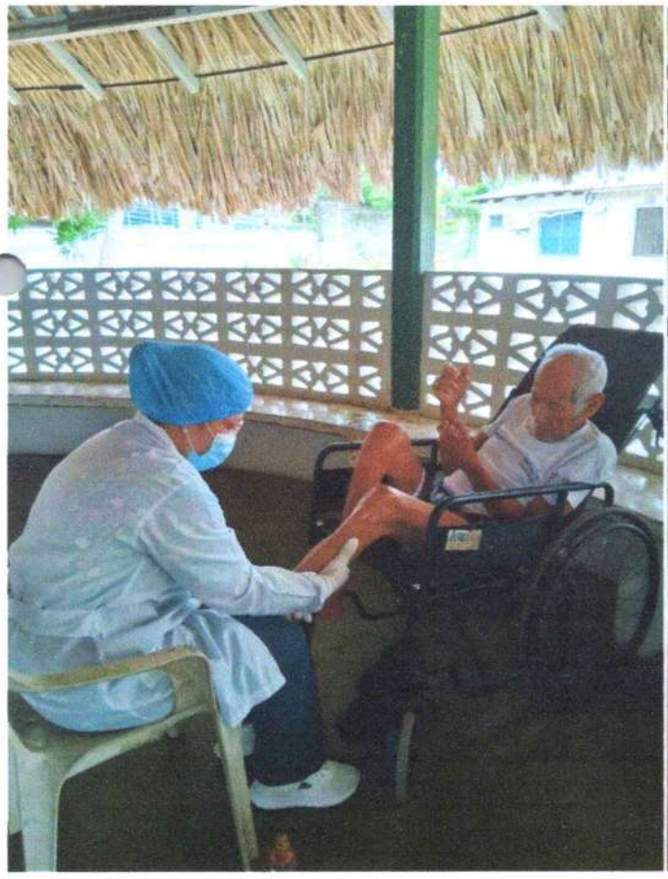




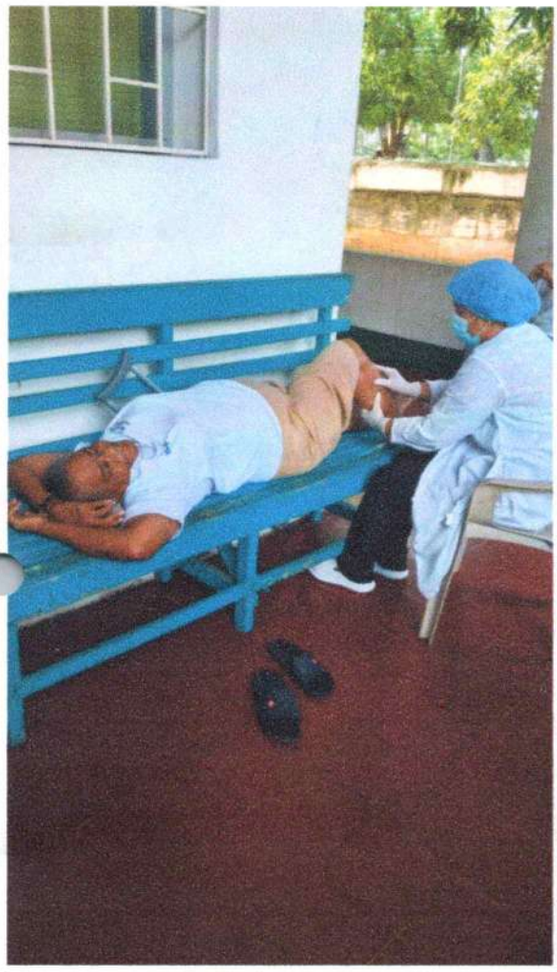


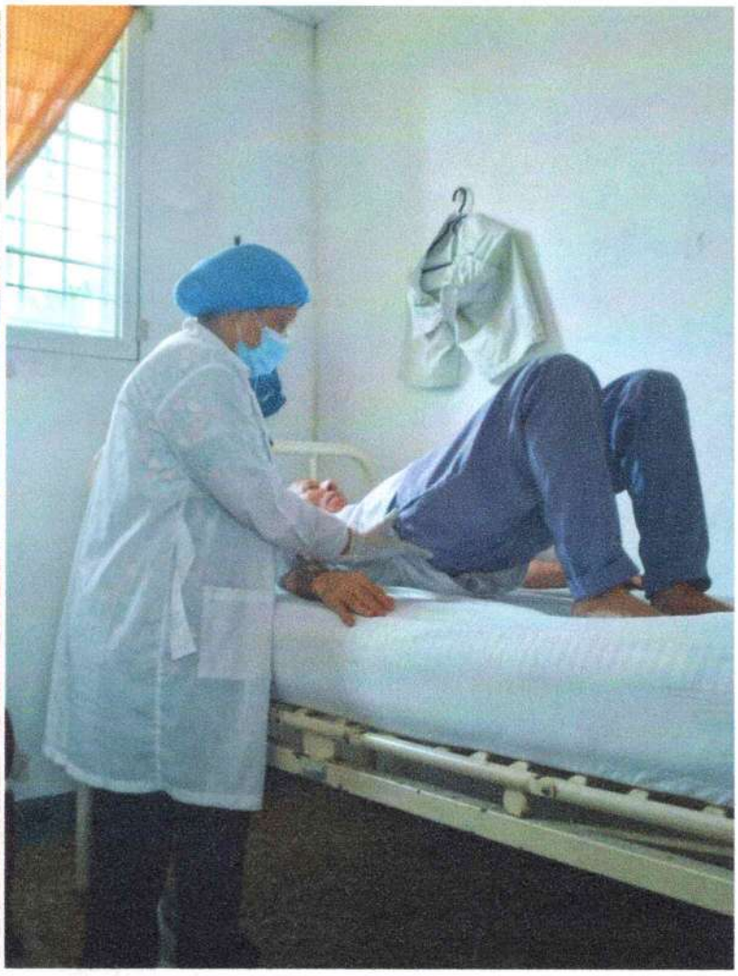


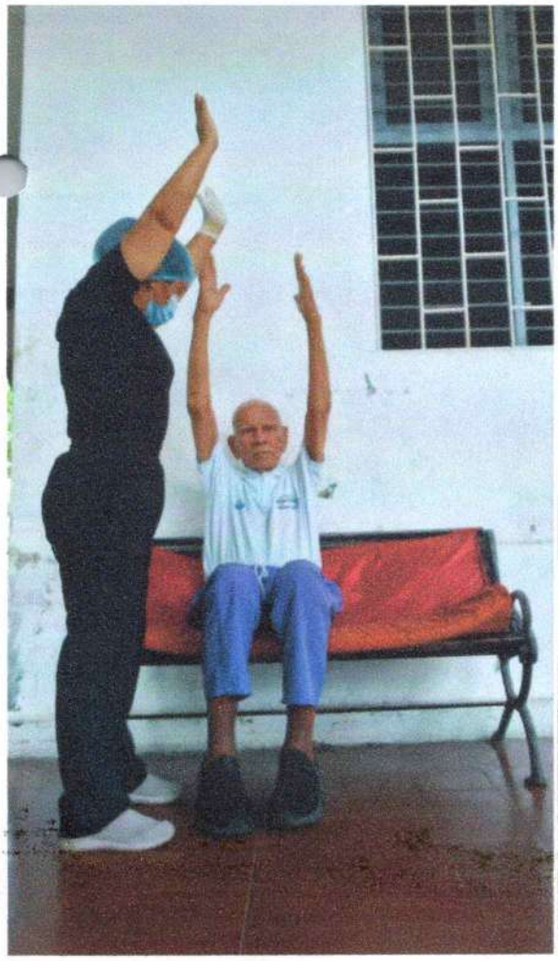




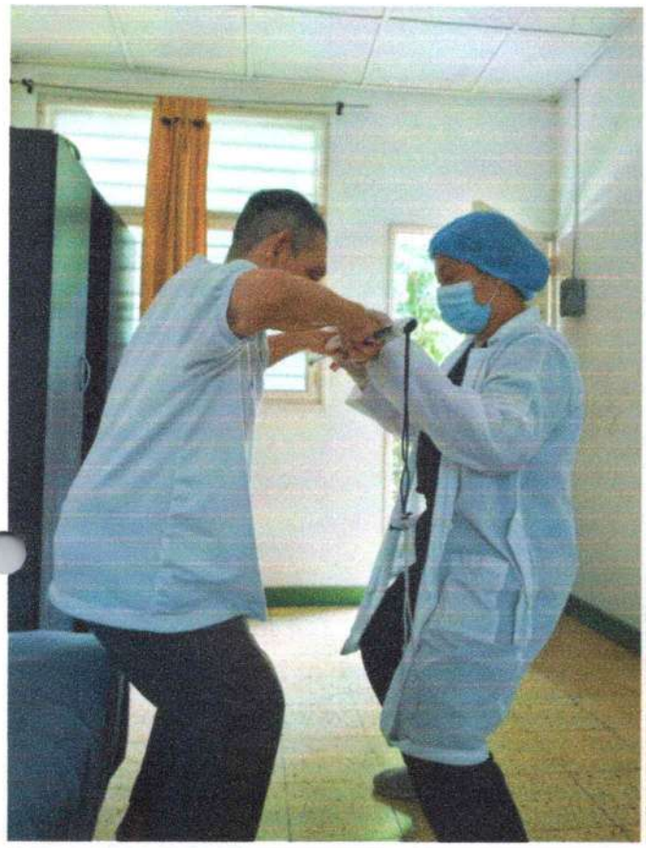


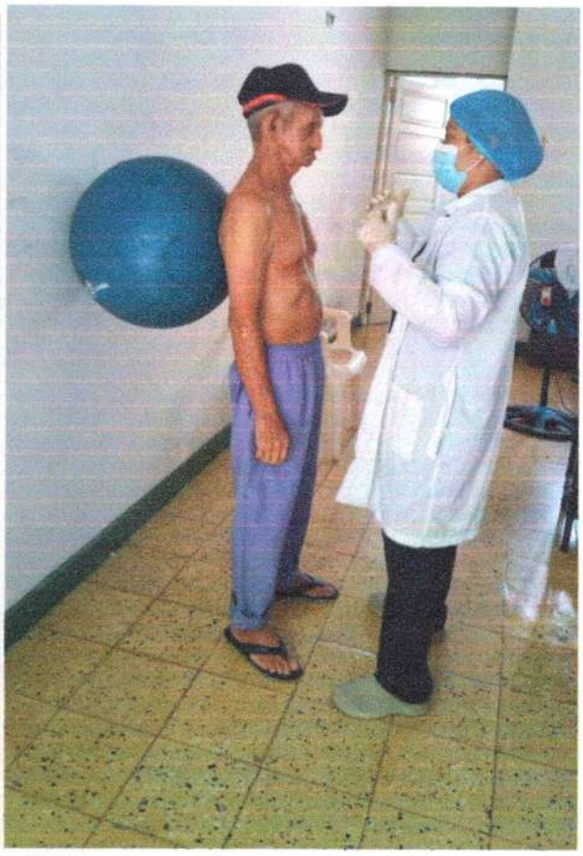


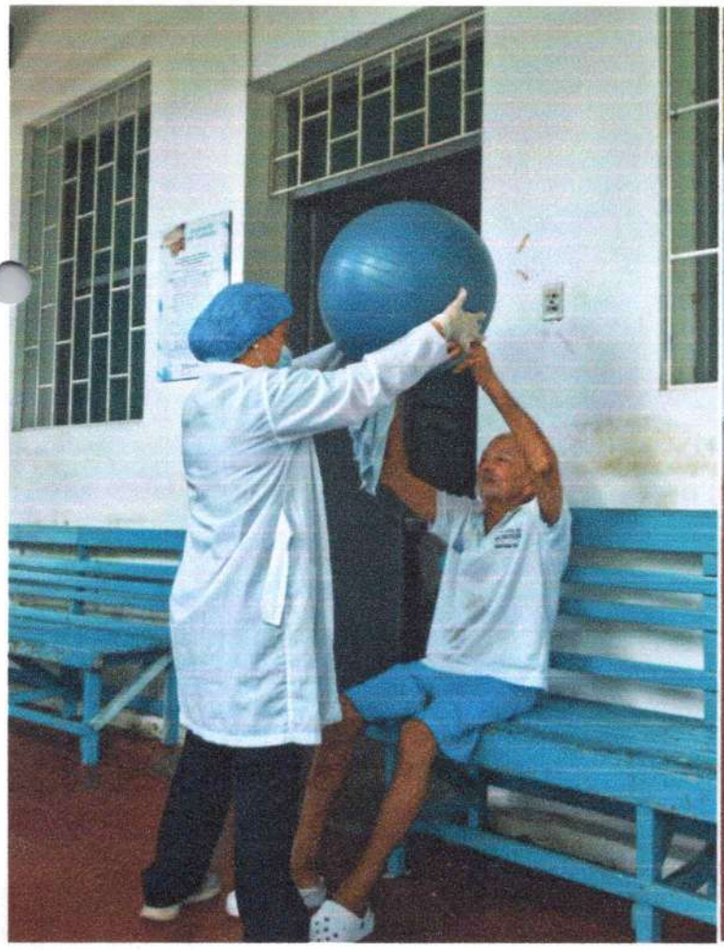


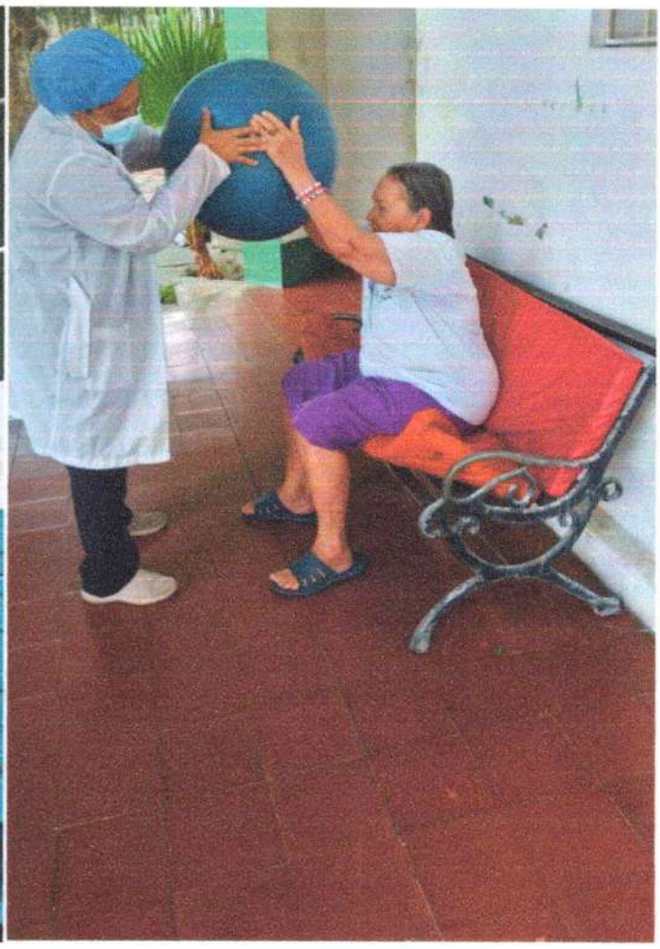




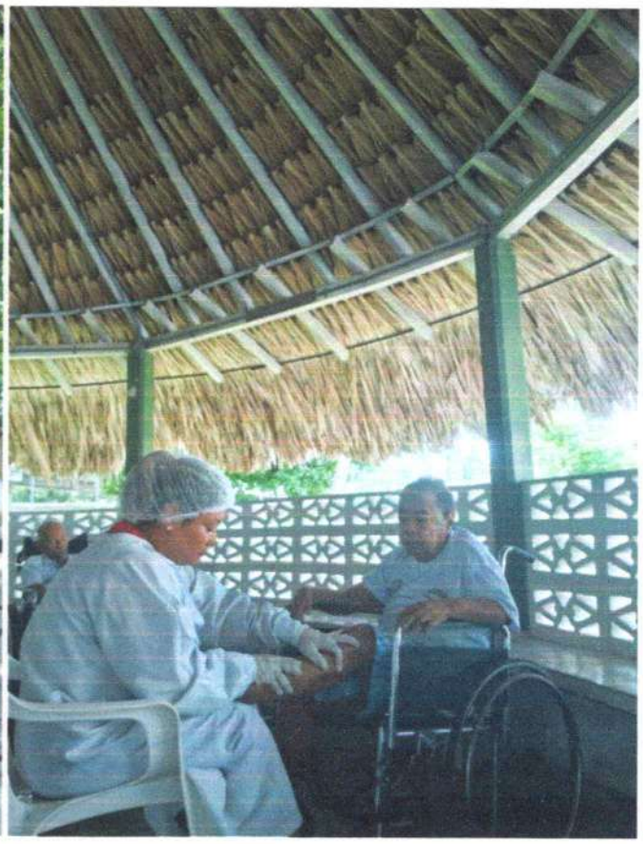












CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025
NIT. 901937936-9



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
No. LP-SGM-005-2025

ANEXO # 48

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FORMATO DE REVALORACIÓN POR REHABILITACION FISICA (FICHA DE SEGUIMIENTO)

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angela María Jimenez Cano

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34 960 133 **EDAD:** 81 años **SEXO:** femenino

II. DOLOR

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor lumbar y miembros inferiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

III. EVALUACION MUSCULAR ***(La fuerza del paciente esta graduada en una escala de 0 a 5)***

CUELLO: 2	**TRONCO:** 2
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO:** 3
MIEMBRO INFERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO:** 2

IV. VALORACION DEL TONO MUSCULAR

HIPOTONIA **LEVE ( )** **MODERADA( )** **SEVERA( )**	**HIPERTONIA** **LEVE( )** **MODERADA( )** **SEVERA( )**	**NORMAL** X

V. VALORACION DE LA MARCHA

LIBRE: X	**CLAUDICANTE:**	**ESPASTICA:**	**ATAXICA:**	**OTRAS:** Semi.

VI. TRASLADOS

INDEPENDIENTE: Con apoyo ocasional.

