El SUPERVISOR DE CONTRATO

C E R T I F I C A

Que de conformidad con el Contrato No. **CO1.PCCNTR.8359319 del 24 de septiembre de 2025** con número de certificado de registro presupuestal SIIF 40525 de fecha 24 de septiembre de 2025 suscrito con **MEDICED IPS S.A.S**, identificado con NIT No. 901150492-1, cuyo objeto es "Contratar el servicio integral de Neurorrehabilitación para beneficiarios que presenten parálisis cerebral mixta, con retraso global del neurodesarrollo, riesgo moderado de caída y servicios de atención domiciliaria, (terapias físicas, de lenguaje, ocupacionales, sesiones de psicología), para beneficiarios del SMA de la Regional Caquetá y de otras Regionales, con las cuales se cuente con la respectiva autorización" a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Caquetá; prestó los servicios durante el mes de **Octubre** del 2025, se tramita el pago por un valor final de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2.800.000) MCTE.** Según Factura electrónica de Venta No. **FSE-4397 de 29 de noviembre del 2025**. Realizó a satisfacción los servicios objeto del contrato. Igualmente, el mencionado contratista ha cumplido con los pagos de los aportes en salud, pensión y aportes parafiscales

Se expide en **Florencia**, a los **09** días del mes de **diciembre** del **2025**.

FACTURA	FECHA	VALOR
FSE-4397	29/11/2025	$2.800.000
TOTAL		**$2.800.000**

FIRMA SUPERVISOR
Coordinadora Grupo Regional de Gestión del Talento Humano

Elaboró: Diana Milena Martínez Ramírez- Apoyo Servicio Médico Asistencial SENA

N° 18-1-2025-005246
2/12/2025 4:21:46 p. m.

Florencia, 01 de diciembre de 2025

Señora
Liz Mariveth Guerrero Bermeo
Supervisora contrato No. CO1.PCCNTR.8359319 del 23 de septiembre del 2025
SENA Regional Caquetá
lguerrerob@sena.edu.co
Florencia

Asunto: Presentación documentos para pago

De acuerdo con el asunto de la referencia, comedidamente me permito remitir los documentos necesarios para el primer pago del contrato No. **CO1.PCCNTR.8359319 del 23 de septiembre del 2025**, el cual contiene los siguientes documentos:

1. Factura electrónica
2. Rut
3. Pago seguridad social
4. Certificado de cuenta bancaria
5. Certificado PAZ Y SALVO seguridad social y parafiscales.
6. Cedula Contador Público
7. Copia tarjeta profesional del contador
8. Certificado de antecedentes disciplinarios del contador.

Lo anterior, para los fines pertinentes.

Atentamente,

MARTHA LILIANA ESPINEL GARNICA
C.C 32.719.699
Gerente MEDICED IPS S.A.S

MEDICED IPS S.A.S

Nit. 901150492 - 1

CARRERA 9A # 7 - 25 BRR LAS AVENIDAS, FLORENCIA -

Teléfonos: +57 6084371307 +57 6084355711 Movil: 3115045647

E-MAIL: ipsmedicedflorencia@gmail.com

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nro FSE4397

Fecha de Factura 29/NOV/2025

Fecha de Vencimiento 29/DIC/2025

Tipo de Responsabilidad : R-99-PN NO RESPONSABLE

Responsabilidad Tributaria : ZZ - No aplica

Actividad Ecónomica : 8621

Cliente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA Nit./ C.C. 899999034

Dirección: CL 57 8 69 BOGOTÁ BOGOTÁ D.C Medio de pago : CRÉDITO

E-Mail: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.go Teléfonos : 5461500 Forma de pago : Crédito 30 días

Tipo de Responsabilidad : O-13 - Gran contribuyente Responsabilidad Tributaria : No responsable de Impuesto a las Ventas

CUFE : 02fe1d130029b45ffdbdcd255172ab7b1a7a737cd4ad6c2d147c114cd2967812e0f62bc297b5e5487856fd1628ad1e0e

Detalle	Iva	Cant.	Und	Valor Unit.	Valor Total
TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA	0.00	16.00	ZZ	50,000.00	800,000.00
TERAPIA FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA	0.00	16.00	ZZ	50,000.00	800,000.00
TERAPIA FISICA DOMICILIARIA	0.00	16.00	ZZ	50,000.00	800,000.00
TERAPIA PSICOLOGIA DOMICILIARIA	0.00	8.00	ZZ	50,000.00	400,000.00

SERVICIOS PRESTADOS MES DE OCTUBRE DE 2025

CONTRATO: CO1.PCCNTR.8359319 de 23/09/2025

PACIENTE: ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO

DOCUMENTO: CC 1118365813

#$36-02-00-018-000000;8359319;lquerrerob@sena.edu.co#$

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS

Esta Factura se asemeja en todos sus efectos a un Título Valor según decreto 1154 de 2020.

TOTAL NO GRAVADO	2,800,000.00
TOTAL GRAVADO	0.00
DESCUENTOS	0.00
I.V.A.	0.00
TOTAL	2,800,000.00

MEDICED IPS SAS

Fecha de recibido y sello:

Nombre:

Nit./C.C.

Firma de recibido:

Documento validado por la DIAN: 2025-11-29 14:57:15-05:00

Documento Generado el : 2025-11-29 14:18:08

Generado por: ATEB-COFIDI NIT.900965992-SOFTWARE PROASISTEMAS:HELISA NIT.800042928

Número de Autorización: 18764091418190 Rango Autorizado: Desde 3961 Rango Autorizado: Hasta 5000 Vigencia: 02/04/2026

SENA	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** **PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO** **CERTIFICACION DE SERVICIOS PRESTADOS -SMA**

LA SUPERVISORA DE LA ACEPTACION DE OFERTA

C E R T I F I C A

Que de conformidad con el Contrato No. **CO1.PCCNTR.8359319 del 24 de septiembre de 2025** con número de certificado de registro presupuestal SIIF 40525 de fecha 24 de septiembre de 2025 suscrito con **MEDICED IPS S.A.S**, identificado con NIT No. 901150492-1, cuyo objeto es "Contratar el servicio integral de Neurorrehabilitación para beneficiarios que presenten parálisis cerebral mixta, con retraso global del neurodesarrollo, riesgo moderado de caída y servicios de atención domiciliaria, (terapias físicas, de lenguaje, ocupacionales, sesiones de psicología), para beneficiarios del SMA de la Regional Caquetá y de otras Regionales, con las cuales se cuente con la respectiva autorización" a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Caquetá; prestó los servicios durante el mes de **Octubre** del 2025, se tramita el pago por un valor final de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2.800.000) MCTE**. Según Factura electrónica de Venta No. **FSE-4397 de 29 de noviembre del 2025**. Realizó a satisfacción los servicios objeto del contrato. Igualmente, el mencionado contratista ha cumplido con los pagos de los aportes en salud, pensión y aportes parafiscales.

Se expide en Florencia, a los **09** días del mes de **diciembre** del **2025**.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.8359319			**$ 15.000.000**
PRIMER PAGO A REALIZAR SEGUN FACTURA ELECTRONICA FSE-4397 DEL 29/11/2025			**$ 2.800.000**
SALDO DEL CONTRATO DESPUES DEL 1ER. PAGO REALIZADO			**$ 12.200.000**
ITEM PARA AFECTACION DEL GASTO			
DEPENDENCIA	**POSICION CATALOGO GASTO**	**RECURSO**	**VALOR A PAGAR**
101000	**C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**	**NACION**	**$ 2.800.000**
VALOR TOTAL A PAGAR			**$ 2.800.000**
TOTAL SALDO DESPUES DEL PRIMER (1ER) PAGO REALIZADO			**$ 12.200.000**

La presente certificación para trámite de pago por valor de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2.800.000) MCTE. Según Factura electrónica de Venta No. FSE-4397 de 29 de noviembre del 2025** y el cual afecta el Registro Presupuestal **SIIF No. 40525 de fecha 24 de septiembre de 2025.**

LIZ MARIVETH GUERRERO BERMEO
Supervisora del contrato

Elaboró: Diana Milena Martínez Ramirez - Apoyo al Servicio Médico Asistencial SENA Regional Caquetá

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHjamurill	JESUS ANTONIO MURILLO LEIVA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-018-000000	SENA REGIONAL CAQUETA-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	24/09/2025 12:00:00 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 1925 de fecha 2025-01-15. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	40525	**Fecha Registro:**	2025-09-24	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-018-000000 SENA REGIONAL CAQUETA-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	15.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	15.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	15.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	901150492	**Razón Social:**	MEDICED IPS S.A.S	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	473069994175	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	17656565	**Nombre:**	MARIO DANIEL CARDOSO CORDOBA	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL CAQUETA

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.8359319	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2025-09-24

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF		15.000.000,00	0,00		
					Total:	15.000.000,00	0,00	15.000.000,00	15.000.000,00

Objeto:	SERVICIO MEDICO: CONTRATAR EL SERVICIO INTEGRAL DE NEURORREHABILITACIÓN PARA BENEFICIARIOS QUE PRESENTAN PARÁLISIS CEREBRAL MIXTA, CON RETRASO GLOBAL DEL NEURODESARROLLO, RIESGO MODERADO DE CAÍDA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, (TERAPIAS FÍSICAS, DE LENGUAJE, OCUPACIONALES, SESIONES DE PSICOLOGÍA), PARA BENEFICIARIOS DEL SMA DE LA REGIONAL CAQUETÁ Y DE OTRAS REGIONALES, CON LAS CUALES SE CUENTE CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN. CPE NO. 18-9-2025-006238

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-018-000000	SENA REGIONAL CAQUETA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-12-30	15.000.000,00	15.000.000,00	NINGUNO

Firmado digitalmente por: MARLE QUINTANA CHILITO
Fecha:2025-09-24 11:58:05:00

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14964386380

(415)7707212489984(8020) 000001496438638 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
MEDICED IPS S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal
CR 9 A 7 25 BRR LAS AVENIDAS

42. Correo electrónico contabilidadipsmediced@gmail.com

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

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
8 6 2 1	2 0 1 8 0 1 3 0							

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	5	7	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ESPINEL GARNICA MARTHA LILIANA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14964386380

(415)7707212489984(8020) **000001496438638 0**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	1	
73. Fecha	2 0 1 8 0 1 2 6	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 8 0 1 3 0	
77. No. Matrícula mercantil	1 0 3 8 5	
78. Departamento	1 8	
79. Ciudad/Municipio	4 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 8 0 1 3 0		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14964386380

(415)7707212489984(8020) **000001496438638 0**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 0 0 3 1 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 2 7 1 9 6 9 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ESPINEL	GARNICA	MARTHA	LILIANA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14964386380

(415)7707212489984(8020) **000001496438638 0**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 7 6 5 9 2 0 0		1 2 1 8 8 1 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
TRUJILLO	RAMOS	LUIS	FERNANDO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 0 0 2 1 9

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14964386380

(415)7707212489984(8020) **000001496438638 0**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: MEDICED IPS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

165. Dirección: CR 9 A 7 25 BRR AVENIDAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 2 4 8 5	2 0 1 8 1 1 2 9
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: MEDICED IPS ADMI SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

165. Dirección: CR 9 A 9 30 BRR EL PRADO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 3 1 3 7 5	2 0 2 3 1 0 3 1
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: MEDICED IPS AVENIDAS 2 SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

165. Dirección: CR 10 7 15 BRR LAS AVENIDAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 3 1 3 7 6	2 0 2 3 1 0 3 1
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

FLORENCIA (CAQUETA), CAQUETA, 27/11/2025

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **MEDICED IPS SAS** con NIT **901.150.492-1** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 473069994175

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NIT. 901.150.492-1

DECLARACIONES
PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL
ETAPA PRECONTRACTUAL
CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

FORMATO CERTIFICACIÓN POR PERSONA JURÍDICA (ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002)

El suscrito LUIS FERNANDO TRUJILLO RAMOS, identificado con cédula de ciudadanía nro. 17.659.200 expedida en Florencia y tarjeta profesional nro. 121881-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, certifico que la sociedad MEDICED IPS SAS, identificada con NIT. 901150492-1, en mi condición de Revisor Fiscal de la referida empresa, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Florencia; luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia y los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983).

Los referidos aportes fueron pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento certifico que MEDICED IPS SAS se encuentra exonerada del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007. La presente se expide a los 01 días del mes de diciembre de 2025.

LUIS FERNANDO TRUJILLO RAMOS
CC 17.659.200
Revisor Fiscal
TP. 121881-T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO

12188l-T



LUIS FERNANDO
TRUJILLO RAMOS
C.C. 17659200
RESOLUCION INSCRIPCION 247 FECHA 2006/11/02
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA

PRESIDENTE

HÉCTOR JAIME CORREA PINZÓN 131744

IDEOS

FIRMA DEL TITULAR

42617

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

LOGOFORMAS CONM. 2922566



NINI JOHANNA PEREZ MARTINEZ
Contador Público - Uniamazonia

La suscrita Contadora Pública, Nini Johanna Pérez Martínez identificada con la cédula de ciudadanía número 30.506.915 de Florencia Caquetá,

CERTIFICA QUE

La sociedad MEDICED IPS S.A.S, identificada con NIT 901.150.492 - 1 durante los seis (6) últimos meses calendario legalmente exigibles ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Y que de acuerdo con lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1607 de 2012 y artículo 7 del Decreto 1828 del 27 de agosto de 2013 se encuentra exonerado del pago de aportes al SENA, ICBF y de salud el 8.5%.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

La presente se firma el día 1 de diciembre de 2025 con destino a quien le interese.

NINI JOHANNA PÉREZ MARTÍNEZ
CC. 30.506.915 de Florencia Caquetá
TP 150181 – T

ninijohannaperez@gmail.com 310 268 9424
Florencia Caquetá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.506.915**

PEREZ MARTINEZ

APELLIDOS

NINI JOHANNA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-DIC-1981**

FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-DIC-1999 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-4400100-00170716-F-0030506915-20090619 **0015**22074A 1 26609943

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO

150181-T



NINI JOHANNA
PEREZ MARTINEZ
C.C. 30506915
RESOLUCION INSCRIPCION 179 **FECHA 03/06/2010**
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA

PRESIDENTE Leonardo Sánchez G.

LEONARDO SANCHEZ GARRIDO 160580

Johanna Pz.

FIRMA DEL TITULAR **75138**

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E57520540A5E5695

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **NINI JOHANNA PEREZ MARTINEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 30506915 de FLORENCIA (CAQUETA) Y Tarjeta Profesional No 150181-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

Florencia 31 octubre del 2025

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE MEDICED IPS S.A.S
NIT 901.150.492-1

CERTIFICA

Yo, **MARTHA LILIANA ESPINEL GARNICA** identificada con **CC. No. 32.719.699** de Bucaramanga Santander, como representante legal de Mediced IPS S.A.S, certifico que en la atención que se le brindo a la beneficiaria del servicio médico asistencial del **SENA REGIONAL CAQUETA**, no se generaron residuos hospitalarios durante el mes de octubre del año 2025, y por tal razón no se diligencio el formato RH1.

La presente se expide a la oficina del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA regional Florencia-Caquetá a los (31) días del mes de octubre de año 2025**.**

Agradezco la atención prestada,

MARTHA LILIANA ESPINEL GARNICA

Gerente MEDICED IPS S.A.S

Servicio Nacional de Aprendizaje

SENA

MINISTERIO DE TRABAJO

CERTIFICA

Que el empleador con Razón Social MEDICED IPS S.A.S identificado con el Nit 901150492, se encuentra registrado en nuestra base de datos de Aportes durante las últimas cinco (5) vigencias y no registra pagos de los períodos descritos a continuación:

MESES SIN PAGO POR VIGENCIA

Vigencia	2021	2022	2023	2024	2025
Meses	Ene - Feb - Mar - Abr - May - Jun - Jul - Ago - Sep - Oct - Nov - Dic	Ene - Feb - Mar - Abr - May - Jun - Jul - Ago - Sep - Oct - Nov - Dic	Ene - Feb - Abr - May - Jun - Jul - Ago - Sep - Oct - Nov - Dic	Ene - Feb - Mar - Abr - May - Jun - Jul - Ago - Sep - Oct - Nov - Dic	Ene - Feb - Mar - Abr - May - Jun - Jul - Ago - Oct

No se encuentra regulada la cuota de aprendizaje; por lo tanto debe acercarse a la regional SENA donde está ubicada su sede principal para efectos de determinar si se encuentra obligado a contratar aprendices.

Que hasta tanto el empleador no cancele los períodos anteriormente relacionados o aclare su situación ante la respectiva regional del SENA en el cual tiene su sede principal, no se encuentra al día con los pagos mensuales por concepto de aportes parafiscales.

Este documento no tiene validez para fines tributarios. No tiene validez en procesos de selección contractual con entidades del estado.

Aclaración: En virtud a lo determinado en la Ley 1819 de 2016, estarán exoneradas del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes. Así mismo las personas naturales empleadoras estarán exoneradas de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Lo anterior no aplicará para personas naturales que empleen menos de dos trabajadores, los cuales seguirán obligados a efectuar los aportes.

La expedición de esta certificación, no impide que el SENA verifique la base de liquidación de aportes y que constate el cumplimiento en Contrato de Aprendizaje.

