ACTA DE LIQUIDACION
DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 129 – 21 DE NOVIEMBRE DE 2025

FECHA DE LA PRESENTE ACTA	17 DE DICIEMBRE DE 2025
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	129 DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2025
CONTRATANTE:	ALCALDIA DE SAN PABLO DE BORBUR NIT: 891801369-2 R/L CARLOS ALBERTO CASTELLANOS GÓMEZ CC: 7.320.361 DE CHIQUINQUIRÁ
CONTRATISTA:	CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S NIT 901.011.387-0 R/L SALVADOR LEON CASTILLO C.C No 7.310.237 DE CHIQUINQUIRA BOYACA
SUPERVISOR:	ANYI YULIBETH GONZÁLEZ TORRES CC: 1.049.627.439 de Tunja
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 A LA POBLACIÓN DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR.
VALOR INICIAL	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($4.221.825)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	UN (01) MES
FECHA DE INICIO	24 DE NOVIEMBRE DE 2025
SUSPENSIONES	N/A
FECHA DE REINICIO	N/A
VALOR ADICION N° 1	N/A
PRORROGA N° 1	N/A
FECHA ADICIÓN	N/A
VALOR TOTAL	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($4.221.825)
FECHA DE TERMINACION	VEINTITRES (23) DE DICIEMBRE DE 2025

En SAN PABLO DE BORBUR, Boyacá, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año 2025, se reunieron en el Despacho de la Alcaldía Municipal, **ANYI YULIBETH GONZÁLEZ TORRES** mayor de edad y domiciliado en el Municipio de San Pablo de Borbur - Boyacá, identificado con la C.C. No. 1.049.627.439 expedida en Tunja, Boyacá, en su condición de **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONÓMICO** como supervisor y CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S **NIT 901.011.387-0 R/L SALVADOR LEON CASTILLO,** C.C. 7.310.237**,** en cumplimiento al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 129 DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2025** cuyo objeto es **.PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA ATENCION Y EXPEDICION DE LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024 A LA POBLACION DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR",** con el fin de suscribir la presente **ACTA LIQUIDACIÓN** del contrato de la referencia de acuerdo a las especificaciones del mismo, y

CONSIDERANDO

PRIMERO. Que el **MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR** celebro el día veintiuno (21) del mes de noviembre del dos mil veinticinco (2025) el contrato de prestación de servicios **No. 129 DE 2025** cuyo objeto es**: "PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA ATENCION Y EXPEDICION DE LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024 A LA POBLACION DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR"**

SEGUNDO: Que, según lo establecido, se liquidará el contrato de común acuerdo entre las partes contratantes, recibiéndose a satisfacción por parte del supervisor, o en todo caso dentro de los términos establecidos en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

TERCERO: Que al tenor de lo dispuesto en la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2007, las partes podrán acordar la terminación del contrato y la liquidación deberá realizarse en la fecha del acuerdo que así lo disponga.

CUARTO: Que a la presente diligencia se hicieron presentes tanto la parte CONTRATANTE como la parte CONTRATISTA y han decidido dar por terminado el contrato de mutuo acuerdo, dado que se cumplió con las actividades establecidas y se dio estricto cumplimiento al objeto pactado.

QUINTO. Que el Supervisor del **MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR**, **ANYI YULIBETH GONZÁLEZ TORRES** certifica que se ha cumplido con lo pactado en el contrato, de acuerdo con el acta de recibo a satisfacción del contrato.

SEXTO: Que de común acuerdo se verificó el cumplimiento efectivo de las obligaciones contraídas en el acuerdo contractual, suscrito por las partes.

ESTADO JURÍDICO	
Suspensión	N/A
Reanudación	N/A
Prórrogas	N/A
Adiciones	N/A
Multas	N/A

Declaraciones de Incumplimiento	N/A
Caducidad	N/A

EL BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO ES EL SIGUIENTE:

ITEM	PAGOS	SALDO
Valor total del CONTRATO		**$4.221.825**
alor Adición		**$00**
Valor Pagado actas anteriores	**$0**	
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA DE LIQUIDACION	**$ 4.221.825**	
Saldo a favor del municipio	**$ 0**	
Sumas Iguales	**$ 4.221.825**	**$4.221.825**

Valor por pagar en la presente acta CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($4.221.825).

Para efectos del presente pago el Contratista aportó los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARP de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

SEPTIMO: De conformidad con el balance del contrato queda a favor del municipio un saldo de CERO PESOS ($0)

OCTAVO: Que en la aceptación de la oferta se estableció que la forma de pago del presente contrato era mediante ACTAS PARCIALES DE ACUERDO A LAS CERTIFICACIONES EMITIDAS previa presentación de informe por parte del contratista y certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.

NOVENO: De conformidad con lo antes manifestado las partes contratantes imparten su aprobación.