CON AYUDAS:

EN SILLA DE RUEDAS:

OTRAS OBSERVACIONES:

Se debe hacer seguimiento para evidenciar y prevenir cambios en patrón de marcha por factores como dolor y debilidad muscular.

Arlys C. Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 0799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Amyla María Jiménez Coll

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34.960.133 **EDAD:** 81 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor lumbar y miembros inferiores.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 ✓	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Se inicia sesion con ejercicios asistidos y dirigidos en miembros superiores e inferiores para mantener y mejorar rangos de movilidad articular. Responde favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angela María Jimenez Cave

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34960.133 **EDAD:** 81 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor lumbar y miembros inferiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realizo masaje relajativo en region lumbar y miembros inferiores con el fin de disminuir dolor muscular. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angelia de Jesús Cones Velasquez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34974610 **EDAD:** 80 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular miembros inferiores - Mialgias

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino se le realiza ejercicios activos, asistidos y dirigidos en miembros superiores e inferiores para mantener y mejorar rangos articulares - Responde favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angelo María Jimenez Cara

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34960132 **EDAD:** 81 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor lumbar - Mialgias.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino a quien se le realiza masaje relajante en miembros inferiores con el fin de conseguir relajación y disminuir dolor. Respondió favorablemente.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 1799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisio Lopez

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angela María Jimenez Lora

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34 960 133 **EDAD:** 81 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

HIGIENE POSTURAL:

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realiza ejercicios de estiramiento y portalecimiento con el fin de mejorar higiene postural, reducir dolor y prevenir lesiones. Respondió favorablemente a la actividad

Ardys Delgado R.

Ardys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 878965

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FORMATO DE REVALORACIÓN POR REHABILITACION FISICA (FICHA DE SEGUIMIENTO)

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angelica de Jesús Lopez Velasquez.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34.974.610 **EDAD:** 80 años **SEXO:** femenino

II. DOLOR

DOLOR PRINCIPAL:

Miembros inferiores - Mialgias.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2X	3	4	5	6	7	8	9	10

III. EVALUACION MUSCULAR ***(La fuerza del paciente esta graduada en una escala de 0 a 5)***

CUELLO: 3	**TRONCO:** 3
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: 3	**MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO:** 2
MIEMBRO INFERIOR DERECHO: 3	**MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO:** 2

IV. VALORACION DEL TONO MUSCULAR

HIPOTONIA	HIPERTONIA	NORMAL
LEVE ( ) MODERADA( ) SEVERA( )	LEVE( ) MODERADA( ) SEVERA( )	X

V. VALORACION DE LA MARCHA

LIBRE:	CLAUDICANTE:	ESPASTICA:	ATAXICA:	OTRAS:
X				Senil

VI. TRASLADOS

INDEPENDIENTE: X

CON AYUDAS:

EN SILLA DE RUEDAS:

OTRAS OBSERVACIONES:

Se observan cambios significativos en la postura y patrón de la marcha. Se realizará seguimiento.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angelica de Jesús Conto Velasquez.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34.974.610 **EDAD:** 80 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Miembros inferiores - Mialgias.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Se inicia sesión con ejercicios pasivo-asistidos en miembros superiores e inferiores y ejercicios activos libres para mejoras rangos articulares y disminuir dolor. Respondió favorablemente.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 0799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angelica de Jesús Lopez Velasquez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34.974.610 **EDAD:** 80 años **SEXO:** femenino.

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Miembros inferiores - Mialgias.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2X	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realiza masaje sedativo en miembros inferiores con el fin de disminuir dolor y portacer musculos comprometidos. Responde favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799/15

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angelica María Jiménez Core

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34960132 **EDAD:** 81 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor lumbar _ M. embros superiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Se realizan ejercicios asistidos y dirigidos al adulto mayor femenino en miembros superiores e superiores para mantener rangos articulares y disminuir dolor articular. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 87991105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Angelica de Jesús Lopez Velasquez.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34974610 **EDAD:** 80 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor miembros inferiores – Mialgias.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realiza masaje relativo en miembros inferiores con el fin de reducir dolor y la tensión muscular. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg 6799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Argelia de Jesús Coneo Villanueva

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34974610 **EDAD:** 80 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

HIGIENE POSTURAL:

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realizó ejercicios posturales con el fin de mejorar movilidad y mejorar calidad de vida en general. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FORMATO DE REVALORACIÓN POR REHABILITACION FISICA (FICHA DE SEGUIMIENTO)

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Carmen Rocio Ruiz Care

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25.806.992 **EDAD:** 66 años **SEXO:** femenino

II. DOLOR

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular - Miembros inferiores y zona lumbar.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				X							

III. EVALUACION MUSCULAR ***(La fuerza del paciente esta graduada en una escala de 0 a 5)***

CUELLO: 3	**TRONCO:** 2
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: 3	**MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO:** 2
MIEMBRO INFERIOR DERECHO: 3	**MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO:** 2

IV. VALORACION DEL TONO MUSCULAR

HIPOTONIA	HIPERTONIA	NORMAL
LEVE ( ) MODERADA( ) SEVERA( )	LEVE( ) MODERADA( ) SEVERA( )	X

V. VALORACION DE LA MARCHA

LIBRE:	CLAUDICANTE:	ESPASTICA:	ATAXICA:	OTRAS:
X				Sonal.