Expedido por el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, 2025-12-09

Generado por : Hernando Vela EscandÃ³n

¿Desea saber si este certificado es auténtico?, por favor ingrese a la página web https://certificadoempresarios.sena.edu.co/ enlace CONSULTAR CODIGO CERTIFICADO y digite:

el código de verificación: 2920321870 y el Número de Certificado: 447123

@SENAComunica
www.sena.edu.co

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 35021036
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-10-14

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	MEDICED IPS S.A.S	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901150492	D.V.	1	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CR 9 A NO 9 30	DEPARTAMENTO	CAQUETA	MUNICIPIO	FLORENCIA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8621	CORREO ELECTRÓNICO	CONTABILIDADIPSMEDICED@GMAIL.COM	TELÉFONO	4377096
FAX	4377096	SUCURSAL	1	NOMBRE SUCURSAL	florencia
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	32719699	PRIMER APELLIDO	ESPINEL	SEGUNDO APELLIDO	GARNICA
PRIMER NOMBRE	MARTHA	SEGUNDO NOMBRE	LILIANA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 09	Año: 2025	Mes: 10	Sucursal
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
21		$78.816.100		35021036

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1006410786	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	ANTURI ARTUNDUAGA LILIANA MARCELA	$1.423.500
CC-1072428750	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	CERON ROBLES LUISA FERNANDA	$1.423.500
CC-1117496363	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	CUBILLOS BARRERA KELLY FARINA	$1.423.500
CC-32719699	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	ESPINEL GARNICA MARTHA LILIANA	$13.752.900
CC-1075263869	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	FANDIÑO PLAZA YINA KATHERINE	$1.423.500
CC-43119375	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	FLOREZ URIBE DEICY ANDREA	$1.423.500
CC-1075298448	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	GUERRERO VILLAMIZAR SEBASTIAN CAMILO	$9.000.000
CC-1117490400	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	JARAMILLO DIANA MILENA	$1.423.500
CC-1075309885	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	MEDINA ESPINEL CAMILA	$9.000.000
CC-1094944835	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	MEDINA ESPINEL EDGAR ANDRES	$5.500.000
CC-40611384	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	MURCIA CAMACHO BEATRIZ	$1.423.500
CC-17658921	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	POLANIA GARZON MILLER FERNEY	$10.000.000
CC-40076829	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	PORTELA OSSA DIANA PATRICIA	$1.423.500
CC-1085662479	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	PORTILLA MORENO ALEXANDRA	$3.000.000
CC-1006537982	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	PRECIADO BAMBAGUE VANESSA ALEJANDRA	$1.423.500
CC-1117809875	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	ROJAS GOMEZ SAYURI NATALIA	$1.423.500
CC-1117555138	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	ROJAS LANCHEROS KERLY YULIANA	$1.423.500
CC-3746044	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	SIMANCA VELEZ JOSE LUIS	$1.423.500
CC-1117506998	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	TAFUR CUELLAR SANDRA MIRLEY	$1.423.500
CC-1077872665	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	VILLANUEVA ALMARIO LORENA	$1.423.500
CC-1010083576	1	No	No	No	18	1	2862101	Fijo	VILLANUEVA CLAVIJO ANDREA LILIANA	$1.423.500

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1006410786																													0		
CC - 1072428750	X	2025-09-05																											0		
CC - 1117496363																													0		
CC - 32719699																													0		
CC - 1075263869																													0		
CC - 43119375																													0		
CC - 1075298448			X	2025-09-30																									0		
CC - 1117490400																													0		

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1075309885																													0		
CC - 1094944835																													0		
CC - 40611384																													0		
CC - 17658921																													0		
CC - 40076829																													0		
CC - 1085662479																													0		
CC - 1006537982	X	2025-09-11																											0		
CC - 1117809875																													0		
CC - 1117555138																													0		
CC - 3746044																													0		
CC - 1117506998																													0		
CC - 1117506998																X	2025-09-23	2025-09-25											0		
CC - 1077872665																													0		
CC - 1010083576																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1006410786	PROTECCION	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1072428750	PORVENIR	26	$1.233.700	0.1600000	$197.400	$0	$0	$197.400	$0	$0	$0
CC - 1117496363	COLPENSIONES	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 32719699	COLPENSIONES	30	$13.752.900	0.1600000	$2.200.500	$0	$0	$2.200.500	$68.800	$68.800	$0
CC - 1075263869	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 43119375	COLPENSIONES	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1075298448	COLFONDOS	30	$9.000.000	0.1600000	$1.440.000	$0	$0	$1.440.000	$45.000	$45.000	$0
CC - 1117490400	COLPENSIONES	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1075309885	COLPENSIONES	30	$9.000.000	0.1600000	$1.440.000	$0	$0	$1.440.000	$45.000	$45.000	$0
CC - 1094944835	PORVENIR	30	$5.500.000	0.1600000	$880.000	$0	$0	$880.000	$0	$0	$0
CC - 40611384	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 17658921	PORVENIR	30	$10.000.000	0.1600000	$1.600.000	$0	$0	$1.600.000	$50.000	$50.000	$0
CC - 40076829	COLPENSIONES	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1085662479	PORVENIR	30	$3.000.000	0.1600000	$480.000	$0	$0	$480.000	$0	$0	$0
CC - 1006537982	PROTECCION	20	$949.000	0.1600000	$151.900	$0	$0	$151.900	$0	$0	$0
CC - 1117809875	COLPENSIONES	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1117555138	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 3746044	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1117506998	PORVENIR	27	$1.281.150	0.1600000	$205.000	$0	$0	$205.000	$0	$0	$0
CC - 1117506998	PORVENIR	3	$142.350	0.1600000	$22.800	$0	$0	$22.800	$0	$0	$0
CC - 1077872665	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0
CC - 1010083576	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1006410786	ESSC ASMET SALUD	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 1072428750	NUEVA E.P.S. S.A.	26	$1.233.700	0.0400000	$49.400	$0		$0		$0	26	$1.233.700	1	0.0104400	$12.900
CC - 1117496363	ESSC ASMET SALUD	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 32719699	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$13.752.900	0.0400000	$550.200	$0		$0		$0	30	$13.752.900	1	0.0104400	$143.600
CC - 1075263869	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 43119375	SANITAS	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 1075298448	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$9.000.000	0.1250000	$1.125.000	$0		$0		$0	30	$9.000.000	1	0.0104400	$94.000
CC - 1117490400	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 1075309885	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$9.000.000	0.0400000	$360.000	$0		$0		$0	30	$9.000.000	1	0.0104400	$94.000
CC - 1094944835	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$5.500.000	0.0400000	$220.000	$0		$0		$0	30	$5.500.000	1	0.0104400	$57.500
CC - 40611384	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 17658921	SANITAS	30	$10.000.000	0.0400000	$400.000	$0		$0		$0	30	$10.000.000	1	0.0104400	$104.400
CC - 40076829	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1085662479	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$3.000.000	0.0400000	$120.000	$0		$0		$0	30	$3.000.000	1	0.0104400	$31.400
CC - 1006537982	NUEVA E.P.S. S.A.	20	$949.000	0.0400000	$38.000	$0		$0		$0	20	$949.000	1	0.0104400	$10.000
CC - 1117809875	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 1117555138	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 3746044	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 1117506998	NUEVA E.P.S. S.A.	27	$1.281.150	0.0400000	$51.300	$0		$0		$0	27	$1.281.150	1	0.0104400	$13.400
CC - 1117506998	NUEVA E.P.S. S.A.	3	$142.350	0.0400000	$5.700	$0		$0		$0	3	$142.350	1	0.0000000	$0
CC - 1077872665	SANITAS	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900
CC - 1010083576	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	$0		$0		$0	30	$1.423.500	1	0.0104400	$14.900

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1006410786	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1072428750	COMFACA	26	$1.233.700	0.0400000	$49.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1117496363	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-32719699	COMFACA	30	$13.752.900	0.0400000	$550.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1075263869	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-43119375	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1075298448	COMFACA	30	$16.875.000	0.0400000	$675.000	0.0200000	$337.500	0.0300000	$506.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1117490400	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1075309885	COMFACA	30	$9.000.000	0.0400000	$360.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1094944835	COMFACA	30	$5.500.000	0.0400000	$220.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40611384	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-17658921	COMFACA	30	$10.000.000	0.0400000	$400.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-40076829	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1085662479	COMFACA	30	$3.000.000	0.0400000	$120.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1006537982	COMFACA	20	$949.000	0.0400000	$38.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1117809875	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1117555138	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-3746044	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1117506998	COMFACA	27	$1.281.150	0.0400000	$51.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1117506998	COMFACA	3	$142.350	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1077872665	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1010083576	COMFACA	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 09											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PROTECCION	2	$379.700	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$379.700
PORVENIR	11	$4.752.000	$0	$0	$50.000	$50.000	0	$0	$0	$0	$4.852.000
COLFONDOS	1	$1.440.000	$0	$0	$45.000	$45.000	0	$0	$0	$0	$1.530.000
COLPENSIONES	7	$4.779.500	$0	$0	$113.800	$113.800	0	$0	$0	$0	$5.007.100

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	3	$514.000	$0	0	$0	0	$0	$514.000	0	$0	$0	$514.000	$0	0	$0	$0	$514.000	$0	$50.000	$514.000
NUEVA E.P.S. S.A.	16	$2.975.600	$0	0	$0	0	$0	$2.975.600	0	$0	$0	$2.975.600	$0	0	$0	$0	$2.975.600	$0	$158.800	$2.975.600
ESSC ASMET SALUD	2	$114.000	$0	0	$0	0	$0	$114.000	0	$0	$0	$114.000	$0	0	$0	$0	$114.000	$0	$0	$114.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	21	$740.000	0	$0	$0	$740.000	0	$0	$740.000	0	$0	$7.400	$740.000

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMFACA	21	$3.147.900	0	$0	$3.147.900
SENA	1	$337.500	0	$0	$337.500
ICBF	1	$506.300	0	$0	$506.300
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	3	$3.603.600
PENSIONES	4	$11.768.800
RIESGOS PROFESIONALES	1	$740.000
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$3.147.900
SENA	1	$337.500
ICBF	1	$506.300
ESAP	1	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$20.104.100

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	**X**	Pública Clasificada		Pública Reservada	

INFORME DE SUPERVISIÓN – CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS
CONTRATO NRO. CO1.PCCNTR.8359319 DEL 2025

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	REGIONAL CAQUETÁ
CONTRATO NRO.	CO1.PCCNTR.8359319 DEL 2025
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	24 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
OBJETO	Contratar el servicio integral de Neurorrehabilitación para beneficiarios que presenten parálisis cerebral mixta, con retraso global del neurodesarrollo, riesgo moderado de caída y servicios de atención domiciliaria, (terapias físicas, de lenguaje, ocupacionales, sesiones de psicología), para beneficiarios del SMA de la Regional Caquetá y de otras Regionales, con las cuales se cuente con la respectiva autorización.
CONTRATISTA	MEDICED I.P.S. S.A.S.
CC o NIT	901150492
LUGAR DE EJECUCIÓN	FLORENCIA - CAQUETÁ
FECHA DE INICIO	1 DE OCTUBRE DEL 2025
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	El plazo de ejecución será hasta el 20 de diciembre de 2025 o hasta agotar el presupuesto de conformidad con las necesidades surgidas en la Regional Caquetá, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución (Aprobación de la Garantía Única de Cumplimiento, expedición del CRP).
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$15.000.000 MCTE
PRÓRROGA NRO.	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN	20 DE DICIEMBRE DE 2025
ADICIÓN NRO.	N/A
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$15.000.000 MCTE
FORMA DE PAGO	El SENA cancelará al CONTRATISTA en un pago, dentro de los treinta (30) días calendario, siguiente a la radicación de la factura, previo el recibo de satisfacción por parte del supervisor del contrato y presentación de los documentos solicitados.
INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.	01
PERIODO DEL INFORME	Desde el 09/10/2025 al 31/10/2025

1.1. Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO			
ASEGURADORA	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A		
NRO. DE PÓLIZA	BQ-100108091		
CERTIFICADO O ANEXO	N/A		
FECHA EXPEDICIÓN	29/09/2025		
FECHA APROBACIÓN	25/09/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Cumplimiento	24/09/2025	20/06/2026	$3.000.000
Salarios y prestaciones sociales	24/09/2025	20/12/2028	$750.000
Calidad del servicio	24/09/2025	20/06/2026	$1.500.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
ASEGURADORA	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A		
NRO. DE PÓLIZA	BQ-100030830		
CERTIFICADO O DE ANEXO	N/A		
FECHA EXPEDICIÓN	25/09/2025		
FECHA APROBACIÓN	25/09/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	24/09/2025	20/12/2025	$284.700.000

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Prestar los servicios profesionales en Terapia física integral, psicología clínica, terapia ocupacional y terapia de fonoaudiología y/o lenguaje conforme a la modalidad prescrita por el médico tratante ya sea intramural o domiciliaria, a todos los beneficiarios que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos, con la presentación del carné vigente y la orden de atención expedida por EL SENA, la cual será válida por un mes.	Prestación de sesiones de neurorrehabilitación domiciliaria según orden médica.	Registro de atención y evolución firmada.

2. Prestar el servicio integral de Neurorrehabilitación de forma domiciliaria, en la ciudad de Florencia, contando con habilitación para ello, lo cual se verificará de acuerdo con lo establecido en el REPS.	Atención domiciliaria periódica en Florencia cumpliendo protocolos y habilitación.	Plan de tratamiento y hojas de asistencia.
3. Para la prestación de los servicios médicos, es obligatorio para el contratista además de la valoración por parte de sus profesionales que presten los servicios a la IPS y emitan el ordenamiento medico; el aval o autorización por parte del profesional contratado por parte del SENA para ello (médico del SMA) o funcionario encargado de la entidad contratante.	Verificación de orden médica y autorización del SMA antes de iniciar terapias.	Orden de atención vigente.
4. Llevar la historia clínica debidamente diligenciada, efectuar la contrarreferencia oportuna de la historia clínica y dejar constancia con fecha exacta de cada atención o control que se haya prestado al paciente.	Diligenciamiento diario de historia clínica y registro de evolución.	Historia clínica actualizada.
5. Habilitar canales efectivos de comunicación entre beneficiarios del SMA y la IPS, con fines de consulta, suministro de información y agendamiento de citas médicas a través de línea telefónica y correo electrónico; todo requerimiento deberá ser resulto satisfactoriamente con celeridad y eficiencia.	Comunicación permanente con la familia y el SMA para coordinar citas y seguimiento.	Correos o mensajes de confirmación de citas.
6. Atender integralmente a los beneficiarios del SMA mientras se encuentre a su cargo.	Sesiones completas orientadas al proceso terapéutico de la paciente.	Registro de sesiones realizadas.
7. Permitir el acceso a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y revisión de los servicios prestados y eventualmente el acceso a la entidad para evaluar la calidad del servicio.	Disponibilización de historia clínica y soportes cuando se requieren verificaciones.	Entrega de copias bajo solicitud.
8. Presentar mensualmente la facturación de acuerdo con la normatividad vigente, anexando los originales de las Órdenes de Atención, las cuentas en ningún caso podrán presentarse por sumas superiores a las tarifas acordadas.	Preparación y entrega de facturación con órdenes originales.	Cuenta de cobro y soportes.

9. Cumplir con las exigencias legales, científicas y éticas con el manejo de la Historia Clínica de los pacientes.	Manejo ético, confidencial y seguro de la información clínica.	Historia clínica en conformidad normativa.
10. Abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.	No emisión de incapacidades ni solicitudes fuera del alcance terapéutico.	Registros sin inconsistencias.
11. Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la profesión médica.	Aplicación de lineamientos éticos y profesionales en cada sesión.	Evoluciones clínicas ajustadas a la ética profesional.
12. Informar al SENA todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad.	Verificación de identidad y ausencia de irregularidades.	Registro sin novedades.
13. Presentar y mantener vigentes los permisos, licencias, y títulos especiales exigidos por parte de la Ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio del servicio prestado.	Acreditación de títulos y habilitación profesional vigente.	Copia de documentos entregados al SMA.
14. El contratista debe acatar o responder por las indicaciones o requerimientos que haga el Supervisor Contractual.	Cumplimiento de lineamientos dados por el SMA.	Registros de seguimiento.
15. Autorizar el pago de estampilla PRO-UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA, por concepto de compras, equivalente al 3% sobre el valor ejecutado del contrato verificable a través de la presentación de cuentas de cobro.	Se autoriza pago.	Se autoriza pago.
16. El contratista deberá contar como mínimo con una sede o punto de atención, que ofrezca la disponibilidad en la atención de los servicios objeto del presente proceso de selección en la zona urbana del Municipio de Florencia.	MEDICED IPS S.A.S se encuentra ubicada en la carrera 9ª 7-25 Barrio Las Avenidas en la ciudad de Florencia Caquetá.	Cumple con lo solicitado.
17. Presentar durante los 10 primero días de cada mes cuenta de cobro o factura una vez prestado el servicio o suministrado el bien.	Entrega mensual de cuenta con soportes dentro del plazo.	Radicado de cuenta de cobro.
18. Aportar los pagos de seguridad social, donde se evidencie la cotización al nivel de riesgo acorde a la actividad desarrollada.	Cumple con lo solicitado.	Cumple con lo solicitado.
19. Hacer entrega del Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la atención en Salud.	Se entrega Certificado de no generación de residuos hospitalarios, por tal razón no se diligencio el formato RH1.	Se entrega Certificado de no generación de residuos hospitalarios, por tal razón no se diligencio el formato RH1.

20. Entregar los certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en la atención prestada al SENA. Asimismo, deberá hacer entrega de las licencias del tercero o quien realice la disposición final de los residuos Peligrosos generados durante la ejecución del contrato.	Se entrega Certificado de no generación de residuos hospitalarios, por tal razón no se diligencio el formato RH1.	Se entrega Certificado de no generación de residuos hospitalarios, por tal razón no se diligencio el formato RH1.
21. Entregar copia del formato RH1 con la clasificación mensual de los residuos hospitalarios generados.	Se entrega Certificado de no generación de residuos hospitalarios, por tal razón no se diligencio el formato RH1.	Se entrega Certificado de no generación de residuos hospitalarios, por tal razón no se diligencio el formato RH1.
22. Las demás que se estimen de acuerdo con el objeto y ejecución del contrato.	Cumplimiento integral de todas las obligaciones contractuales.	Informes y registros completos.

2.1. Cumplimiento de obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

- **Obligaciones de seguridad y salud en el trabajo**

Presentar oportunamente, para el pago, la factura correspondiente, recibos y planillas donde conste que se encuentra al día en el pago de salud, pensión, riesgos y aportes parafiscales de acuerdo con el procedimiento definido por el Sena.

El contratista presenta planilla de pago de seguridad social con planilla nro. **35021036** del 14/10/2025 de operador ASOPAGOS S.A correspondiente al mes de octubre, demostrando estar al día con lo solicitado en el Estudio Previo.

- **Obligaciones ambientales del contratista**

En caso de generarse residuos peligrosos (hospitalarios) deberán entregar los certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en la atención prestada al SENA, en un plazo no mayor a los noventa (90) días después de recogidos los residuos, indicando como mínimo:

1. identificación del certificado con consecutivo único,
2. fecha de expedición,
3. Identificación de la empresa que emite el certificado,
4. Identificación del generador,
5. Identificación de las autorizaciones ambientales vigentes para el manejo de RESPEL (Licencia Ambiental),
6. Identificación de la persona natural que entrega los residuos,
7. Identificación de la empresa transportadora que entrega los RESPEL,
8. Fecha de recibo en la instalación y fecha(s) de gestión de los residuos,
9. Descripción del residuo o subcorriente de RESPEL correspondiente,

10. Cantidades recibidas y gestionadas en peso (kg) y tipo(s)
11. Indicar el tipo de aprovechamiento, tratamiento o disposición final realizado.

2) Entregar copia del "Formato Anexo para la Consolidación de los Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades" con la clasificación mensual de los residuos hospitalarios generados (reemplaza el formato RH1 a partir del 4 de octubre de 2025).

El contratista entregará las correspondientes evidencias, al momento de presentar sus documentos para pago.

3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

FECHA DEL INFORME	NRO. DE FACTURA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO ($15.000.000)	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
05/12/2025	**FSE-4397**	**$2.800.000**	**$2.800.000**	**$12.200.000**	**19%**

Porcentaje de ejecución física: **19%.**

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado:** Octubre	**Planilla nro. 35021036** del 14/10/2025

5. MULTAS Y SANCIONES

A la fecha de presentación del presente informe, se certifica como supervisor del contrato y de acuerdo con la información reportada por la interventoría del contrato No. CO1.PCCNTR.8359319 del 2025, que no se han presentado multas, indemnizaciones, reintegros ni sanciones.

6. CERTIFICACIÓN

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor(a), previa revisión de los documentos en la plataforma SECOP II, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. Con base en lo anterior, autorizo el pago conforme lo pactado contractualmente.

7. OBSERVACIONES

A continuación, se relacionan los servicios prestados a la beneficiaria Anny Gabriela Vargas Maldonado en el mes de **octubre** del 2025 por Tratamiento de Neurorrehabilitación:

NOMBRE DEL BENEFICIARIA	IDENTIFICACIÓN	NEURORREHABILITACION OCTUBRE			
		PROCEDIMIENTO	**VALOR UNITARIO**	**CANTIDAD**	**TOTAL**
ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO	**1.118.365.813**	**TERAPIA FISICA**	$ 50.000	16	$ 800.000
		TERAPIA FONOAUDIOLOGIA	$ 50.000	16	$ 800.000
		TERAPIA OCUPACIONAL	$ 50.000	16	$ 800.000
		SESIONES PSICOLOGIA	$ 50.000	8	$ 400.000
		TOTAL			**$ 2.800.000**

1. Presentó las respectivas ordenes de atención firmadas por los beneficiarios del SMA y Médico del SMA.

2. Presentó certificación firmada por el Revisor fiscal, quien certifica que se encuentra a paz y salvo con relación a los aportes parafiscales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, así como que se encuentra al día en relación con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales y con aportes parafiscales.