VI. TRASLADOS

INDEPENDIENTE:

CON AYUDAS: X

EN SILLA DE RUEDAS:

OTRAS OBSERVACIONES:

Se observa dificultad para iniciar la marcha, utiliza muleta como apoyo ya que hay alteración de la movilidad y del equilibrio.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 5799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Carmen Rocio Ruiz Core

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25.806.992 **EDAD:** 66 años **SEXO:** femenino.

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular - miembros inferiores y región lumbar.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Se inicia sesión con ejercicios pasivo - asistidos en miembros inferiores y ejercicios libres y dirigidos en miembros superiores y tronco.
Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6759105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Carmen Rocio Ruiz Cabe

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25.806 992 **EDAD:** 66 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular - Miembros inferiores y región lumbar.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realiza masaje sedativo en región lumbar y miembros inferiores con el fin de disminuir dolor y disminuir tensión muscular. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Carmen Rocio Ruiz Cure

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25806992 **EDAD:** 66 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular miembros superiores y zona lumbar.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino se le realizan ejercicios asistidos, libres y dirigidos con el fin de mejorar su calidad de vida mejorando equilibrio y fuerza muscular. Respondió favorablemente a la actividad.

Ardys Delgado R.

Ardys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Carmen Rocio Ruiz Cole

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25806992 **EDAD:** 66 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor adductor miembros inferiores y zona lumbar.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realiza masaje sedativo en zona lumbar y miembros inferiores con el fin de mejorar movilidad y flexibilidad. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg 5799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Carmen Rocio Ruiz Lare

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25806992 **EDAD:** 66 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

HIGIENE POSTURAL:

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realizó ejercicios de alineación corporal con el fin de disminuir tensión muscular y articular de espalda, cuello y otras zonas del cuerpo. Respondió favorablemente.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FORMATO DE REVALORACIÓN POR REHABILITACION FISICA (FICHA DE SEGUIMIENTO)

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Ciria María Negrete Bula.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 100.790.1836 **EDAD:** 75 años **SEXO:** femenino.

II. DOLOR

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular miembros superiores e inferiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			X								

III. EVALUACION MUSCULAR ***(La fuerza del paciente esta graduada en una escala de 0 a 5)***

CUELLO: 2	**TRONCO:** 2
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO:** 2
MIEMBRO INFERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO:** 2

IV. VALORACION DEL TONO MUSCULAR

HIPOTONIA	HIPERTONIA	NORMAL
LEVE ( ) MODERADA( ) SEVERA( )	LEVE( ) MODERADA( ) SEVERA( )	X

V. VALORACION DE LA MARCHA

LIBRE:	CLAUDICANTE:	ESPASTICA:	ATAXICA:	OTRAS: Senil.

VI. TRASLADOS

INDEPENDIENTE:

CON AYUDAS:

EN SILLA DE RUEDAS: X

OTRAS OBSERVACIONES:

Se observa disminución de la movilidad y debilidad muscular. se hará seguimiento para potenciar musculatura comprometida.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Rehabilitación

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Cira María Negrete Bula

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 106.790.1836 **EDAD:** 75 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular miembros superiores e inferiores.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2X	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Se realiza movilización pasivo-asistida en miembros superiores e inferiores para disminuir dolor y mejorar y mantener rangos articulares. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Cira María Negrete Bula

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1069901836 **EDAD:** 75 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articulas miembros superiores e inferiores.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realiza masaje relativo en miembros superiores e inferiores con el fin de relajar músculos comprometidos por el dolor. Respondió favorablemente.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 379305

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Ciro María Negrete Bula

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10679018 36 **EDAD:** 75 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular miembros superiores e inferiores.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino se le realiza ejercicios asistidos en miembros superiores e inferiores con el fin de mantener y aumentar rangos articulares y disminuir dolor. Respondio favorablemente.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Eva María Negrete Bula

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1064901836 **EDAD:** 75 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular miembros superiores e inferiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino se le realiza masaje relajante en miembros inferiores con el fin de reducir dolor y reducir tensión muscular. Respondió favorablemente.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Cira María Negrete Bula

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1067901836 **EDAD:** 75 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

HIGIENE POSTURAL:

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realizó ejercicios de estiramiento con el fin de reducir el riesgo de lesiones a nivel de columna, reducir dolor y mejorar movilidad. Respondió favorablemente.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg: 6729/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FORMATO DE REVALORACIÓN POR REHABILITACION FISICA (FICHA DE SEGUIMIENTO)

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dora Medrano Hernandez.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 32201619 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. DOLOR

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor miembros superiores - Mialgias.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

III. EVALUACION MUSCULAR ***(La fuerza del paciente esta graduada en una escala de 0 a 5)***

CUELLO: 2	**TRONCO:** 2
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO:** 3
MIEMBRO INFERIOR DERECHO: 3	**MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO:** 3

IV. VALORACION DEL TONO MUSCULAR

HIPOTONIA	HIPERTONIA	NORMAL
LEVE ( ) MODERADA( ) SEVERA( )	LEVE( ) MODERADA( ) SEVERA( )	X

V. VALORACION DE LA MARCHA

LIBRE: X	CLAUDICANTE:	ESPASTICA:	ATAXICA:	OTRAS: Seni.

VI. TRASLADOS

INDEPENDIENTE: Con guía por problemas visuales.

CON AYUDAS:

EN SILLA DE RUEDAS:

OTRAS OBSERVACIONES:

Adulto mayor con alteración de la marcha por problemas visuales. Se realiza seguimiento.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dora Medrano Hernandez.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 32201619 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor Miembros superiores - Mialgias

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Se inicia sesión con ejercicios asistidos en miembros superiores e inferiores para mejorar y mantener rangos de movilidad articulas y disminución de dolor. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	05	25	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dora Mediano Hernandez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 32201619 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor miembros superiores - Mialgias.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 ✓	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realiza masaje relativo en miembros superiores e inferiores con el fin de lograr relajamiento muscular y disminuir dolor.
Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8790165

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dora Medrano Hernandez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 32201619 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor miembros superiores - M/s abajos

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realizo ejercicios asistidos y dirigidos con el fin de mejorar fuerza muscular, equilibrio y flexibilidad. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Doña Mariana Hernandez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 32 201 619 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor miembros superiores - Mialgia

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2 X	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realiza masaje relajante de miembros inferiores y superiores con el fin de mejorar circulación sanguínea y linfática. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
21	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dora Medrano Hernandez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 32201619 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

HIGIENE POSTURAL:

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realizó ejercicios para mejorar higiene postural por medio de alineación corporal en diferentes planos y ejes. Respondió favorablemente a las actividades.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg 8793/03

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FORMATO DE REVALORACIÓN POR REHABILITACION FISICA (FICHA DE SEGUIMIENTO)

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dorina María Simanca Simanca

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34835380 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. DOLOR

DOLOR PRINCIPAL:

Mialgias - zona lumbar y miembros inferiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				X							

III. EVALUACION MUSCULAR *(La fuerza del paciente esta graduada en una escala de 0 a 5)*

CUELLO: 3	**TRONCO:** 2
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO:** 2
MIEMBRO INFERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO:** 2

IV. VALORACION DEL TONO MUSCULAR

HIPOTONIA	HIPERTONIA	NORMAL
LEVE ( ) MODERADA( ) SEVERA( )	LEVE( ) MODERADA( ) SEVERA( )	X

V. VALORACION DE LA MARCHA

LIBRE:	CLAUDICANTE:	ESPASTICA:	ATAXICA:	OTRAS: Senil.

VI. TRASLADOS

INDEPENDIENTE:

CON AYUDAS:

EN SILLA DE RUEDAS: X

OTRAS OBSERVACIONES:

Adulto mayor refiere factores que influyen en la marcha como dolor, debilidad por lo tanto esto genera cambios en la postura y dificultad iniciar marcha.

Arlys Delgado R.
FISIOTERAPEUTA
Reg: 8739105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dorina María Simanca Simanca

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34.835.380 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Mialgias - zona lumbar y miembros inferiores.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Se inicia sesión con ejercicios asistidos en miembros inferiores y superiores con el fin de mejorar independencia funcional, movilidad, fuerza y equilibrio. Respondió poco a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
22	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dorina María Simanca Simanca.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34.835.380 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Mialgias - zona lumbar y miembros inferiores.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realiza masaje relativo en espalda y miembros inferiores con el fin de reducir dolor y tensión muscular. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799.05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dorina Maria Simancas Simancas

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34835380 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Molestias y dolor articular miembros inferiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realiza ejercicios activos y dirigidos con el fin de mejorar su calidad de vida aumentando rangos articulares y movilidad. Responde favorablemente a la actividad

Arlys Delgado R

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 879805

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dorina Maria Simanca Simanca

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34 835 380 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Mialgias y dolor articular miembros inferiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realiza masaje relajante en zona lumbar y miembros inferiores con el fin de reducir dolor y disminuir tensión muscular. Respondió favorablemente.