3. Presentó las respectivas notas de evolución de pacientes para que se archiven en las historias clínicas de cada uno de los beneficiarios del SMA.

4. Presentó los respectivos pagos de seguridad social de **octubre** del 2025.

5. Presentó certificación bancaria y RUT.

6. **INFORME FINANCIERO:** El estado financiero del contrato es el siguiente:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.8359319			**$ 15.000.000**
PRIMER PAGO POR REALIZAR SEGUN FACTURA ELECTRONICA FSE-4397 DEL 29/11/2025			**$ 2.800.000**
SALDO DEL CONTRATO DESPUES DEL 1ER. PAGO REALIZADO			**$ 12.200.000**
ITEM PARA AFECTACION DEL GASTO			
DEPENDENCIA	**POSICION CATALOGO GASTO**	**RECURSO**	**VALOR A PAGAR**
101000	**C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL.**	**NACION**	**$ 2.800.000**
VALOR TOTAL A PAGAR			**$ 2.800.000**
TOTAL SALDO DESPUES DEL PRIMER (1ER) PAGO REALIZADO			**$ 12.200.000**
La presente certificación para trámite de pago por valor de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2.800.000) MCTE. Según Factura electrónica de Venta No. FSE-4397 de 29 de noviembre del 2025** y el cual afecta el Registro Presupuestal **SIIF No. 40525 de fecha 24 de septiembre de 2025.**			

Para constancia se firma el 09 de diciembre del 2025.

LIZ MARIVETH GUERRERO BERMEO	**DIANA MILENA MARTINEZ RAMIREZ**
Supervisora del contrato	**Apoyo a la supervisión**

Revisó: Liz Mariveth Guerrero Bermeo – Responsable del SMA
Elaboró: Diana Milena Martínez Ramírez – Apoyo SMA

LIQUIDACION CUENTA DE COBRO FSE-4397 $2.800.000 – MEDICED IPS – OCTUBRE 2025

- **CUENTA DE COBRO No. 70 POR $2.800.000**

Cuenta de Cobro Vigencia Ultima Cuenta de Cobro: 70

Buscar 70 2025 Buscar

Ingresar Cuenta de Cobro

Cuenta Nro	Vigencia	Contratista		Razón Social	Tipo
70	2025	102021	Buscar	MEDICED IPS S.A.S	Cuenta de Cobro

Factura Nro.	Fecha Factura	Fecha Radicación	Contratos	Valor Factura	Valor Acum.
FSE4397	2025-11-29	2025-12-02	2025-8359319 ($12.200.000)	2800000	0

Observación	

Nro. Orden	Beneficiario	Fecha Orden
0 Buscar	Beneficiario	Fecha Orden
☑ 145	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-10-10
☑ 146	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-10-10
☑ 147	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-10-10
☑ 148	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-10-10
☐ 154	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-10-30
☐ 155	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-10-30
☐ 156	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-10-30
☐ 157	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-10-30
☐ 180	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-11-28
☐ 181	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-11-28
☐ 182	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-11-28
☐ 183	79613528-E ANNY GABRIELA	2025-11-28

Asociar Ordenes

Cuenta de Cobro Vigencia Ultima Cuenta de Cobro: 70

Buscar 70 2025 Buscar

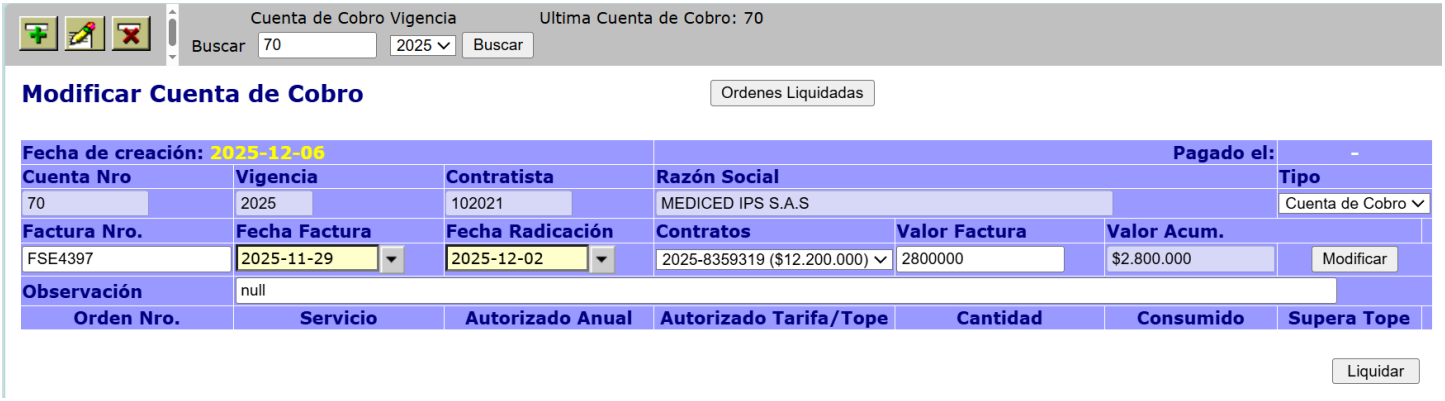
Modificar Cuenta de Cobro

Ordenes Liquidadas

Fecha de creación: 2025-12-06						Pagado el: -
Cuenta Nro	**Vigencia**	**Contratista**	**Razón Social**			**Tipo**
70	2025	102021	MEDICED IPS S.A.S			Cuenta de Cobro
Factura Nro.	**Fecha Factura**	**Fecha Radicación**	**Contratos**	**Valor Factura**	**Valor Acum.**	
FSE4397	2025-11-29	2025-12-02	2025-8359319 ($12.200.000)	2800000	$0	Modificar
Observación	null					

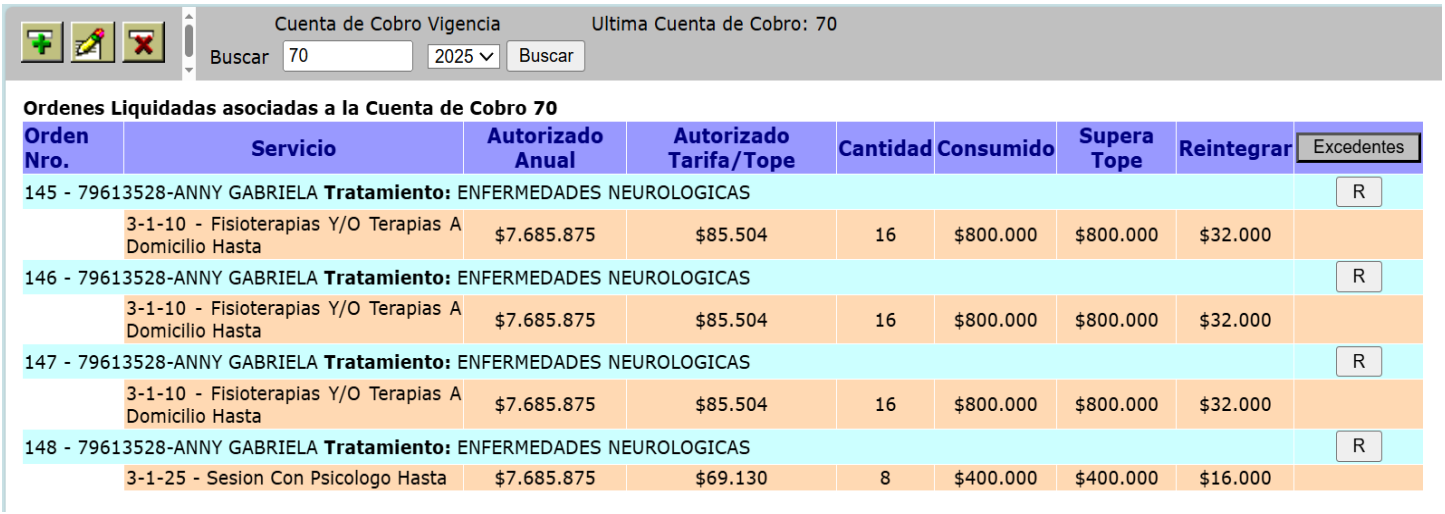
Orden Nro.	Servicio	Autorizado Anual	Autorizado Tarifa/Tope	Cantidad	Consumido	Supera Tope	
145 - 79613528-ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO **Tratamiento:** ENFERMEDADES NEUROLOGICAS							D
	145 - 1 - 3- 1- 10- Fisioterapias Y/O Terapias A Domicilio Hasta - Resolución: 824						
		$7.685.875	$85.504	16	800000	$0	☑
146 - 79613528-ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO **Tratamiento:** ENFERMEDADES NEUROLOGICAS							D
	146 - 1 - 3- 1- 10- Fisioterapias Y/O Terapias A Domicilio Hasta - Resolución: 824						
		$7.685.875	$85.504	16	800000	$0	☑
147 - 79613528-ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO **Tratamiento:** ENFERMEDADES NEUROLOGICAS							D
	147 - 1 - 3- 1- 10- Fisioterapias Y/O Terapias A Domicilio Hasta - Resolución: 824						
		$7.685.875	$85.504	16	800000	$0	☑
148 - 79613528-ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO **Tratamiento:** ENFERMEDADES NEUROLOGICAS							D
	148 - 1 - 3- 1- 25- Sesion Con Psicologo Hasta - Resolución: 824						
		$7.685.875	$69.130	8	400000	$0	☑

Liquidar



GENERÓ EXCEDENTES DE COBRO POR NEURORREHABILITACION A:

- **ANNY GABRIELA VARGAS $112.000**



ORDEN No. 145 – ANNY GABRIELA VARGAS – TERAPIAS FISICAS – MEDICEP IPS SAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS SMA

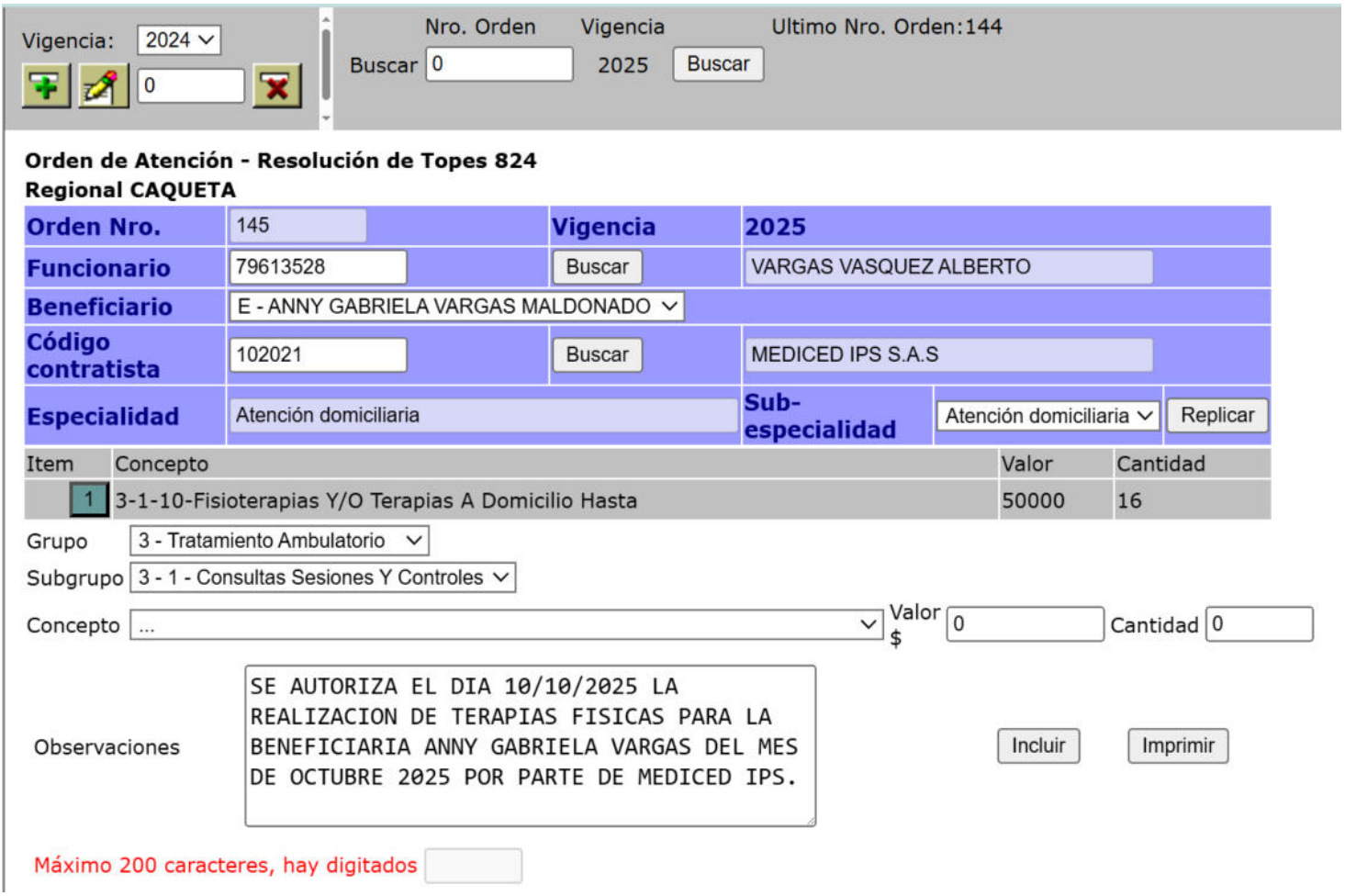
BENEFICIARIO: Anny Vargas	CÉDULA: 1118365813
No. Carné: 79613529	FECHA: 9-10/25
R/.	Cantidad
SE SOLICITA:	
55. Terapia integral:	
Fisica - Fonoaudiologia - Ocupacional	# 16
Psicologia	#8

Recibido por:

AUGUSTO EDUARDO GONZALEZ TORRES
Médico SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA REGIONAL CUNDINAMARCA

Firma:
Documento:
Celular No.
Nombre Funcionario:

AUTORIZACIÓN DE TERAPIAS FISICAS (16) MES OCTUBRE 2025



Vigencia: 2024

0

Nro. Orden Vigencia Ultimo Nro. Orden:144

Buscar 0 2025 Buscar

Orden de Atención - Resolución de Topes 824
Regional CAQUETA

Orden Nro.	145	**Vigencia**	**2025**		
Funcionario	79613528	Buscar	VARGAS VASQUEZ ALBERTO		
Beneficiario	E - ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO				
Código contratista	102021	Buscar	MEDICED IPS S.A.S		
Especialidad	Atención domiciliaria	**Sub-especialidad**	Atención domiciliaria	Replicar	

Item	Concepto	Valor	Cantidad
1	3-1-10-Fisioterapias Y/O Terapias A Domicilio Hasta	50000	16

Grupo: 3 - Tratamiento Ambulatorio

Subgrupo: 3 - 1 - Consultas Sesiones Y Controles

Concepto: ... Valor $: 0 Cantidad: 0

Observaciones:

SE AUTORIZA EL DIA 10/10/2025 LA REALIZACION DE TERAPIAS FISICAS PARA LA BENEFICIARIA ANNY GABRIELA VARGAS DEL MES DE OCTUBRE 2025 POR PARTE DE MEDICED IPS.

Incluir Imprimir

Máximo 200 caracteres, hay digitados

HOJA DE LIQUIDACIÓN

Mediced IPS

Version: codigo: MED-PAD-001	version: 001	fecha de implementacion: 01-06-2025
Fecha: 31/10/2025	Identificacion: 1118365813	EPS: SANIDAD MILITAR
Nombre: Anny Gabriela Vargas Maldonado		Profesional: Dayan Cortes
Medico Tratante: Martha Liliana Espinel Garnica		Servicio: T. Fisicas

DETALLE	CAN	DETALLE	CAN	DETALLE	CAN
Dias de hospitalizacion		LABORATORIO		MEDICAMENTOS	
Cateterismo vesical		Cuadro hematico I		S.S.N 0.9% 500CC	
Drenaje de absceso		VSG III		Hartman 500cc	
Micronebulizacion		Glicemia I		DAD 0.5%	
Terapia respiratoria		Parcial de orina I		Amikacina x mg	
Terapia fisica	16	Coproscópico II		Ampicilina + Sulbactam	
Sesion por psicologia		Coprológico I		Ampicilina amp x	
Terapia ocupacional		Grupo y Rh I		B-B de hioscina 20mg	
Paracentesis		Amilasa II		Betametazona amp x	
Curación simple		Rec Plaquetas I		Cefalotina fco 1 gr	
Curación grande y/o mayor		A febriles II		Cefotaxime fco 1 gr	
Debridamiento		G. G I		Cefradina fco 1 gr	
Glucometría		P.T II		Ceftriaxona amp 1 gr	
Oximetría		P.T.T II		Ciprofloxacina 100mg	
Oxigenoterapia		Trigliceridos II		Claritromicina Amp. 500 mg	
Inyectologia		Creatinina I		Clindamicina amp 600 mg	
Control medico		BUN II		Diclofenaco amp 75 mg	
Visitas de Enfermeria x 12 horas		Bilirrubinas I		Dipirona amp x 1 gramo	
Tomas de muestras clinicas con traslado		Urocultivo I		Furosemida amp 20 mg	
Toma de muestras clinicas sin traslado		Cul Antibiograma I		Gentamicina amp x	
Nebulizaciones				Heparina BPM. Mg	
Monitoreo Fetal		OTROS		Hidrocortisona x 100mg	
Terapia fonoaudiologia				Imepenem amp x	
		INSUMOS		Meropenem amp x	
RAYOS X:		Buretrol		Metoclopramida amp x 8	
		Cateter / Tapón		Oxacilina fco 1 gr	
		Kit Nebulizar		P. benzatinica x	
ECOGRAFIAS:		Macrogoteo		P. G cristalina x	
		sonda nelaton No.		Piperacilina /tazobact 4.5gr	
		Yelco N° 18		Ranitidina amp 50 mg	
		Yelco N° 20		Tramal amp x	
		Yelco N° 22		Vancomicina amp x 500mg	
		Yelco No. 24		micronebulizador ped	
		Guantes talla		micronebulizador adulto	
Mediced IPS Nit. 901.150.492-1		Vendas		tubo tapa lila	
		Jeringas x 10 cc		tubo tapa roja	
		Jeringas x 5 cc		recolector de orina	
		Jeringas x 1 cc		ensure 400mg	
		Agujas cortas		Osmolte	
		Sonda foley #24 3 vias			
		Gel antibacterial			
		Jabon liquido			
OBSERVACIONES:		Gorros desechables			
		Bolsas desechables			
		Gasas			
		Tapabocas			

Mediced	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO	FECHA DE EMISION
		PÁG. 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, OCUPACIONALES, DE LENGUAJE Y/O PSICOLÓGICAS

Día	Mes	Año
09	10	25

Sandra Eugenia Maldonado mayor de edad, identificado(a) con CC No. 26631830 de Albania, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de Madre (parentesco) del paciente, usuario ACTIVO de Mediced (Sede) ; manifiesto por medio del presente documento que,

1. He sido informado de la naturaleza de los procesos terapéuticos físicos, ocupacionales y/o de fonoaudiología que serán realizados en mi y/o el paciente de quien funjo como familiar responsable.