Arlys Delgado R

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
22	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Dorina Maria Simanca Simanca

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34835380 **EDAD:** 85 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

HIGIENE POSTURAL:

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realiza ejercicios de alineación corporal con el fin de mejor higiene postural, mayor movilidad y flexibilidad. Responde favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799165

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	fisioterapia

FORMATO DE REVALORACIÓN POR REHABILITACION FISICA (FICHA DE SEGUIMIENTO)

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Elcy Del Carmen Uribe Gómez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34965603 **EDAD:** 92 años **SEXO:** femenino

II. DOLOR

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular - Mialgias región lumbar - miembros inf.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				X							

III. EVALUACION MUSCULAR ***(La fuerza del paciente esta graduada en una escala de 0 a 5)***

CUELLO: 3	**TRONCO:** 2
MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO:** 2
MIEMBRO INFERIOR DERECHO: 2	**MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO:** 2

IV. VALORACION DEL TONO MUSCULAR

HIPOTONIA	HIPERTONIA	NORMAL
LEVE ( ) MODERADA( ) SEVERA( )	LEVE( ) MODERADA( ) SEVERA( )	X

V. VALORACION DE LA MARCHA

LIBRE:	CLAUDICANTE:	ESPASTICA:	ATAXICA:	OTRAS: Seud.

VI. TRASLADOS

INDEPENDIENTE:

CON AYUDAS:

EN SILLA DE RUEDAS: X

OTRAS OBSERVACIONES:

Adulto mayor con dificultad para la marcha por debilidad y dolor articular. Se recomienda seguimiento.

Arlys Delgado R

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 079405

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Elcy Del Carmen Uribe Gómez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34 965 603 **EDAD:** 72 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular, mialgias - Región lumbar - Miembros superiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Se inicia sesión con ejercicios pasivo - asistidos en miembros superiores e inferiores para disminuir dolor y mantener y aumentar rangos articulares. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
22	05	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Eley Del Carmen Uribe Gómez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34965603 **EDAD:** 72 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular - Osialgias región lumbar, miembros superiores

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Se realiza masaje sedativo en miembros superiores e inferiores para disminuir dolor y lograr relajación general del adulto mayor. Responde favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6794/05

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
02	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN POR REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Elsy del Carmen Uribe Coiro

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34965603 **EDAD:** 72 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular - Miembros inferiores

ESCALA VISUAL ANALÓGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

EJERCICIOS:	ACTIVO	ASISISTIDO	DIRIGIDO

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realizó ejercicios asistidos y dirigidos con el fin de mejorar flexibilidad, aumentar fuerza muscular y mejorar equilibrio en diferentes posiciones. Responsó regularmente a la actividad.

Arlys Delgado R.
Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 6799105

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
11	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Masajes

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Elsy del Carmen Uribe Gómez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34965603 **EDAD:** 72 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

DOLOR PRINCIPAL:

Dolor articular - Mialgias Región lumbar.

ESCALA VISUAL ANALOGICA: EVA, SIN DOLOR ES 0 PERO DOLOR POSIBLE ES 10

NO VALORADO	0	1	2	3 X	4	5	6	7	8	9	10

MASAJE

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realizó masaje relativo en zona lumbar y miembros inferiores con el fin de reducir dolor. Respondió favorablemente.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg. 679305

FIRMA DEL PROFESIONAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR No. LP-SGM-005-2025

Alcaldía de MONTERÍA
GESTIÓN SOCIAL

"SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL DIRIGIDA AL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO VIDA Y BIENESTAR PERPETUO SOCORRO EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA"

DIA	MES	AÑO	CONTRATISTA:	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
22	06	2025	CONSORCIO PERPETUO SOCORRO 2025	Fisioterapia

FICHA DE INTERVENCIÓN REHABILITACION FISICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: Eloy del Carmen Uribe Gómez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34965603 **EDAD:** 72 años **SEXO:** femenino

II. NOTA DE INTERVENCIÓN

HIGIENE POSTURAL:

OBSERVACIONES:

Adulto mayor femenino, se le realizó ejercicios de fortalecimiento muscular, flexibilidad y movilidad articular en general. Respondió favorablemente a la actividad.

Arlys Delgado R.

Arlys Delgado Ruiz
FISIOTERAPEUTA
Reg: 8799105

FIRMA DEL PROFESIONAL