2. Se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mi, de los aspectos relacionados a la prestación del servicio de terapias físicas, ocupacionales, o del lenguaje, y/o psicológicas, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido respondidas adecuadamente.

3. Entiendo y acepto los riesgos de realizar el servicio terapéutico a practicar, que aunque normalmente son mínimos y leves, pueden incluir fatiga física y/o emocional, negatividad al tratamiento, monotonía, estrés, irritabilidad, llanto, desobediencia, agresividad, entre otros.

4. En los casos de ser necesario, acepto y estoy dispuesto(a) a seguir las instrucciones y recomendaciones brindadas por el profesional asignado, para la realización de las actividades de apoyo terapéutico en el hogar y/o sin la presencia del terapeuta, con el fin de facilitar la continuidad en el avance del proceso terapéutico.

5. Soy responsable del acompañamiento permanente a mi familiar e informar las novedad o alteraciones clínicas al personal de enfermería para tomar medidas o acciones correspondientes.

Teniendo en cuenta que se me ha informado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, ACEPTO X NO ACEPTO ____, el servicio brindado y doy mi autorización para la realización de los procedimientos terapéuticos.

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad y sin haber estado sujeto(a) ningún tipo de presión para hacerlo, conociendo que esta información es estrictamente confidencial para ser conservada en expediente médico.

Firma y/o huella del paciente

Firma de Familiar Responsable

Nombres y Apellidos del Paciente: Finny Gabriela Vargas Maldonado
Documento de Identidad: CC 1118365813 Edad: 18
Lugar y Fecha de Nacimiento: Florencia - 15-01-2007
Nombre del Familiar Responsable: Sandra Eugenia Maldonado Onen.
Documento de Identidad: 26631830 Teléfono: 3124332993

Mediced IPS	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	CONTROL DE SERVICIOS PRESTADOS	FECHA DE EMISION
		PÁG. 1 DE 2

Nombres y Apellidos: Dayann Camila Cortes Adolfine

No. Identificación: 1006510827 Cargo: Fisioterapeuta

Servicio Prestado:

Auxiliar de Enfermería		Terapias Físicas	X	Fonoaudiología	
Terapias Ocupacionales		Terapias Respiratorias		Terapia Psicológica	

Nombre Del Paciente: Anny Gabriela Vargas No. Identificación: 1118365587

N°	FECHA			FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PERSONAL ENCARGADO
	DD	MM	AA		
1	09	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
2	10	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
3	11	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
4	13	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
5	14	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
6	15	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
7	16	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
8	17	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
9	18	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
10	20	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
11	21	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
12	22	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
13	23	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
14	24	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
15	27	10	25		Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827

Mediced IPS	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	CONTROL DE SERVICIOS PRESTADOS	FECHA DE EMISION
		PÁG. 2 DE 2

N°	DD	MM	AA	FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PERSONAL ENCARGADO
16	28	10	25		Dayana Carolina Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Observaciones:

EVOLUCION TERAPEUTICA

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO

DOCUMENTO:	~~CC~~	CE	RC	TI	No. 1118365813	EDAD:	18	GÉNERO:	~~F~~	M	I

TERAPIA REALIZADA	OCUPACIONAL		RESPIRATORIA		PSICOLÓGICA	
	LENGUAJE		FISICA	X	OTRA	

NOMBRE DEL TERAPEUTA: DAYANN CAMILA CORTES ADAIME

Al iniciar la terapia, incluya hora y actividad que realiza en el Paciente.

FECHA				DETALLES	FIRMA PROFESIONAL
DD	MM	AA	HORA		
09	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino, en compañía de su madre. Se inicia terapia física con estimulación visual, empleando luces de neón, imágenes y signos para contribuir a la capacidad de la comprensión social y mejorar las competencias cognitivas, seguidamente se realiza trabajo de coordinación, haciendo uso de aros de colores y pimpones para aportar al agarre completo y funcional, finalizando con balanceos leves en balón de Bobath para trabajar el sistema vestibular. Se finaliza sesión con movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para relajar la musculatura. Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
10	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama, en compañía de su madre. Se inicia sesión de terapia física con movilización manual de tejidos profundos con crema, para activar la musculatura y evitar lesiones, se continua la sesión levantando al paciente y ubicándolo en posición sedente a borde de cama con apoyo de su madre, al mismo tiempo se realiza estiramiento sostenido de sus extremidades inferiores para ganar rangos de movilidad. Se finaliza terapia con usuario en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
11	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama en compañía de cuidadora. Se inicia terapia física como movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para activar la musculatura, se continúa con ejercicios en pelota de Pilates para mejorar el equilibrio de tronco y el control cefálico. Se finaliza con masaje con percutor en toda su extremidades para relajar la musculatura, evitar contracción muscular.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827

13	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama, en compañía de familiares. Se inicia sesión de terapia física con movilización articular activo asistida de todas sus extremidades durante 10 minutos, se continua con flexión y extensión de rodilla, con una breve resistencia para aumentar rangos de movilidad. Se finaliza sesión con movilización manual acompañado de percutor en su abdomen para mejorar la digestión (estreñimiento). Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
14	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama, en compañía de su madre. Se inicia sesión de terapia física con movilización manual de tejidos profundos con crema, para activar la musculatura y evitar lesiones, se continua la sesión levantando al paciente y ubicándolo en posición sedente a borde de cama con apoyo de su hermana, al mismo tiempo se realiza estiramiento sostenido de sus extremidades inferiores para ganar rangos de movilidad. Se finaliza terapia con usuario en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
15	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino, en compañía de su madre. Se inicia sesión de terapia física con movilización manual de tejidos profundos con crema, para activar la musculatura y evitar lesiones, se continua la sesión levantando al paciente y ubicándolo en posición sedente a borde de cama con apoyo de su madre, al mismo tiempo se realiza movilidad articular de sus extremidades. Se finaliza con estiramientos asistidos en todas sus extremidades para evitar rigidez articular por el postramiento en cama. Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y acompañado de su madre.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
16	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino, en compañía de su madre y cuidadora. Se inicia sesión de terapia física con movilización articular asistida de todas sus extremidades durante 10 minutos, se continua con ejercicios activos asistidos en sus extremidades con el fin de fortalecer y ganar masa muscular, cada ejercicio se realizó de a 2 series de 12 repeticiones. Se finaliza sesión con movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para relajar la musculatura. Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827

17	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama, en compañía de familiares. Se inicia terapia física con balanceos en colchoneta para estimular el sistema vestibular, seguidamente se realiza fortalecimiento de miembros inferiores con movimiento de las piernas del paciente en forma de bicicleta. Se finaliza sesión con movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para relajar la musculatura. Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
18	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino, en compañía de su madre y su padre. Se inicia sesión de terapia física con movilización articular asistida de todas sus extremidades durante 10 minutos, se continua con ejercicios de corrección de postura de cadera y extremidades inferiores y a su vez fortaleciendo sus extremidades, cada ejercicio se realizó de a 3 series de 12 repeticiones. Se finaliza sesión con movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para relajar la musculatura. Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
20	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama en compañía de su madre. Se inicia terapia física como movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para activar la musculatura, se continúa con ejercicios en pelota de pilates para mejorar el equilibrio de tronco y el control cefálico. Se finaliza con masaje con percutor en toda su extremidades para relajar la musculatura, evitar contracción muscular.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
21	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama, en compañía de familiares. Se inicia sesión de terapia física con movilización articular asistida de todas sus extremidades durante 10 minutos, se continua con ejercicios asistidos en sus extremidades con el fin evitar mayor rigidez articular, cada ejercicio se realizó de a 3 series de 13 repeticiones. Se finaliza sesión con masoterapia en todas sus extremidades para relajar la musculatura. Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827

22	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino, en compañía de su madre y cuidadora. Se inicia sesión de terapia física con intervención sedativa con manta térmica durante 10 minutos para ayudar con el dolor abdominal, se continua con neuromodulación con tens en puntos específicos para estimular la musculatura. Se finaliza sesión con movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para relajar la musculatura. Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
23	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama en compañía de su madre. Se inicia terapia física como movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para activar la musculatura, se continúa con ejercicios en pelota de pilates para mejorar el equilibrio de tronco y el control cefálico. Se finaliza con masaje con percutor en toda su extremidades para relajar la musculatura, evitar contracción muscular.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
24	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, quien se encuentra en su posición decúbito supino en cama en compañía de su cuidadora. Se inicia sesión de terapia física con movilidad articular de extremidades inferiores, se continua con colocación en bipedestación para corregir postura y evitar mayor desviación de columna Se finaliza con recomendación al familiar sobre la importancia de la continua movilidad de las piernas.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
27	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino en cama, en compañía de su madre. Se inicia sesión de terapia física con movilización manual de tejidos profundos con crema, para activar la musculatura y evitar lesiones, se continua la sesión levantando al paciente y ubicándolo en posición sedente a borde de cama con apoyo de su madre, al mismo tiempo se realiza estiramiento sostenido de sus extremidades inferiores para ganar rangos de movilidad. Se finaliza terapia con usuario en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827
28	10	25	17:00	Paciente de sexo femenino de 18 años de edad quien se encuentra en su vivienda en posición decúbito supino, en compañía de su madre. Se inicia sesión de terapia física con movilización articular activo asistida de todas sus extremidades durante 10 minutos, se continua con flexión y extensión de rodilla, con una breve resistencia para aumentar rangos de movilidad. Se finaliza sesión con movilización manual de tejidos profundos en todas sus extremidades para relajar la musculatura. Usuario quien termina sesión en óptimas condiciones y sin complicaciones.	Dayann Camila Cortés A. FISIOTERAPEUTA C.C. 1006510827

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL

Fecha: 31/10/2025

Nombre del Paciente: Any Gabriela Vargas Documento No. 1118365873

Entidad: Mediced (Sena) Beneficiario: X Cotizante:

Dirección: Teléfono: 3124332893

Responsable: Sandra Eugenia Parentesco: Madre

Para nosotros su opinión sobre la calidad de nuestro servicio es de gran utilidad para el mejoramiento continuo del Programa de Hospitalización Domiciliaria PHD.

Por favor lea las siguientes preguntas y *marque con una "X"*

1. ACCESO Y OPORTUNIDAD		
¿El servicio fue prestado en la fecha y hora acordadas?	SI X	NO
¿Recibió información clara sobre cómo acceder al servicio?	SI X	NO
¿Las instalaciones de la institución son aptas para el ingreso y atención de pacientes con discapacidad? (No aplica para atención domiciliaria)	SI X	NO
2. ATENCIÓN DEL PERSONAL		
¿El personal de salud fue respetuoso y amable?	SI X	NO
¿El personal porta adecuadamente y de manera higiénica la indumentaria adecuada?	X	
¿El personal cuenta con conocimientos y aptitudes necesarios para su atención?	SI X	NO
¿El personal escucha sus necesidades y responde a sus preguntas?	SI X	NO
3. CONDICIONES DEL SERVICIO		
¿Las condiciones del lugar en donde se prestó el servicio fueron adecuadas?	SI X	NO
¿Los equipos o materiales utilizados estaban en buen estado y eran apropiados?	SI X	NO
¿El personal prestó sus servicios en el tiempo dispuesto por la institución para los procesos terapéuticos (30 minutos de actividad terapéutica y 15 minutos de actividad administrativa)?	SI X	NO
4. RESULTADOS OBTENIDOS Y CONTINUIDAD		
¿Ha notado mejoría o beneficio con la atención recibida?	SI X	NO
¿Le informaron sobre las próximas sesiones o seguimientos programados?	SI X	NO
¿Recomendaría el servicio a otros usuarios?	SI X	NO

El servicio prestado por el Programa de Hospitalización Domiciliaria - MEDICED I.P.S. fue:

Excelente	X	Regular	
Bueno		Malo	

Coméntenos su opinión:

Dayana Camila Cortés A.
FISIOTERAPEUTA
C.C. 1006510827

Firma del Encuestador

Firma del Encuestado

ORDEN No. 145 – ANNY GABRIELA VARGAS – TERAPIAS FISICAS – MEDICEP IPS SAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS SMA

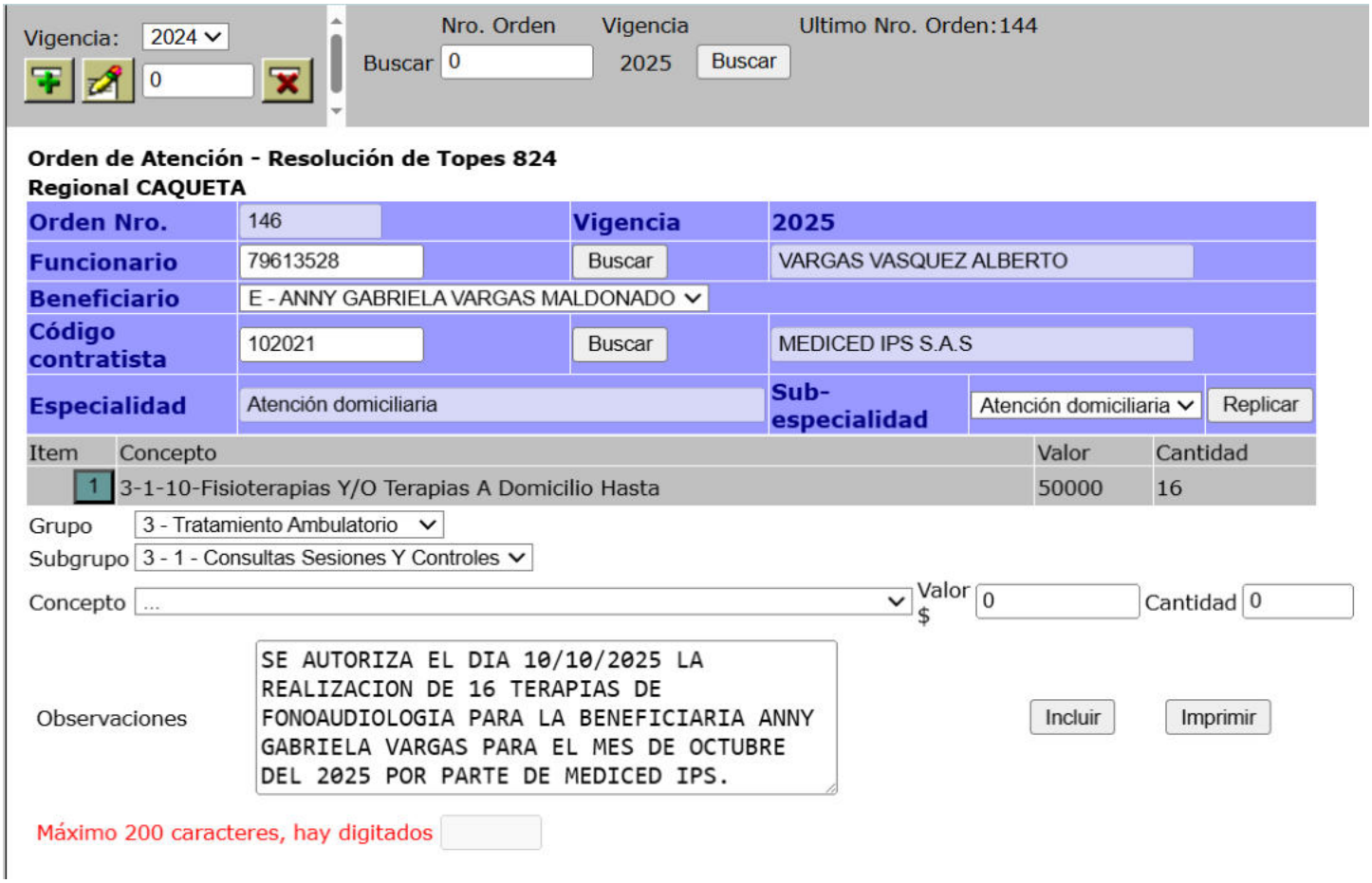
BENEFICIARIO: Anny Vargas	CÉDULA: 1118365813
No. Carné: 79613529	FECHA: 9-10/25
R/.	Cantidad
SE SOLICITA:	
55. Terapia integral:	
Fisica - Fonoaudiologia - Ocupacional	# 16
Psicologia	#8

Recibido por:

AUGUSTO EDUARDO GONZALEZ TORRES
Médico SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA REGIONAL CUNDINAMARCA

Firma:
Documento:
Celular No.
Nombre Funcionario:

AUTORIZACIÓN DE TERAPIAS FONOAUDIOLOGIA (16) MES OCTUBRE 2025



Vigencia: 2024

0

Nro. Orden Vigencia Ultimo Nro. Orden:144

Buscar 0 2025 Buscar

Orden de Atención - Resolución de Topes 824

Regional CAQUETA

Orden Nro.	146	**Vigencia**	**2025**		
Funcionario	79613528	Buscar	VARGAS VASQUEZ ALBERTO		
Beneficiario	E - ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO				
Código contratista	102021	Buscar	MEDICED IPS S.A.S		
Especialidad	Atención domiciliaria	**Sub-especialidad**	Atención domiciliaria	Replicar	

Item	Concepto	Valor	Cantidad
1	3-1-10-Fisioterapias Y/O Terapias A Domicilio Hasta	50000	16

Grupo 3 - Tratamiento Ambulatorio

Subgrupo 3 - 1 - Consultas Sesiones Y Controles

Concepto ... Valor $ 0 Cantidad 0

Observaciones

SE AUTORIZA EL DIA 10/10/2025 LA REALIZACION DE 16 TERAPIAS DE FONOAUDIOLOGIA PARA LA BENEFICIARIA ANNY GABRIELA VARGAS PARA EL MES DE OCTUBRE DEL 2025 POR PARTE DE MEDICED IPS.

Incluir Imprimir

Máximo 200 caracteres, hay digitados

HOJA DE LIQUIDACIÓN

Mediced

Version: codigo: MED-PAD-001	version: 001	fecha de implementacion: 01-06-2025
Fecha: Octubre 01 de 2025	Identificacion: 1118365813	EPS: SENA
Nombre: ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO		Profesional: LUZ STELLA MEZQUITA ORTIZ
Medico Tratante: MARTHA LILIANA ESPINEL GARNICA		Servicio: FONOAUDIOLOGIA

DETALLE	CAN	DETALLE	CAN	DETALLE	CAN
Dias de hospitalizacion		LABORATORIO		MEDICAMENTOS	
Cateterismo vesical		Cuadro hematico I		S.S.N 0.9% 500CC	
Drenaje de absceso		VSG III		Hartman 500cc	
Micronebulizacion		Glicemia I		DAD 0.5%	
Terapia respiratoria		Parcial de orina I		Amikacina x mg	
Terapia fisica		Coproscópico II		Ampicilina + Sulbactam	
Sesion por psicologia		Coprológico I		Ampicilina amp x	
Terapia ocupacional		Grupo y Rh I		B-B de hioscina 20mg	
Paracentesis		Amilasa II		Betametazona amp x	
Curación simple		Rec Plaquetas I		Cefalotina fco 1 gr	
Curación grande y/o mayor		A febriles II		Cefotaxime fco 1 gr	
Debridamiento		G. G I		Cefradina fco 1 gr	
Glucometría		P.T II		Ceftriaxona amp 1 gr	
Oximetría		P.T.T II		Ciprofloxacina 100mg	
Oxigenoterapia		Trigliceridos II		Claritromicina Amp. 500 mg	
Inyectologia		Creatinina I		Clindamicina amp 600 mg	
Control medico		BUN II		Diclofenaco amp 75 mg	
Visitas de Enfermeria x 12 horas		Bilirrubinas I		Dipirona amp x 1 gramo	
Tomas de muestras clinicas con traslado		Urocultivo I		Furosemida amp 20 mg	
Toma de muestras clinicas sin traslado		Cul Antibiograma I		Gentamicina amp x	
Nebulizaciones				Heparina BPM. Mg	
Monitoreo Fetal		OTROS		Hidrocortisona x 100mg	
Terapia fonoaudiologia	16			Imepenem amp x	
		INSUMOS		Meropenem amp x	
RAYOS X:		Buretrol		Metoclopramida amp x 8	
		Cateter / Tapón		Oxacilina fco 1 gr	
		Kit Nebulizar		P. benzatinica x	
ECOGRAFIAS:		Macrogoteo		P. G cristalina x	
		sonda nelaton No.		Piperacilina /tazobact 4.5gr	
		Yelco N° 18		Ranitidina amp 50 mg	
		Yelco N° 20		Tramal amp x	
		Yelco N° 22		Vancomicina amp x 500mg	
		Yelco No. 24		micronebulizador ped	
		Guantes talla		micronebulizador adulto	
		Vendas		tubo tapa lila	
Mediced IPS		Jeringas x 10 cc		tubo tapa roja	
		Jeringas x 5 cc		recolector de orina	
NIT. 901.150.492-1		Jeringas x 1 cc		ensure 400mg	
		Agujas cortas		Osmolte	
		Sonda foley #24 3 vias		berodual	
		Gel antibacterial			
		Jabon liquido			
OBSERVACIONES:		Gorros desechables			
		Bolsas desechables			
		Gasas			
		Tapabocas			

Mediced IPS	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO	FECHA DE EMISION
		PÁG. 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, OCUPACIONALES, DE LENGUAJE Y/O PSICOLÓGICAS

Día	Mes	Año
01	10	2025

Yo, SANDRA EUGENIA MALDONADO ONE, mayor de edad, identificado(a) con CC No. 40671114 de Florencia- Caquetá, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de Madre (parentesco) del paciente, usuario ACTIVO de SENA; manifiesto por medio del presente documento que,

1. He sido informado de la naturaleza de los procesos terapéuticos físicos, ocupacionales y/o de fonoaudiología que serán realizados en mi y/o el paciente de quien funjo como familiar responsable.

2. Se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mi, de los aspectos relacionados a la prestación del servicio de terapias físicas, ocupacionales, o del lenguaje, y/o psicológicas, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido respondidas adecuadamente.

3. Entiendo y acepto los riesgos de realizar el servicio terapéutico a practicar, que aunque normalmente son mínimos y leves, pueden incluir fatiga física y/o emocional, negatividad al tratamiento, monotonía, estrés, irritabilidad, llanto, desobediencia, agresividad, entre otros.

4. En los casos de ser necesario, acepto y estoy dispuesto(a) a seguir las instrucciones y recomendaciones brindadas por el profesional asignado, para la realización de las actividades de apoyo terapéutico en el hogar y/o sin la presencia del terapeuta, con el fin de facilitar la continuidad en el avance del proceso terapéutico.

5. Soy responsable del acompañamiento permanente a mi familiar e informar las novedad o alteraciones clínicas al personal de enfermería para tomar medidas o acciones correspondientes.

Teniendo en cuenta que se me ha informado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, ACEPTO **X** NO ACEPTO ____, el servicio brindado y doy mi autorización para la realización de los procedimientos terapéuticos.

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad y sin haber estado sujeto(a) ningún tipo de presión para hacerlo, conociendo que esta información es estrictamente confidencial para ser conservada en expediente médico.

Firma y/o huella del paciente

Firma de Familiar Responsable

Nombres y Apellidos del Paciente: **ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO**
Documento de Identidad: c.c. 1118365813 Edad: 18 años
Lugar y Fecha de Nacimiento: Enero 15 de 2007
Nombre del Familiar Responsable: SANDRA EUGENIA MALDONADO ONE
Documento de Identidad: 40671114 Teléfono: 3124332993

Mediced	PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PHD	CODIGO
		VERSION
	CONTROL DE SERVICIOS PRESTADOS	FECHA DE EMISION
		PÁG. 1 DE 2

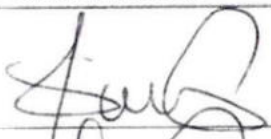
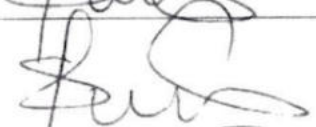
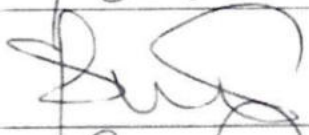
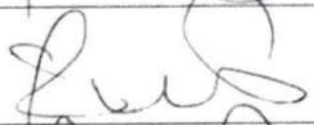
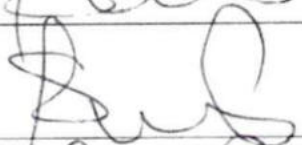
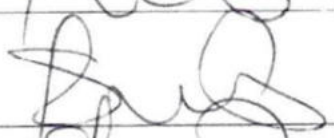
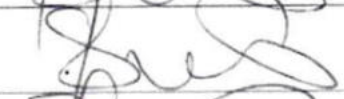
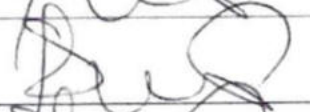
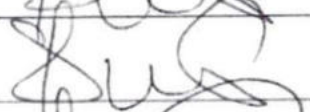
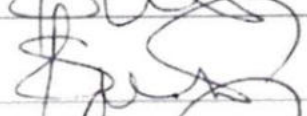
Nombres y Apellidos: LUZ STELLA MEZQUITA ORTIZ

No. Identificación: CC. 40768457 Cargo: TERAPEUTA DEL LENGUAJE

Servicio Prestado:

Enfermería		Terapias Físicas		Fonoaudiología	X
Terapias Ocupacionales		Terapias Respiratorias		Visita Médica	

Nombre Del Paciente: ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO No. Identificación: 1118365813

N°	FECHA			FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PERSONAL ENCARGADO
	DD	MM	AA		
1	9	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
2	10	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
3	11	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
4	14	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
5	15	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
6	16	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
7	17	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
8	20	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
9	21	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
10	22	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
11	23	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
12	24	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389

Mediced	PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PHD	CODIGO
		VERSION
	CONTROL DE SERVICIOS PRESTADOS	FECHA DE EMISION
		PÁG. 2 DE 2

N°	DD	MM	AA	FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PERSONAL ENCARGADO
13	27	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
14	28	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
15	29	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389
16	30	10	2025		Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R N° 389

Observaciones:

EVOLUCION TERAPEUTICA

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO

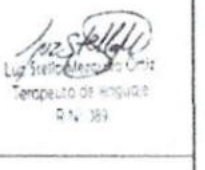
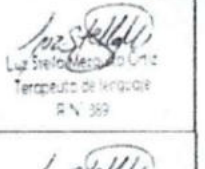
DOCUMENTO:	CC X	CE	RC	TI	1118365813	EDAD:	18 años	GÉNERO:	F X	M	I

TERAPIA REALIZADA	OCUPACIONAL		RESPIRATORIA		PSICOLÓGICA	
	LENGUAJE	X	FISICA		OTRA	

NOMBRE DEL TERAPEUTA: LUZ STELLA MEZQUITA ORTIZ

Al iniciar la terapia, incluya hora y actividad que realiza en el Paciente.

FECHA				DETALLES	FIRMA PROFESIONAL
DD	MM	AA	HORA		
9	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas quien presenta dificultades articulatorias. muestra avances en coordinación y manejo de punto y modo articulatorio. se realizan praxias linguo labiales y en mejillas en forma activa e imitativa buscando mejorar procesos articulatorios.	Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R.N. 389
10	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas quien presenta dificultad en análisis y manejo de información lectora y escrita. muestra avances en identificación de temáticas principales de los textos trabajados. se realizaron actividades de lectura compartida y pregunta- respuesta buscando desarrollar habilidades lectoras y escritas para el manejo de la información textual.	Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R.N. 389
11	10	25	5:30 p. m.	Paciente con cierta lentitud en manejo de habilidades neuro comunicativas. muestra logros en organización y discriminación de información. a través de actividades de mesa como crucigrama, sopa de letras y completación de textos se busca incrementar habilidad para manejo de información.	Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R.N. 389
14	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas quien presenta dificultades en procesos motores de habla. muestra logros en fuerza y coordinación articulatoria. mediante ejercicios de punto y modo articulatorio, producción fonemática aislada y coordinación en habla espontánea se estimula manejo funcional de procesos motores de habla.	Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R.N. 389
15	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas con dificultades en asimilación e integración de la información. muestra avances en manejo de ideas principales y manejo de procesos básicos de análisis. mediante presentación de lectura de análisis pausado se realiza manejo de información relacionada como ampliación de habilidades de competencia comunicativa.	Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R.N. 389
16	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas con dificultades en lectura comprensiva. muestra avances en identificación de ideas secundarias y datos generales referentes en el texto. se realiza lectura compartida con manejo de párrafo y pregunta- respuesta buscando desarrollar proceso de análisis de lectura necesarios para su vida escolar.	Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R.N. 389

17	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas con dificultades a nivel neumofónico. muestra mayor aguante respiratorio. a través de trabajo con material relacionado con soplo, trabajo con pitillos, conteo y coordinación fono respiratorio se busca incrementar y coordinar manejo neumofónico.	
20	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas con alteración en lenguaje estructural expresivo oral. muestra avances en manejo de complementos de cualidad y tiempo. se realiza actividad relacionada con completación de textos bajo guía de preguntas buscando ampliar manejo de lenguaje estructural expresivo.	
21	10	25	5:30 p. m.	Paciente con dificultades en manejo de competencia comunicativa acorde a su edad cronológica. muestra mayor seguridad en expresiones orales de uso cotidiano y académico. se realiza actividad de completación de textos orales y escritos con expresiones cotidianas usadas en diferentes espacios y conversaciones.	
22	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas quien presenta fallas en cualidades vocales fundamentales. muestra manejo más acertado de timbre e intensidad. mediante ejercicios de variación entonacional, de intensidad y manejo de timbre se busca instaurar aceptable manejo de cualidades vocales fundamentales.	
23	10	25	5:30 p. m.	Paciente con marcadas fallas en lenguaje comprensivo. inicia manejo centrado de información importante. se realiza lectura comprensiva compartida y observación laminaria con manejo de pregunta-respuesta buscando incrementar mejor uso de lenguaje comprensivo.	
24	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas quien presenta imprecisión en movimientos linguo labiales. muestra logros a nivel lingual. se realizan praxias en lengua, labios y mejillas buscando coordinar y regular movimientos.	
27	10	25	5:30 p. m.	Paciente quien presenta fallas articulatorias en medio de palabas polisílabas que dificultan entender su habla. muestra logros al realizar expresión oral guiada y pausada. a través de praxias activas e imitativas en lengua y labios con apoyo lector e imitativo se busca instaurar posiciones tipo claras y entendibles en expresión oral en general.	
28	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas quien presenta cierta lentitud en manejo de dispositivos básicos de aprendizaje. muestra mejor manejo de análisis y memoria. a través de apoyo con material audio visual se busca incrementar habilidades en identificación, análisis y retención de información.	
29	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas con manejo inmaduro de funciones lingüísticas interpersonal- competencia comunicativa. muestra avances al sostener conversación corta y secuencial. mediante lectura compartida de noticia y conversación referente con pregunta-respuesta se estimula el uso activo, espontáneo y funcional de función lingüística interpersonal con conversación sostenida.	

30	10	25	5:30 p. m.	Paciente en silla de ruedas quien presenta irregular manejo de esqueletos fonemáticos. denota un poco más de precisión al articular. se realizan ejercicios articulatorios de tipo activo, imitativo y en espejo buscando mejorar articulación en general.	Luz Stella Mezquita Ortiz Terapeuta de lenguaje R.N. 389

OBSERVACIONES

Firma paciente o Familiar

Luz Stella Mezquita Ortiz
Terapeuta de lenguaje
R.N. 389

Firma Profesional Responsable

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL

Fecha: Octubre 29/25

Nombre del Paciente: **ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO** Documento No. 1118365813

Entidad: SENA Beneficiario: **X** Cotizante:

Dirección: Cr 11 # 20-80 Sur Teléfono: 3124332993

Conjunto Colinas del Valle

Responsable: SANDRA EUGENIA MALDONADO Parentesco: Madre

ONE

Para nosotros su opinión sobre la calidad de nuestro servicio es de gran utilidad para el mejoramiento continuo del Programa de Hospitalización Domiciliaria PHD.

Por favor lea las siguientes preguntas y *marque con una "X"*

1. ACCESO Y OPORTUNIDAD		
¿El servicio fue prestado en la fecha y hora acordadas?	SI X	NO
¿Recibió información clara sobre cómo acceder al servicio?	SI X	NO
¿Las instalaciones de la institución son aptas para el ingreso y atención de pacientes con discapacidad? (No aplica para atención domiciliaria)	SI X	NO
2. ATENCIÓN DEL PERSONAL		
¿El personal de salud fue respetuoso y amable?	SI X	NO
¿El personal porta adecuadamente y de manera higiénica la indumentaria adecuada?	SI X	NO
¿El personal cuenta con conocimientos y aptitudes necesarios para su atención?	SI X	NO
¿El personal escucha sus necesidades y responde a sus preguntas?	SI X	NO
3. CONDICIONES DEL SERVICIO		
¿Las condiciones del lugar en donde se prestó el servicio fueron adecuadas?	SI X	NO
¿Los equipos o materiales utilizados estaban en buen estado y eran apropiados?	SI X	NO
¿El personal prestó sus servicios en el tiempo dispuesto por la institución para los procesos terapéuticos (30 minutos de actividad terapéutica y 15 minutos de actividad administrativa)?	SI X	NO
4. RESULTADOS OBTENIDOS Y CONTINUIDAD		
¿Ha notado mejoría o beneficio con la atención recibida?	SI X	NO
¿Le informaron sobre las próximas sesiones o seguimientos programados?	SI X	NO
¿Recomendaría el servicio a otros usuarios?	SI X	NO

El servicio prestado por el Programa de Hospitalización Domiciliaria - MEDICED I.P.S. fue:

Excelente X		Regular	

Bueno		Malo	

Coméntenos su opinión:

Luz Stella Mezquita Ortiz
Terapeuta de lenguaje
R N° 389

Firma del Encuestador

Firma del Encuestado

ORDEN No. 145 – ANNY GABRIELA VARGAS – TERAPIAS FISICAS – MEDICEP IPS SAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS SMA

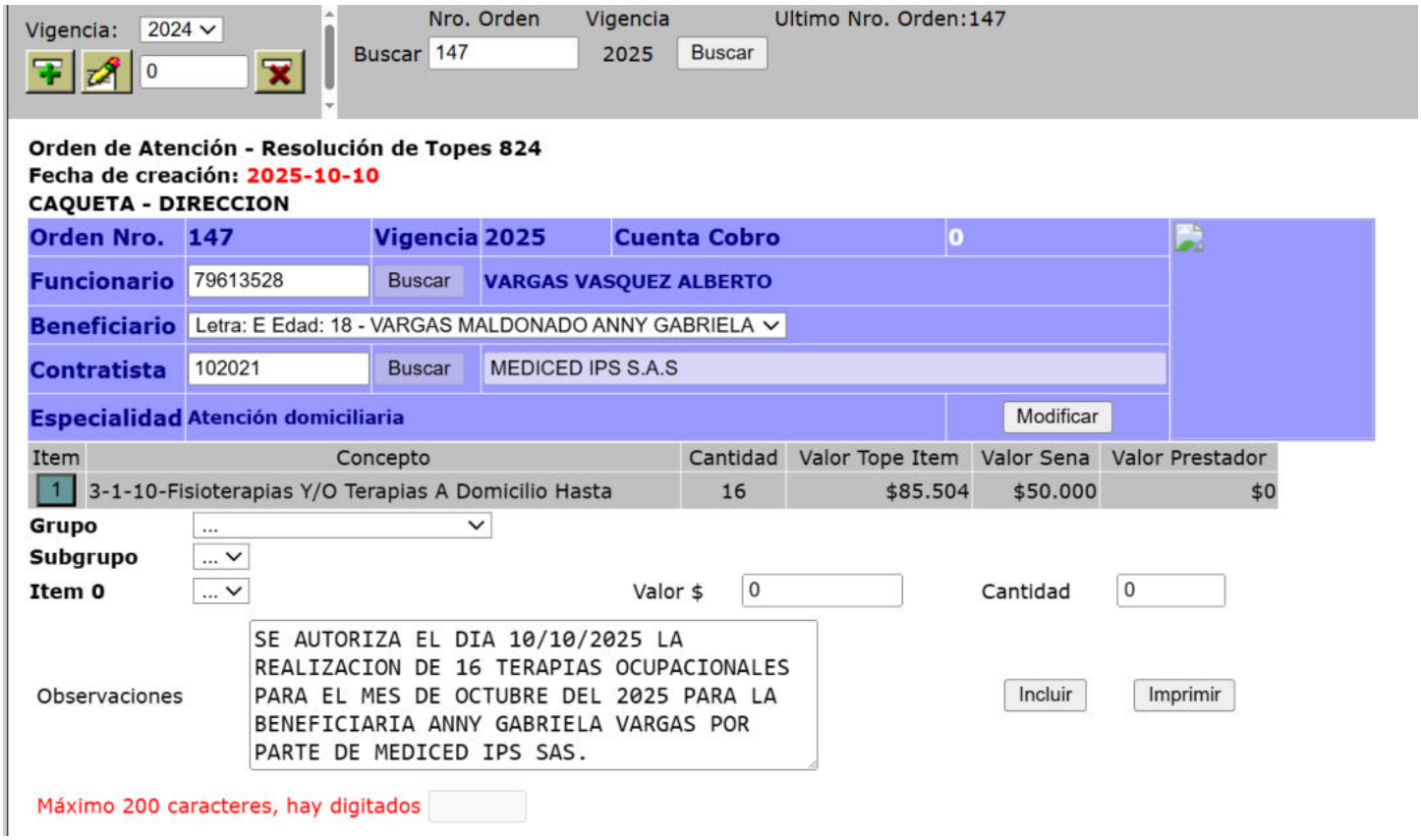
BENEFICIARIO: Anny Vargas	CÉDULA: 1118365813
No. Carné: 79613529	FECHA: 9-10/25
R/.	Cantidad
SE SOLICITA:	
55. Terapia integral:	
Fisica - Fonoaudiologia - Ocupacional	# 16
Psicologia	#8

Recibido por:

AUGUSTO EDUARDO GONZALEZ TORRES
Médico SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA REGIONAL CUNDINAMARCA

Firma:
Documento:
Celular No.
Nombre Funcionario:

AUTORIZACIÓN DE TERAPIAS OCUPACIONALES (16) MES OCTUBRE 2025



Vigencia: 2024

0

Nro. Orden Vigencia Ultimo Nro. Orden:147

Buscar 147 2025 Buscar

Orden de Atención - Resolución de Topes 824
Fecha de creación: 2025-10-10
CAQUETA - DIRECCION

Orden Nro.	**147**	**Vigencia**	**2025**	**Cuenta Cobro**	**0**
Funcionario	79613528 Buscar	**VARGAS VASQUEZ ALBERTO**			
Beneficiario	Letra: E Edad: 18 - VARGAS MALDONADO ANNY GABRIELA				
Contratista	102021 Buscar	MEDICED IPS S.A.S			
Especialidad	**Atención domiciliaria**			Modificar	

Item	Concepto	Cantidad	Valor Tope Item	Valor Sena	Valor Prestador
1	3-1-10-Fisioterapias Y/O Terapias A Domicilio Hasta	16	$85.504	$50.000	$0

Grupo ...

Subgrupo ...

Item 0 ... Valor $ 0 Cantidad 0

Observaciones

SE AUTORIZA EL DIA 10/10/2025 LA REALIZACION DE 16 TERAPIAS OCUPACIONALES PARA EL MES DE OCTUBRE DEL 2025 PARA LA BENEFICIARIA ANNY GABRIELA VARGAS POR PARTE DE MEDICED IPS SAS.

Incluir Imprimir

Máximo 200 caracteres, hay digitados

HOJA DE LIQUIDACIÓN

Mediced IPS

Version: codigo: MED-PAD-001	version: 001	fecha de implementacion: 01-06-2025
Fecha: 31. 10. 2025	Identificacion: 1.118.365.813	EPS: SANIDAD MILITAR
Nombre: Dmy Gabriela Vargas Maldonado		Profesional: Ingri Viviana Hurtado C
Medico Tratante: MARTHA LILIANA ESPINEL GARNICA		Servicio: T. Ocupacional

DETALLE	CAN	DETALLE	CAN	DETALLE	CAN
Dias de hospitalizacion		LABORATORIO		MEDICAMENTOS	
Cateterismo vesical		Cuadro hematico I		S.S.N 0.9% 500CC	
Drenaje de absceso		VSG III		Hartman 500cc	
Micronebulizacion		Glicemia I		DAD 0.5%	
Terapia respiratoria		Parcial de orina I		Amikacina x mg	
Terapia fisica		Coproscópico II		Ampicilina + Sulbactam	
Sesion por psicologia		Coprológico I		Ampicilina amp x	
Terapia ocupacional	16	Grupo y Rh I		B-B de hioscina 20mg	
Paracentesis		Amilasa II		Betametazona amp x	
Curación simple		Rec Plaquetas I		Cefalotina fco 1 gr	
Curación grande y/o mayor		A febriles II		Cefotaxime fco 1 gr	
Debridamiento		G. G I		Cefradina fco 1 gr	
Glucometría		P.T II		Ceftriaxona amp 1 gr	
Oximetría		P.T.T II		Ciprofloxacina 100mg	
Oxigenoterapia		Trigliceridos II		Claritromicina Amp. 500 mg	
Inyectologia		Creatinina I		Clindamicina amp 600 mg	
Control medico		BUN II		Diclofenaco amp 75 mg	
Visitas de Enfermeria x 12 horas		Bilirrubinas I		Dipirona amp x 1 gramo	
Tomas de muestras clinicas con traslado		Urocultivo I		Furosemida amp 20 mg	
Toma de muestras clinicas sin traslado		Cul Antibiograma I		Gentamicina amp x	
Nebulizaciones				Heparina BPM. Mg	
Monitoreo Fetal		OTROS		Hidrocortisona x 100mg	
Terapia fonoaudiologia				Imepenem amp x	
		INSUMOS		Meropenem amp x	
RAYOS X:		Buretrol		Metoclopramida amp x 8	
		Cateter / Tapón		Oxacilina fco 1 gr	
		Kit Nebulizar		P. benzatinica x	
ECOGRAFIAS:		Macrogoteo		P. G cristalina x	
		sonda nelaton No.		Piperacilina /tazobact 4.5gr	
		Yelco N° 18		Ranitidina amp 50 mg	
		Yelco N° 20		Tramal amp x	
		Yelco N° 22		Vancomicina amp x 500mg	
Mediced IPS		Yelco No. 24		micronebulizador ped	
		Guantes talla		micronebulizador adulto	
		Vendas		tubo tapa lila	
NIT. 901.150.492-1		Jeringas x 10 cc		tubo tapa roja	
		Jeringas x 5 cc		recolector de orina	
		Jeringas x 1 cc		ensure 400mg	
		Agujas cortas		Osmolte	
		Sonda foley #24 3 vias			
		Gel antibacterial			
		Jabon liquido			
OBSERVACIONES:		Gorros desechables			
		Bolsas desechables			
		Gasas			
		Tapabocas			

Mediced	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO	FECHA DE EMISION
		PÁG. 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, OCUPACIONALES, DE LENGUAJE Y/O PSICOLÓGICAS

Día	Mes	Año
10	10	25

Sandra Eugenia Maldonado mayor de edad, identificado(a) con CC No. 26631830 de Florencia, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de Madre (parentesco) del paciente, usuario ACTIVO de Anny Gabriela Vargas; manifiesto por medio del presente documento que,

1. He sido informado de la naturaleza de los procesos terapéuticos físicos, ocupacionales y/o de fonoaudiología que serán realizados en mi y/o el paciente de quien funjo como familiar responsable.

2. Se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mi, de los aspectos relacionados a la prestación del servicio de terapias físicas, ocupacionales, o del lenguaje, y/o psicológicas, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido respondidas adecuadamente.

3. Entiendo y acepto los riesgos de realizar el servicio terapéutico a practicar, que aunque normalmente son mínimos y leves, pueden incluir fatiga física y/o emocional, negatividad al tratamiento, monotonía, estrés, irritabilidad, llanto, desobediencia, agresividad, entre otros.

4. En los casos de ser necesario, acepto y estoy dispuesto(a) a seguir las instrucciones y recomendaciones brindadas por el profesional asignado, para la realización de las actividades de apoyo terapéutico en el hogar y/o sin la presencia del terapeuta, con el fin de facilitar la continuidad en el avance del proceso terapéutico.

5. Soy responsable del acompañamiento permanente a mi familiar e informar las novedad o alteraciones clínicas al personal de enfermería para tomar medidas o acciones correspondientes.

Teniendo en cuenta que se me ha informado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, ACEPTO X NO ACEPTO ____, el servicio brindado y doy mi autorización para la realización de los procedimientos terapéuticos.

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad y sin haber estado sujeto(a) ningún tipo de presión para hacerlo, conociendo que esta información es estrictamente confidencial para ser conservada en expediente médico.

Anny Gabriela Vargas.
Firma y/o huella del paciente

Firma de Familiar Responsable

Nombres y Apellidos del Paciente: Anny Gabriela Vargas Maldonado.
Documento de Identidad: 1118.365.813. Edad: 18.
Lugar y Fecha de Nacimiento: 15/01/2007.
Nombre del Familiar Responsable: Sandra Eugenia Maldonado.
Documento de Identidad: 26631830 Teléfono: 312.4332993.

Mediced	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	CONTROL DE SERVICIOS PRESTADOS	FECHA DE EMISIO
		PÁG. 1 DE 2

Nombres y Apellidos: Ingrid Yaney Hurtado Collazos

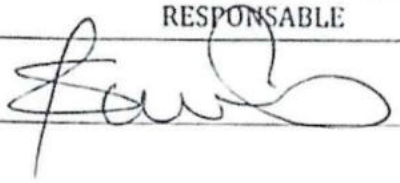
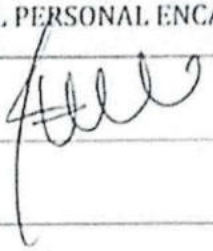
No. Identificación: 1.085 256 687 Cargo: Terapeuta Ocupacional

Servicio Prestado:

Auxiliar de Enfermería		Terapias Físicas		Fonoaudiología	
Terapias Ocupacionales	X	Terapias Respiratorias		Terapia Psicológica	

Nombre Del Paciente: Anny Gabriela Vargas Hollavado. No. Identificación: 1118 365 813.

N°	FECHA			FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PERSONAL ENCARGADO
	DD	MM	AA		
1	10	10	25		
2	11	10	25		
3	14	10	25		
4	15	10	25		
5	16	10	25		
6	17	10	25		
7	18	10	25		
8	20	10	25		
9	21	10	25		
10	22	10	25		
11	23	10	25		
12	24	10	25		
13	25	10	25		
14	27	10	25		
15	28	10	25		

N°	DD	MM	AA	FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PERSONAL ENCARGADO
16	29	10	25		
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Observaciones:

EVOLUCION TERAPEUTICA

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO

DOCUMENTO:	CC	CE	RC	TI	No. 1118365813	EDAD:	18 AÑOS	GÉNERO:	F X M	I

TERAPIA REALIZADA	OCUPACIONAL	X	RESPIRATORIA		PSICOLÓGICA	
	LENGUAJE		FISICA		OTRA	

NOMBRE DEL TERAPEUTA: INGRI LORENA HURTADO COLLAZOS

Al iniciar la terapia, incluya hora y actividad que realiza en el Paciente.

FECHA				DETALLES	FIRMA PROFESIONAL
DD	MM	AA	HORA		
10	10	25	6:00 pm	LA USUARIA SE MUESTRA COLABORADORA Y CON BUENA DISPOSICIÓN DURANTE LA SESIÓN. REFIERE GUSTO POR LAS ACTIVIDADES PRESENTADAS, SE TRABAJÓ CONTROL POSTURAL Y EQUILIBRIO MEDIANTE EJERCICIOS DE TRONCO SOBRE SUPERFICIE ESTABLE E INESTABLE, EMPLEANDO PELOTAS TERAPÉUTICAS. SE REALIZARON APOYOS LATERALES GUIADOS Y MANTENIMIENTO DE POSICIÓN SEDENTE CON SOPORTE MÍNIMO. LA USUARIA PRESENTA MEJOR CONTROL DEL TRONCO Y CABEZA RESPECTO A SESIONES PREVIAS. SE OBSERVA AUMENTO EN LA TOLERANCIA POSTURAL Y CAPACIDAD DE REACCIÓN ANTE PÉRDIDA DE EQUILIBRIO. AÚN REQUIERE APOYO FÍSICO MODERADO PARA MANTENER LA ALINEACIÓN CORPORAL. NO SE OBSERVARON SIGNOS DE FATIGA O MALESTAR. CONTINUAR CON EJERCICIOS DE CONTROL POSTURAL Y EQUILIBRIO DINÁMICO, INCREMENTANDO GRADUALMENTE EL TIEMPO EN SUPERFICIE INESTABLE. INCORPORAR ACTIVIDADES QUE INVOLUCREN ALCANCE FUNCIONAL DESDE POSICIÓN SEDENTE. REFORZAR TÉCNICA DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN MUSCULAR AL INICIO Y CIERRE DE LA SESIÓN.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631
11	10	25	6:00 pm	SE REALIZÓ ACTIVIDAD DE ALCANCE Y AGARRE DE OBJETOS DE DIFERENTES TAMAÑOS, FORMAS Y TEXTURAS, CON EL PROPÓSITO DE ESTIMULAR LA COORDINACIÓN OJO-MANO. SE UTILIZARON PELOTAS SENSORIALES Y AROS. LA PACIENTE FUE GUIADA VERBAL Y FÍSICAMENTE PARA FACILITAR EL MOVIMIENTO DE EXTENSIÓN Y AGARRE. LOGRA MANTENER CONTACTO VISUAL CON EL OBJETO Y COORDINAR MOVIMIENTOS DE ALCANCE CON ASISTENCIA MÍNIMA. SE OBSERVAN MEJORAS EN LA APERTURA Y CIERRE DE MANO, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO VISUAL. AÚN PRESENTA DIFICULTAD EN LA LIBERACIÓN CONTROLADA DEL OBJETO Y LIGERA ESPASTICIDAD EN MANO DERECHA. SIN PRESENCIA DE CRISIS O SIGNOS DE FATIGA. CONTINUAR ESTIMULANDO LA COORDINACIÓN OJO-MANO MEDIANTE ACTIVIDADES DE MANIPULACIÓN CON OBJETOS MÁS PEQUEÑOS. INCORPORAR EJERCICIOS DE TRANSFERENCIA DE OBJETOS ENTRE MANOS Y TAREAS DE ENSARTE. REFORZAR MOVIMIENTOS FUNCIONALES RELACIONADOS CON ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ALIMENTACIÓN Y VESTIDO).	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631
14	10	25	6:00 pm	SE REALIZÓ ACTIVIDAD DIRIGIDA A PROMOVER LA FUNCIÓN PRENSIL, UTILIZANDO MASILLA TERAPÉUTICA PARA FORTALECER MUSCULATURA INTRÍNSECA DE MANO Y PINZAS DE COLORES PARA PRACTICAR DIFERENTES	

				TIPOS DE PRENSIÓN (TRÍPODE, PINZA FINA Y CILÍNDRICA). SE ALTERNARON EJERCICIOS DE PRESIÓN, ESTIRAMIENTO Y MANIPULACIÓN BIMANUAL. LA USUARIA DEMUESTRA MEJOR CONTROL EN MOVIMIENTOS DE APERTURA Y CIERRE DE MANO, ESPECIALMENTE EN LA MANO DOMINANTE. AUMENTA LA FUERZA DE PRENSIÓN Y LA PRECISIÓN AL USAR LAS PINZAS. SE OBSERVA LIGERA FATIGA MUSCULAR AL FINAL DE LA SESIÓN, SIN SIGNOS DE DOLOR. RESPONDE POSITIVAMENTE A LA RETROALIMENTACIÓN VERBAL Y VISUAL. CONTINUAR CON ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN FINA, INCREMENTANDO PROGRESIVAMENTE LA RESISTENCIA DE LA MASILLA. INTRODUCIR TAREAS FUNCIONALES QUE INTEGREN LA PRENSIÓN EN CONTEXTOS DE AVD (VESTIDO, ALIMENTACIÓN). MONITOREAR TOLERANCIA MUSCULAR Y AJUSTAR INTENSIDAD SEGÚN PROGRESO.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631
15	10	25	6:00 pm	SE REALIZÓ ACTIVIDAD DIRIGIDA A FAVORECER LA INTEGRACIÓN SENSORIAL TÁCTIL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE EL USO DE CEPILLOS SENSORIALES Y MATERIALES CON DIFERENTES TEXTURAS (SUAVES, RUGOSOS, ÁSPEROS). SE APLICÓ ESTIMULACIÓN SECUENCIAL EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUIDA DE EJERCICIOS DE PRESIÓN PROFUNDA Y MOVIMIENTOS ARTICULARES GUIADOS. LA USUARIA TOLERA ADECUADAMENTE LOS ESTÍMULOS TÁCTILES SIN MOSTRAR SIGNOS DE INCOMODIDAD O RECHAZO. SE OBSERVA RELAJACIÓN MUSCULAR Y DISMINUCIÓN DEL TONO EN EXTREMIDADES SUPERIORES AL FINALIZAR LA SESIÓN. MEJORA LA CONCIENCIA CORPORAL Y MANTIENE ATENCIÓN DURANTE TODA LA ACTIVIDAD. RESPUESTA POSITIVA GENERAL AL PROTOCOLO DE INTEGRACIÓN SENSORIAL. CONTINUAR CON EL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL AUMENTANDO PROGRESIVAMENTE LA VARIEDAD DE ESTÍMULOS. INCORPORAR ACTIVIDADES QUE COMBINEN ESTIMULACIÓN TÁCTIL CON MOVIMIENTOS FUNCIONALES. REFORZAR RUTINAS DE PROPIOCEPCIÓN ANTES DE TAREAS DE MOTRICIDAD FINA Y GRUESA PARA FAVORECER REGULACIÓN POSTURAL Y ATENCIÓN.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631
16	10	25	6:00 pm	SE TRABAJÓ EN FAVORECER LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) BÁSICAS, ESPECÍFICAMENTE ALIMENTACIÓN, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL USO DE CUBIERTOS (CUCHARAS Y TENEDORES). SE REALIZARON EJERCICIOS DE AGARRE, TRASLADO Y COORDINACIÓN OJO-MANO PARA LLEVAR ALIMENTO SIMULADO A LA BOCA. LA USUARIA LOGRA SUJETAR EL CUBIERTO ADAPTADO CON ASISTENCIA MÍNIMA. MUESTRA MEJOR CONTROL DEL MOVIMIENTO DE MANO Y ANTEBRAZO, ASÍ COMO COORDINACIÓN VISUAL. AUMENTA LA PRECISIÓN EN EL TRAYECTO DE ALIMENTACIÓN, AUNQUE REQUIERE APOYO PARA ESTABILIZAR EL TRONCO. SE OBSERVA ACTITUD POSITIVA Y ATENCIÓN SOSTENIDA DURANTE TODA LA ACTIVIDAD. CONTINUAR ENTRENAMIENTO EN ALIMENTACIÓN CON ALIMENTOS REALES DE DIFERENTES CONSISTENCIAS. REFORZAR CONTROL POSTURAL EN SEDENTE Y COORDINACIÓN BIMANUAL. PROMOVER LA PRÁCTICA DOMICILIARIA SUPERVISADA POR EL CUIDADOR Y EVALUAR INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PRÓXIMAS SESIONES.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631
17	10	25	6:00 pm	SE REALIZARON ACTIVIDADES DE ENSARTE Y ENHEBRADO CON CUENTAS Y CORDONES DE DISTINTOS TAMAÑOS, CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA MOVILIDAD FINA Y LA COORDINACIÓN BILATERAL. SE BRINDARON APOYOS FÍSICOS LIGEROS Y GUÍA VERBAL PARA FAVORECER LA PRECISIÓN DE MOVIMIENTOS Y EL USO FUNCIONAL DE AMBAS MANOS.	

				LA USUARIA DEMUESTRA AVANCES EN LA COORDINACIÓN OJO-MANO Y CONTROL DE MOVIMIENTOS FINOS. MEJORA LA MANIPULACIÓN DE OBJETOS PEQUEÑOS Y LOGRA ENSARTAR DE FORMA INDEPENDIENTE EN VARIAS REPETICIONES. AÚN REQUIERE ASISTENCIA PARA MANTENER LA ESTABILIDAD DEL MATERIAL Y AJUSTAR LA POSTURA DE LA MANO. NO PRESENTA FATIGA NI IRRITABILIDAD DURANTE LA SESIÓN. CONTINUAR CON ACTIVIDADES DE PRECISIÓN FINA INCREMENTANDO EL NIVEL DE DIFICULTAD (CUENTAS MÁS PEQUEÑAS, CORDONES DELGADOS). INTEGRAR TAREAS FUNCIONALES RELACIONADAS CON VESTIDO Y ABOTONADO. MANTENER REFUERZO POSITIVO PARA PROMOVER AUTONOMÍA Y MOTIVACIÓN.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631
18	10	25	6:00 pm	LA USUARIA SE MUESTRA PARTICIPATIVA, MANTIENE BUENA DISPOSICIÓN DURANTE TODA LA SESIÓN Y EXPRESA AGRADO POR LAS ACTIVIDADES CON PELOTAS. EL CUIDADOR REPORTA MEJOR CONTROL EN MOVIMIENTOS DE BRAZOS DURANTE LAS TAREAS COTIDIANAS. SE REALIZARON EJERCICIOS CON PELOTAS TERAPÉUTICAS DE DISTINTOS TAMAÑOS Y PESOS, ENFOCADOS EN PROMOVER EL CONTROL DE MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS Y LA COORDINACIÓN MOTORA GRUESA. SE PRACTICARON LANZAMIENTOS, RECEPCIONES, EMPUJES CONTROLADOS Y EJERCICIOS DE BALANCE EN POSICIÓN SEDENTE Y DE PIE CON APOYO ASISTIDO. DURACIÓN TOTAL: 45 MINUTOS. LA USUARIA DEMUESTRA MAYOR CONTROL INTENCIONAL DE LOS MOVIMIENTOS Y MEJORA EN LA COORDINACIÓN BILATERAL. SE OBSERVA DISMINUCIÓN DEL TONO MUSCULAR POSTERIOR A LA ACTIVIDAD Y MEJOR RESPUESTA A LAS ÓRDENES VERBALES. CONSERVA EQUILIBRIO DINÁMICO CON APOYO MÍNIMO. NO SE PRESENTARON SIGNOS DE FATIGA O INCOMODIDAD.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631
20	10	25	6:00 pm	SE TRABAJÓ EN FOMENTAR HABILIDADES DE AUTOCUIDADO, ESPECÍFICAMENTE EN EL ÁREA DE VESTIDO, MEDIANTE LA PRÁCTICA CON CIERRES Y BOTONES GRANDES COLOCADOS EN TABLEROS DE ENTRENAMIENTO Y PRENDAS ADAPTADAS. SE BRINDÓ APOYO FÍSICO Y GUÍA VERBAL PARA FACILITAR LA COORDINACIÓN BIMANUAL, EL USO FUNCIONAL DE LA PRENSIÓN. LA USUARIA LOGRA MANIPULAR LOS CIERRES DE MANERA INDEPENDIENTE Y ABOTONAR CON ASISTENCIA MÍNIMA. SE OBSERVA MEJOR COORDINACIÓN BILATERAL, CONTROL DE MOVIMIENTOS FINOS Y ATENCIÓN SOSTENIDA DURANTE LA TAREA. PRESENTA LIGERA LENTITUD EN LA EJECUCIÓN, SIN SIGNOS DE FRUSTRACIÓN O FATIGA. MUESTRA SATISFACCIÓN AL COMPLETAR LAS ACTIVIDADES. CONTINUAR CON TAREAS DE AUTOCUIDADO AUMENTANDO EL NIVEL DE DIFICULTAD (BOTONES PEQUEÑOS, CIERRES LATERALES). INTRODUCIR EJERCICIOS FUNCIONALES RELACIONADOS CON EL VESTIDO REAL. REFORZAR LA PRÁCTICA DOMICILIARIA CON APOYO Y SUPERVISIÓN DEL CUIDADOR PARA CONSOLIDAR LA INDEPENDENCIA.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631
21	10	25	6:00 pm	SE REALIZÓ TRABAJO EN BIPEDESTACIÓN ASISTIDA PARA REFORZAR TOLERANCIA POSTURAL Y CONTROL DEL TRONCO. LA SESIÓN INCLUYÓ APOYO FÍSICO PARCIAL CON BARRAS PARALELAS Y SUPERVISIÓN CONSTANTE, REALIZANDO EJERCICIOS DE DESPLAZAMIENTO LEVE Y BALANCE ESTÁTICO. LA USUARIA LOGRA MANTENER LA POSTURA ERECTA CON ASISTENCIA MÍNIMA Y DEMUESTRA MEJOR CONTROL DEL TRONCO Y EQUILIBRIO. SE OBSERVA AUMENTO GRADUAL DEL TIEMPO DE BIPEDESTACIÓN SIN SIGNOS DE FATIGA O MALESTAR. RESPONDE ADECUADAMENTE A INDICACIONES VERBALES Y MANTIENE ATENCIÓN	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Pro. 631

				SOSTENIDA. CONTINUAR EJERCICIOS DE BIPEDESTACIÓN PROGRESANDO HACIA MENOR ASISTENCIA Y MAYOR TIEMPO DE PERMANENCIA DE PIE. INCORPORAR MOVIMIENTOS FUNCIONALES QUE REQUIERAN CONTROL POSTURAL DINÁMICO. REFORZAR PRÁCTICA DOMICILIARIA CON SUPERVISIÓN Y SEGURIDAD.	
22	10	25	6:00 pm	SE REALIZARON ACTIVIDADES DE SIMULACIÓN DE RUTINA DIARIA, INCLUYENDO ALIMENTACIÓN, HIGIENE Y VESTIDO, CON EL OBJETIVO DE INTEGRAR APRENDIZAJES FUNCIONALES Y PROMOVER AUTONOMÍA. SE EMPLEARON UTENSILIOS Y MATERIALES ADAPTADOS SEGÚN NECESIDADES, BRINDANDO GUÍA VERBAL Y APOYO FÍSICO PARCIAL SEGÚN LA TOLERANCIA DE LA PACIENTE. LA USUARIA DEMUESTRA MEJOR SECUENCIACIÓN DE TAREAS, COORDINACIÓN Y CONTROL DE MOVIMIENTOS FINOS Y GRUESOS. PARTICIPA ACTIVAMENTE EN CADA ACTIVIDAD, RESPONDIENDO ADECUADAMENTE A INDICACIONES VERBALES Y REFUERZOS POSITIVOS. SE OBSERVA AUMENTO PROGRESIVO DE INDEPENDENCIA Y SEGURIDAD AL REALIZAR MOVIMIENTOS FUNCIONALES. NO SE PRESENTAN SIGNOS DE FATIGA NI INCOMODIDAD. CONTINUAR CON SIMULACIÓN DE RUTINAS FUNCIONALES, INCREMENTANDO COMPLEJIDAD Y REDUCIENDO ASISTENCIA GRADUALMENTE. REFORZAR PRÁCTICA DOMICILIARIA SUPERVISADA POR EL CUIDADOR PARA CONSOLIDAR HABILIDADES DE AUTONOMÍA EN AVD. INTRODUCIR VARIACIONES DE ACTIVIDADES QUE INTEGREN COORDINACIÓN MOTORA FINA, GRUESA Y REGULACIÓN POSTURAL.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos T.F. Ocupacional Pro. 631
23	10	25	6:00 pm	SE TRABAJÓ CONTROL POSTURAL Y EQUILIBRIO MEDIANTE EJERCICIOS DE TRONCO SOBRE SUPERFICIE ESTABLE E INESTABLE, EMPLEANDO PELOTAS TERAPÉUTICAS. SE REALIZARON APOYOS LATERALES GUIADOS Y MANTENIMIENTO DE POSICIÓN SEDENTE CON SOPORTE MÍNIMO. LA USUARIA PRESENTA MEJOR CONTROL DEL TRONCO Y CABEZA RESPECTO A SESIONES PREVIAS. SE OBSERVA AUMENTO EN LA TOLERANCIA POSTURAL Y CAPACIDAD DE REACCIÓN ANTE PÉRDIDA DE EQUILIBRIO. AÚN REQUIERE APOYO FÍSICO MODERADO PARA MANTENER LA ALINEACIÓN CORPORAL. NO SE OBSERVARON SIGNOS DE FATIGA O MALESTAR. CONTINUAR CON EJERCICIOS DE CONTROL POSTURAL Y EQUILIBRIO DINÁMICO, INCREMENTANDO GRADUALMENTE EL TIEMPO EN SUPERFICIE INESTABLE. INCORPORAR ACTIVIDADES QUE INVOLUCREN ALCANCE FUNCIONAL DESDE POSICIÓN SEDENTE. REFORZAR TÉCNICA DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN MUSCULAR AL INICIO Y CIERRE DE LA SESIÓN.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos T.F. Ocupacional Pro. 631
24	10	25	6:00 pm	SE REALIZÓ ACTIVIDAD DE ALCANCE Y AGARRE DE OBJETOS DE DIFERENTES TAMAÑOS, FORMAS Y TEXTURAS, CON EL PROPÓSITO DE ESTIMULAR LA COORDINACIÓN OJO-MANO. SE UTILIZARON PELOTAS SENSORIALES Y AROS. LA PACIENTE FUE GUIADA VERBAL Y FÍSICAMENTE PARA FACILITAR EL MOVIMIENTO DE EXTENSIÓN Y AGARRE. LOGRA MANTENER CONTACTO VISUAL CON EL OBJETO Y COORDINAR MOVIMIENTOS DE ALCANCE CON ASISTENCIA MÍNIMA. SE OBSERVAN MEJORAS EN LA APERTURA Y CIERRE DE MANO, ASÍ COMO EN EL SEGUIMIENTO VISUAL. AÚN PRESENTA DIFICULTAD EN LA LIBERACIÓN CONTROLADA DEL OBJETO Y LIGERA ESPASTICIDAD EN MANO DERECHA. SIN PRESENCIA DE CRISIS O SIGNOS DE FATIGA.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos T.F. Ocupacional Pro. 631
25	10	25	6:00 pm	SE REALIZÓ ACTIVIDAD DIRIGIDA A PROMOVER LA FUNCIÓN PRENSIL, UTILIZANDO MASILLA TERAPÉUTICA PARA FORTALECER MUSCULATURA INTRÍNSECA DE MANO Y PINZAS DE COLORES PARA PRACTICAR DIFERENTES TIPOS DE PRENSIÓN (TRÍPODE, PINZA FINA Y CILÍNDRICA). SE ALTERNARON	

				EJERCICIOS DE PRESIÓN, ESTIRAMIENTO Y MANIPULACIÓN BIMANUAL. LA USUARIA DEMUESTRA MEJOR CONTROL EN MOVIMIENTOS DE APERTURA Y CIERRE DE MANO, ESPECIALMENTE EN LA MANO DOMINANTE. AUMENTA LA FUERZA DE PRENSIÓN Y LA PRECISIÓN AL USAR LAS PINZAS. SE OBSERVA LIGERA FATIGA MUSCULAR AL FINAL DE LA SESIÓN, SIN SIGNOS DE DOLOR. RESPONDE POSITIVAMENTE A LA RETROALIMENTACIÓN VERBAL Y VISUAL. CONTINUAR CON ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN FINA, INCREMENTANDO PROGRESIVAMENTE LA RESISTENCIA DE LA MASILLA. INTRODUCIR TAREAS FUNCIONALES QUE INTEGREN LA PRENSIÓN EN CONTEXTOS DE AVD (VESTIDO, ALIMENTACIÓN). MONITOREAR TOLERANCIA MUSCULAR Y AJUSTAR INTENSIDAD SEGÚN PROGRESO.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos T.r.p. ut. Ocupacional Pro. 631
27	10	25	6:00 pm	SE REALIZÓ ACTIVIDAD DIRIGIDA A FAVORECER LA INTEGRACIÓN SENSORIAL TÁCTIL Y PROPIOCEPTIVA MEDIANTE EL USO DE CEPILLOS SENSORIALES Y MATERIALES CON DIFERENTES TEXTURAS (SUAVES, RUGOSOS, ÁSPEROS). SE APLICÓ ESTIMULACIÓN SECUENCIAL EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUIDA DE EJERCICIOS DE PRESIÓN PROFUNDA Y MOVIMIENTOS ARTICULARES GUIADOS. LA USUARIA TOLERA ADECUADAMENTE LOS ESTÍMULOS TÁCTILES SIN MOSTRAR SIGNOS DE INCOMODIDAD O RECHAZO. SE OBSERVA RELAJACIÓN MUSCULAR Y DISMINUCIÓN DEL TONO EN EXTREMIDADES SUPERIORES AL FINALIZAR LA SESIÓN. MEJORA LA CONCIENCIA CORPORAL Y MANTIENE ATENCIÓN DURANTE TODA LA ACTIVIDAD. RESPUESTA POSITIVA GENERAL AL PROTOCOLO DE INTEGRACIÓN SENSORIAL. CONTINUAR CON EL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL AUMENTANDO PROGRESIVAMENTE LA VARIEDAD DE ESTÍMULOS. INCORPORAR ACTIVIDADES QUE COMBINEN ESTIMULACIÓN TÁCTIL CON MOVIMIENTOS FUNCIONALES. REFORZAR RUTINAS DE PROPIOCEPCIÓN ANTES DE TAREAS DE MOTRICIDAD FINA Y GRUESA PARA FAVORECER REGULACIÓN POSTURAL Y ATENCIÓN.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos T.r.p. ut. Ocupacional Pro. 631
28	10	25	6:00 pm	SE TRABAJÓ EN FAVORECER LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) BÁSICAS, ESPECÍFICAMENTE ALIMENTACIÓN, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL USO DE CUBIERTOS (CUCHARAS Y TENEDORES). SE REALIZARON EJERCICIOS DE AGARRE, TRASLADO Y COORDINACIÓN OJO-MANO PARA LLEVAR ALIMENTO SIMULADO A LA BOCA. LA USUARIA LOGRA SUJETAR EL CUBIERTO ADAPTADO CON ASISTENCIA MÍNIMA. MUESTRA MEJOR CONTROL DEL MOVIMIENTO DE MANO Y ANTEBRAZO, ASÍ COMO COORDINACIÓN VISUAL. AUMENTA LA PRECISIÓN EN EL TRAYECTO DE ALIMENTACIÓN, AUNQUE REQUIERE APOYO PARA ESTABILIZAR EL TRONCO. SE OBSERVA ACTITUD POSITIVA Y ATENCIÓN SOSTENIDA DURANTE TODA LA ACTIVIDAD. CONTINUAR ENTRENAMIENTO EN ALIMENTACIÓN CON ALIMENTOS REALES DE DIFERENTES CONSISTENCIAS. REFORZAR CONTROL POSTURAL EN SEDENTE Y COORDINACIÓN BIMANUAL. PROMOVER LA PRÁCTICA DOMICILIARIA SUPERVISADA POR EL CUIDADOR Y EVALUAR INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PRÓXIMAS SESIONES.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos T.r.p. ut. Ocupacional Pro. 631
29	10	25	6:00 pm	SE REALIZARON ACTIVIDADES DE ENSARTE Y ENHEBRADO CON CUENTAS Y CORDONES DE DISTINTOS TAMAÑOS, CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA MOVILIDAD FINA Y LA COORDINACIÓN BILATERAL. SE BRINDARON APOYOS	

				FÍSICOS LIGEROS Y GUÍA VERBAL PARA FAVORECER LA PRECISIÓN DE MOVIMIENTOS Y EL USO FUNCIONAL DE AMBAS MANOS. LA USUARIA DEMUESTRA AVANCES EN LA COORDINACIÓN OJO-MANO Y CONTROL DE MOVIMIENTOS FINOS. MEJORA LA MANIPULACIÓN DE OBJETOS PEQUEÑOS Y LOGRA ENSARTAR DE FORMA INDEPENDIENTE EN VARIAS REPETICIONES. AÚN REQUIERE ASISTENCIA PARA MANTENER LA ESTABILIDAD DEL MATERIAL Y AJUSTAR LA POSTURA DE LA MANO. NO PRESENTA FATIGA NI IRRITABILIDAD DURANTE LA SESIÓN. CONTINUAR CON ACTIVIDADES DE PRECISIÓN FINA INCREMENTANDO EL NIVEL DE DIFICULTAD (CUENTAS MÁS PEQUEÑAS, CORDONES DELGADOS). INTEGRAR TAREAS FUNCIONALES RELACIONADAS CON VESTIDO Y ABOTONADO. MANTENER REFUERZO POSITIVO PARA PROMOVER AUTONOMÍA Y MOTIVACIÓN.	Ingrid Lorena Hurtado Collazos Terapeuta Ocupacional Prof. 6320

OBSERVACIONES

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL

Fecha: 29- 10. -2025

Nombre del Paciente: Anny Gabriela Vargas Moldonado Documento No. 1118.365813.

Entidad: Sanq. Beneficiario: Cotizante:

Dirección: Colinas del Valle. Teléfono: 312.433 2993.

Responsable: Sandra Exponia Moldonado Parentesco: Madre.

Para nosotros su opinión sobre la calidad de nuestro servicio es de gran utilidad para el mejoramiento continuo del Programa de Hospitalización Domiciliaria PHD.

Por favor lea las siguientes preguntas y *marque con una "X"*

1. ACCESO Y OPORTUNIDAD		
¿El servicio fue prestado en la fecha y hora acordadas?	SI X	NO
¿Recibió información clara sobre cómo acceder al servicio?	SI X	NO
¿Las instalaciones de la institución son aptas para el ingreso y atención de pacientes con discapacidad? (No aplica para atención domiciliaria)	SI X	NO
2. ATENCIÓN DEL PERSONAL		
¿El personal de salud fue respetuoso y amable?	SI X	NO
¿El personal porta adecuadamente y de manera higiénica la indumentaria adecuada?	X	
¿El personal cuenta con conocimientos y aptitudes necesarios para su atención?	SI X	NO
¿El personal escucha sus necesidades y responde a sus preguntas?	SI X	NO
3. CONDICIONES DEL SERVICIO		
¿Las condiciones del lugar en donde se prestó el servicio fueron adecuadas?	SI X	NO
¿Los equipos o materiales utilizados estaban en buen estado y eran apropiados?	SI X	NO
¿El personal prestó sus servicios en el tiempo dispuesto por la institución para los procesos terapéuticos (30 minutos de actividad terapéutica y 15 minutos de actividad administrativa)?	SI X	NO
4. RESULTADOS OBTENIDOS Y CONTINUIDAD		
¿Ha notado mejoría o beneficio con la atención recibida?	SI X	NO
¿Le informaron sobre las próximas sesiones o seguimientos programados?	SI X	NO
¿Recomendaría el servicio a otros usuarios?	SI X	NO

El servicio prestado por el Programa de Hospitalización Domiciliaria - MEDICED I.P.S. fue:

Excelente	X	Regular	
Bueno		Malo	

Coméntenos su opinión:

Firma del Encuestador

Firma del Encuestado

ORDEN No. 145 – ANNY GABRIELA VARGAS – TERAPIAS FISICAS – MEDICEP IPS SAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO
FÓRMULA MEDICAMENTOS SMA

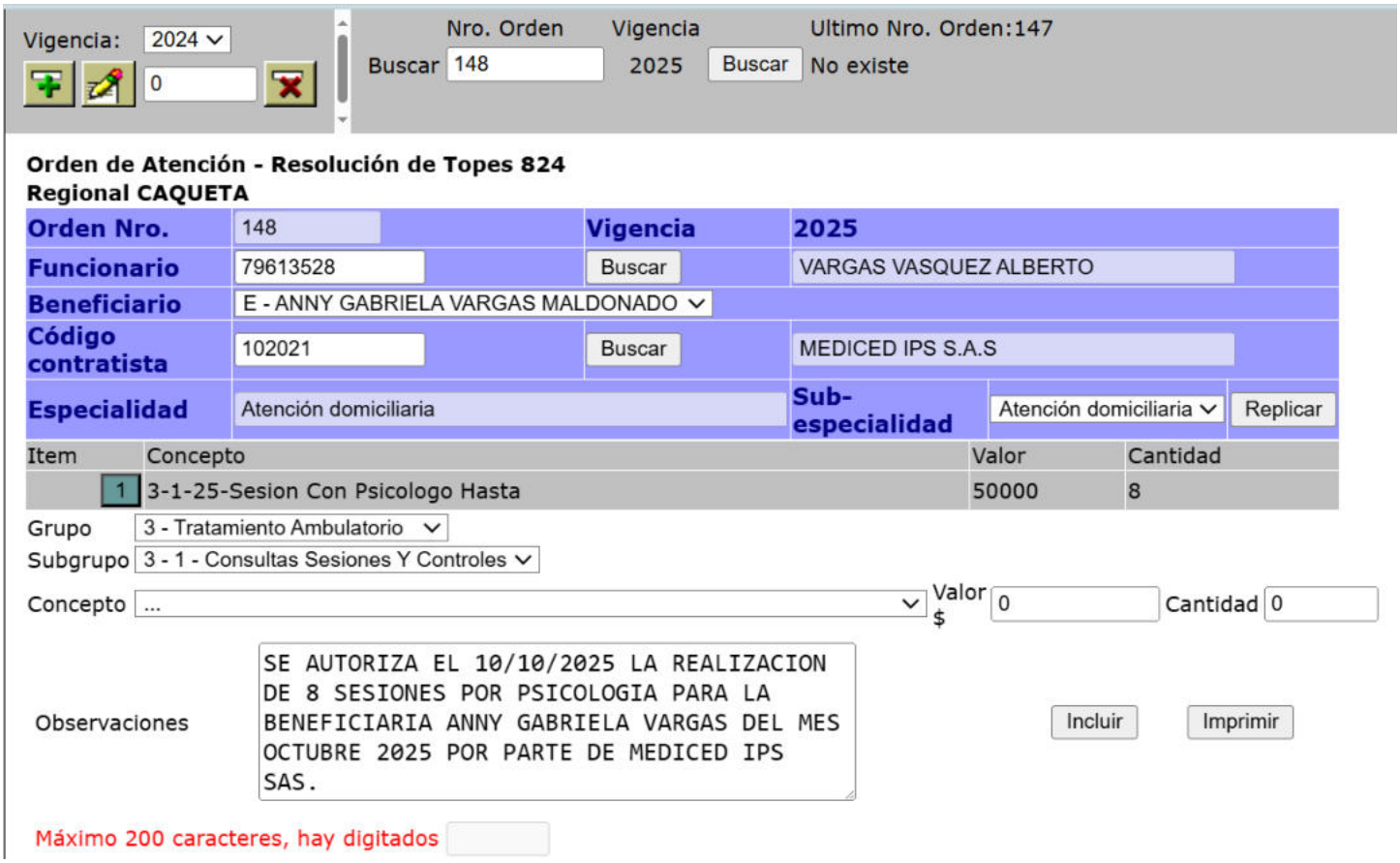
BENEFICIARIO: Anny Vargas	CÉDULA: 1118365813
No. Carné: 79613529	FECHA: 9-10/25
R/.	Cantidad
SE SOLICITA:	
55. Terapia integral:	
Fisica - Fonoaudiologia - Ocupacional	# 16
Psicologia	#8

Recibido por:

AUGUSTO EDUARDO GONZALEZ TORRES
Médico SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
SENA REGIONAL CUNDINAMARCA

Firma:
Documento:
Celular No.
Nombre Funcionario:

AUTORIZACIÓN DE SESIONES PSICOLOGIA (8) MES OCTUBRE 2025



Vigencia: 2024

0

Nro. Orden Vigencia Ultimo Nro. Orden:147

Buscar 148 2025 Buscar No existe

Orden de Atención - Resolución de Topes 824
Regional CAQUETA

Orden Nro.	148	**Vigencia**	**2025**		
Funcionario	79613528	Buscar	VARGAS VASQUEZ ALBERTO		
Beneficiario	E - ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO				
Código contratista	102021	Buscar	MEDICED IPS S.A.S		
Especialidad	Atención domiciliaria	**Sub-especialidad**	Atención domiciliaria	Replicar	

Item	Concepto	Valor	Cantidad
1	3-1-25-Sesion Con Psicologo Hasta	50000	8

Grupo 3 - Tratamiento Ambulatorio

Subgrupo 3 - 1 - Consultas Sesiones Y Controles

Concepto ... Valor $ 0 Cantidad 0

Observaciones

SE AUTORIZA EL 10/10/2025 LA REALIZACION DE 8 SESIONES POR PSICOLOGIA PARA LA BENEFICIARIA ANNY GABRIELA VARGAS DEL MES OCTUBRE 2025 POR PARTE DE MEDICED IPS SAS.

Incluir Imprimir

Máximo 200 caracteres, hay digitados

HOJA DE LIQUIDACIÓN

Mediced

Version: codigo: MED-PAD-001	version: 001	fecha de implementacion: 01-06-2025
Fecha: Octubre 2025	Identificacion:	EPS: Mediced SENA
Nombre: Anny Gabriela Vargas Maldonado		Profesional: Meliza Garcia
Medico Tratante: MARTHA LILIANA ESPINEL GARNICA		Servicio: Psicoterapia

DETALLE	CAN	DETALLE	CAN	DETALLE	CAN
Dias de hospitalizacion		LABORATORIO		MEDICAMENTOS	
Cateterismo vesical		Cuadro hematico I		S.S.N 0.9% 500CC	
Drenaje de absceso		VSG III		Hartman 500cc	
Micronebulizacion		Glicemia I		DAD 0.5%	
Terapia respiratoria		Parcial de orina I		Amikacina x mg	
Terapia fisica		Coproscópico II		Ampicilina + Sulbactam	
Sesion por psicologia	8	Coprológico I		Ampicilina amp x	
Terapia ocupacional		Grupo y Rh I		B-B de hioscina 20mg	
Paracentesis		Amilasa II		Betametazona amp x	
Curación simple		Rec Plaquetas I		Cefalotina fco 1 gr	
Curación grande y/o mayor		A febriles II		Cefotaxime fco 1 gr	
Debridamiento		G. G I		Cefradina fco 1 gr	
Glucometría		P.T II		Ceftriaxona amp 1 gr	
Oximetría		P.T.T II		Ciprofloxacina 100mg	
Oxigenoterapia		Triglicéridos II		Claritromicina Amp. 500 mg	
Inyectologia		Creatinina I		Clindamicina amp 600 mg	
Control medico		BUN II		Diclofenaco amp 75 mg	
Visitas de Enfermeria x 12 horas		Bilirrubinas I		Dipirona amp x 1 gramo	
Tomas de muestras clinicas con traslado		Urocultivo I		Furosemida amp 20 mg	
Toma de muestras clinicas sin traslado		Cul Antibiograma I		Gentamicina amp x	
Nebulizaciones				Heparina BPM. Mg	
Monitoreo Fetal		OTROS		Hidrocortisona x 100mg	
Terapia fonoaudiologia				Imepenem amp x	
		INSUMOS		Meropenem amp x	
RAYOS X:		Buretrol		Metoclopramida amp x 8	
		Cateter / Tapón		Oxacilina fco 1 gr	
		Kit Nebulizar		P. benzatinica x	
ECOGRAFIAS:		Macrogoteo		P. G cristalina x	
		sonda nelaton No.		Piperacilina /tazobact 4.5gr	
		Yelco N° 18		Ranitidina amp 50 mg	
		Yelco N° 20		Tramal amp x	
		Yelco N° 22		Vancomicina amp x 500mg	
Mediced IPS		Yelco No. 24		micronebulizador ped	
		Guantes talla		micronebulizador adulto	
NIT. 901.150.492-1		Vendas		tubo tapa lila	
		Jeringas x 10 cc		tubo tapa roja	
		Jeringas x 5 cc		recolector de orina	
		Jeringas x 1 cc		ensure 400mg	
		Agujas cortas		Osmolte	
		Sonda foley #24 3 vias		berodual	
		Gel antibacterial			
		Jabon liquido			
OBSERVACIONES:		Gorros desechables			
		Bolsas desechables			
		Gasas			
		Tapabocas			
		GUANTES			

Mediced	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO	FECHA DE EMISION
		PÁG. 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, OCUPACIONALES, DE LENGUAJE Y/O PSICOLÓGICAS

Día	Mes	Año
10	10	25

Sandra Eugenia Matta mayor de edad, identificado(a) con CC No. 26631830 de Florencia, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de Madre (parentesco) del paciente, usuario ACTIVO de Mediced SENA; manifiesto por medio del presente documento que,

1. He sido informado de la naturaleza de los procesos terapéuticos físicos, ocupacionales y/o de fonoaudiología que serán realizados en mi y/o el paciente de quien funjo como familiar responsable.

2. Se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mi, de los aspectos relacionados a la prestación del servicio de terapias físicas, ocupacionales, o del lenguaje, y/o psicológicas, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido respondidas adecuadamente.

3. Entiendo y acepto los riesgos de realizar el servicio terapéutico a practicar, que aunque normalmente son mínimos y leves, pueden incluir fatiga física y/o emocional, negatividad al tratamiento, monotonía, estrés, irritabilidad, llanto, desobediencia, agresividad, entre otros.

4. En los casos de ser necesario, acepto y estoy dispuesto(a) a seguir las instrucciones y recomendaciones brindadas por el profesional asignado, para la realización de las actividades de apoyo terapéutico en el hogar y/o sin la presencia del terapeuta, con el fin de facilitar la continuidad en el avance del proceso terapéutico.

5. Soy responsable del acompañamiento permanente a mi familiar e informar las novedad o alteraciones clínicas al personal de enfermería para tomar medidas o acciones correspondientes.

Teniendo en cuenta que se me ha informado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, ACEPTO___ NO ACEPTO ____, el servicio brindado y doy mi autorización para la realización de los procedimientos terapéuticos.

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad y sin haber estado sujeto(a) ningún tipo de presión para hacerlo, conociendo que esta información es estrictamente confidencial para ser conservada en expediente médico.

Firma y/o huella del paciente

Firma de Familiar Responsable

Nombres y Apellidos del Paciente: Anny Gabriela Vargas Maldonado
Documento de Identidad: 1183368313 Edad: 18
Lugar y Fecha de Nacimiento: Florencia 15/01/2007
Nombre del Familiar Responsable: Sandra Eugenia Maldonado
Documento de Identidad: 26631830 Teléfono: 3124332493

Mediced IPS	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	CONTROL DE SERVICIOS PRESTADOS	FECHA DE EMISION
		PÁG. 1 DE 2

Nombres y Apellidos: Heliza Garcia Escalante

No. Identificación: 1006514601 Cargo: Psicoterapeuta

Servicio Prestado:

Auxiliar de Enfermería		Terapias Físicas		Fonoaudiología	
Terapias Ocupacionales		Terapias Respiratorias		Terapia Psicológica	X

Nombre Del Paciente: Anny Gabriela Vargas M. No. Identificación: 1118365813

N°	FECHA			FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE	FIRMA DEL PERSONAL ENCARGADO
	DD	MM	AA		
1	13	10	25		Heliza Garcia E.
2	14	10	25		Heliza Garcia E.
3	15	10	25		Heliza Garcia E.
4	20	10	25		Heliza Garcia E.
5	21	10	25		Heliza Garcia E.
6	22	10	25		Heliza Garcia E.
7	27	10	25		Heliza Garcia E.
8	28	10	25		Heliza Garcia E.
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

EVOLUCION TERAPEUTICA

NOMBRES Y APELLIDOS: ANNY GABRIELA VARGAS MALDONADO

DOCUMENTO:	CC	CE	RC	TI	No. 1118355813	EDAD:	18 AÑOS	GÉNERO:	F	M	I

TERAPIA REALIZADA	OCUPACIONAL		RESPIRATORIA		PSICOLÓGICA	X
	LENGUAJE		FISICA		OTRA	

NOMBRE DEL TERAPEUTA: MELIZA GARCIA ESCALANTE

Al iniciar la terapia, incluya hora y actividad que realiza en el Paciente.

FECHA				DETALLES	FIRMA PROFESIONAL
DD	MM	AA	HORA		
13	10	25	10:00	La sesion inicia con una indagación breve acerca de las condiciones de vida de la usuaria, se analizan las necesidades específicas y se realiza proyección para las sesiones futuras. La menor se observa anímicamente estable, adecuada cognición para su edad, se evidencia llanto al profundizar sobre sus necesidades emocionales. En futuras sesiones se abordarán temas familiares por petición de la usuaria, se realizará estimulación cognitiva y se fortalecerán las habilidades sociales, la autonomía.	Meliza Garcia E. Meliza Garcia Escalante Psicóloga / T.P. 293543
14	10	25	10:00	Se realiza sesion orientada a la estimulación cognitiva por medio de un juego estructurado de memoria, se observa adecuada memoria de trabajo, seguimiento de instrucciones y tolerancia a la actividad. Por otra parte, se abordan temas familiares y se bridan herramientas para atender la regulación emocional.	Meliza Garcia E. Meliza Garcia Escalante Psicóloga / T.P. 293543
15	10	25	10:00	Durante la sesión, la joven se mostró participativa y receptiva. Se realizaron ejercicios de estimulación cognitiva centrados en memoria de trabajo y atención sostenida mediante actividades adaptadas a su ritmo. Logró mantener la concentración y evidenció buena capacidad de razonamiento lógico. A nivel emocional, se observó disposición para compartir experiencias personales y académicas, mostrando una comunicación más fluida con apoyos visuales y gestuales. Expresa satisfacción por sus logros escolares y deportivos, lo cual contribuye a fortalecer su autoestima y su sentido de competencia. Se evidencia evolución favorable en estimulación cognitiva y fortalecimiento de la autoconfianza.	Meliza Garcia E. Meliza Garcia Escalante Psicóloga / T.P. 293543
20	10	25	10:00	La joven participó activamente en dinámicas orientadas al desarrollo de habilidades sociales y comunicación asertiva, utilizando tableros de apoyo y tiempo adicional para expresar sus ideas. Mostró empatía hacia sus compañeros y capacidad para resolver conflictos de manera respetuosa.	Meliza Garcia E. Meliza Garcia Escalante Psicóloga / T.P. 293543

				En las actividades de estimulación cognitiva, demostró buen manejo de conceptos abstractos y capacidad para establecer relaciones y causa-efecto. Refiere sentirse valorada en su entorno deportivo y escolar, lo cual contribuye positivamente a su adaptación social. Evolución positiva en habilidades sociales, comunicación y autocontrol emocional.	
21	10	25	10:00	Se evidenció progreso en la aceptación de su condición física: verbaliza comprensión de sus limitaciones sin mostrarse frustrada, y destaca las habilidades que ha desarrollado a partir de su experiencia. Durante la sesión, expresó metas a futuro, asociadas a continuar sus estudios y ejercer un rol activo en la comunidad. Se realizaron ejercicios de estimulación cognitiva centrados en planificación y resolución de problemas, mostrando buena organización mental. Participa en actividades grupales con actitud colaborativa y asertiva, reconociendo sus emociones y comunicándolas de manera adecuada. Evolución significativa en aceptación personal, pensamiento reflexivo y comunicación emocional.	Meliza Garcia E. Meliza Garcia Escalante Psicóloga / T.P. 293543
22	10	25	10:00	La joven mantuvo disposición positiva frente a las actividades propuestas. En ejercicios de estimulación cognitiva, trabajó en flexibilidad mental y comprensión lectora, con resultados satisfactorios. Se observó una interacción fluida con el grupo, aplicando estrategias de comunicación asertiva para expresar necesidades y opiniones, y reforzando el uso de gestos y apoyos visuales. La familia reporta avances en la aceptación de la enfermedad, destacando su independencia y actitud optimista frente a los retos diarios. Manifiesta interés por seguir fortaleciendo sus habilidades sociales y por ampliar sus espacios de participación. Evolución favorable en comunicación, adaptación familiar y desarrollo integral.	Meliza Garcia E. Meliza Garcia Escalante Psicóloga / T.P. 293543
27	10	25	10:00	Durante la sesión se desarrollaron actividades orientadas a la estimulación cognitiva, centradas en la organización secuencial de ideas y ejercicios de memoria visual. La joven mostró buena comprensión de instrucciones y logró completar las tareas con mínima asistencia. Se observó un avance en la expresión emocional, utilizando gestos y palabras clave para comunicar con claridad sus sentimientos y necesidades, reflejando progresos en comunicación asertiva.	Meliza Garcia E. Meliza Garcia Escalante Psicóloga / T.P. 293543

				Participó en una dinámica grupal con actitud colaborativa, evidenciando empatía y respeto por las opiniones de otros. Refirió sentirse satisfecha con su desempeño escolar y deportivo, lo cual fortalece su autoestima. Evolución positiva en desempeño cognitivo, interacción social y expresión emocional.	
28	10	25	10:00	La joven se mostró tranquila, reflexiva y motivada. En las actividades de estimulación cognitiva, enfocadas en atención selectiva y resolución de problemas, mantuvo un adecuado nivel de concentración y mostró estrategias propias para resolver tareas. Durante el diálogo terapéutico, expresó pensamientos sobre su proceso de vida, manifestando aceptación de su condición física y reconocimiento de sus avances personales. Demuestra habilidades para comunicarse de forma más asertiva, respetando turnos de palabra y expresando desacuerdos sin dificultad emocional. Se nota fortalecimiento en la autopercepción y en la relación con su entorno escolar y familiar. Evolución favorable en autoconocimiento, comunicación y madurez emocional.	Meliza Garcia E. Meliza García Escalante Psicóloga / T.P. 293543
OBSERVACIONES					

Mediced	PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION FUNCIONAL	CODIGO
		VERSION
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	FECHA DE EMISION
		PÁG. 1 DE 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL

Fecha: 28/10/2025

Nombre del Paciente: Anny Gabriela Vargas M. Documento No. 1118365813

Entidad: Mediced SENA Beneficiario: Cotizante:

Dirección: Colinas del Valle / Casa 1 Teléfono: 3124332493

Responsable: Sandra Eugenia Maldonado. Parentesco: Madre

Para nosotros su opinión sobre la calidad de nuestro servicio es de gran utilidad para el mejoramiento continuo del Programa de Hospitalización Domiciliaria PHD.

Por favor lea las siguientes preguntas y *marque con una "X"*

1. ACCESO Y OPORTUNIDAD		
¿El servicio fue prestado en la fecha y hora acordadas?	SI ✓	NO
¿Recibió información clara sobre cómo acceder al servicio?	SI ✓	NO
¿Las instalaciones de la institución son aptas para el ingreso y atención de pacientes con discapacidad? (No aplica para atención domiciliaria)	SI ✓	NO
2. ATENCIÓN DEL PERSONAL		
¿El personal de salud fue respetuoso y amable?	SI ✓	NO
¿El personal porta adecuadamente y de manera higiénica la indumentaria adecuada?		
¿El personal cuenta con conocimientos y aptitudes necesarios para su atención?	SI ✓	NO
¿El personal escucha sus necesidades y responde a sus preguntas?	SI ✓	NO
3. CONDICIONES DEL SERVICIO		
¿Las condiciones del lugar en donde se prestó el servicio fueron adecuadas?	SI ✓	NO
¿Los equipos o materiales utilizados estaban en buen estado y eran apropiados?	SI ✓	NO
¿El personal prestó sus servicios en el tiempo dispuesto por la institución para los procesos terapéuticos (30 minutos de actividad terapéutica y 15 minutos de actividad administrativa)?	SI ✓	NO
4. RESULTADOS OBTENIDOS Y CONTINUIDAD		
¿Ha notado mejoría o beneficio con la atención recibida?	SI ✓	NO
¿Le informaron sobre las próximas sesiones o seguimientos programados?	SI ✓	NO
¿Recomendaría el servicio a otros usuarios?	SI ✓	NO

El servicio prestado por el Programa de Hospitalización Domiciliaria - MEDICED I.P.S. fue:

Excelente	✓	Regular	
Bueno		Malo	

Coméntenos su opinión:

Helizza Garcia E.
Firma del Encuestador

Firma del Encuestado