En atención a lo previsto en la presente acta, las partes contratantes dan por **LIQUIDADO** el convenio enunciado declarándose las mismas a **PAZ Y SALVO** entre ellas, libres de todo apremio, por lo cual no se consignan observaciones u objeciones.

Se recibe el objeto contractual a satisfacción del contratante de acuerdo con las especificaciones del contrato.

EN ESTE ESTADO LAS PARTES MANIFIESTAN ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PRESENTE ACTA DE LIQUIDACIÓN, DEJANDO LAS SIGUIENTES CONSTANCIAS:

El contratista manifiesta que renuncia a todas las acciones que se pudieran generar como consecuencia de la ejecución del presente contrato, ya que a cabalidad el municipio cumplió con todas las obligaciones contraídas y por lo tanto no reclamara judicialmente indemnización alguna. El contratista manifiesta que los precios aquí pactados se encuentran ajustados al mercado y que, si llegaré a comprobarse sobrefacturación o sobreprecio, este responderá civil, penal y fiscalmente y estará dispuesta a rembolsar la suma de este sobrecosto si se presentará.

Esta acta se presenta a consideración de la parte CONTRATISTA para que manifestara su acuerdo o desacuerdo con lo aquí expuesto, quien luego de estudiar y analizar el contenido expresa que está conforme, ya que el balance económico corresponde con las obligaciones pactadas y por tanto existe equilibrio económico del contrato en cuanto a las contraprestaciones cumplidas.

DECIMO: De existir saldo a favor del Municipio, la secretaria de desarrollo social y e económico deberá remitir copia del presente documento a la secretaría de Hacienda para que sean liberados los recursos restantes del Registro Presupuestal del contrato.

En relación con el presente documento, el contratista manifiesta que el balance económico del contrato se encuentra acorde con el contenido y el cumplimiento de las obligaciones pactadas y por tanto existe equilibrio económico del contrato en cuanto a las contraprestaciones cumplidas y que toda la documentación aportada durante el desarrollo del objeto contractual fue el resultado de actos legales.

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta a los diecisiete (17) días del mes de diciembre, los que en ella intervinieron asegurando que no han omitido información y la consigna es veraz.

CARLOS ALBERTO CASTELLANOS GÓMEZ
Alcalde Municipal

ANYI YULIBETH GONZÁLEZ TORRES
Secretaria de desarrollo social y económico
Supervisor

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S NIT 901.011.387-0
R/L **SALVADOR LEON CASTILLO**
Contratista

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONÓMICO DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR – BOYACÁ

CERTIFICA:

Que CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S NIT 901.011.387-0 R/L **SALVADOR LEON CASTILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. CC 7.310.237 de Chiquinquirá (Boyacá), cumplió con el 100% del objeto del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 129 de noviembre 21 de 2025, el cual tiene por objeto PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA ATENCION Y EXPEDICION DE LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024 A LA POBLACION DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR", conforme al informe de ejecución de actividades suministrado por parte del contratista , documentos originales que reposan en la carpeta del contrato de prestación de servicios No. 129 de noviembre 21 de 2025, los relacionados así:

Anexos:

- Informe de prestación del servicio
- Paz y salvo seguridad social
- Factura No. – C 16690

La presente se expide en San Pablo de Borbur a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de 2025.

ANYI YULIBETH GONZÁLEZ TORRES
Secretaria Desarrollo Social y Económico
Supervisora

ACTA DE TERMINACION Y RECIBO A SATISFACCION DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. 129 - DEL 21 NOVIEMBRE DE 2025

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	No. 129-2025 DEL 21 DE NOVIEMBRE DE 2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 A LA POBLACIÓN DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR.
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR NIT 891801369-2
REPRESENTANTE LEGAL	CARLOS ALBERTO CASTELLANOS GOMEZ C.C. 7.320.361 de San Pablo de Borbur
CONTRATISTA	CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S NIT 901.011.387-0 R/L SALVADOR LEON CASTILLO C.C No 7.310.237 DE CHIQUINQUIRA BOYACA
SUPERVISOR	ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO
VALOR INICIAL:	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($4.221.825)
VALOR ADICION	NO APLICA
VALOR TOTAL CONTRATO	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($4.221.825)
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	UN (01) MES
FECHA ACTA DE INICIO	24 DE NOVIEMBRE DE 2025
FECHA PREVISTA DE TERMINACION INICIAL	23 DE DICIEMBRE DE 2025

PRORROGA No 1	N/A
PLAZO DE EJECUCION TOTAL	UN (01) MES
NUEVA FECHA PREVISTA DE TERMINACION CON PRORROGA No	NO APLICA
FECHA PRESENTE ACTA	DIECISIETE (17) DE DICIEMBRE DE 2025

En el municipio de San Pablo de Borbur a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año dos mil Veinticinco (2025), se reunieron en la Oficina de la Secretaria de desarrollo social y económico del Municipio de San Pablo de Borbur, **ANYI YULIBETH GONZÁLEZ TORRES** en su calidad de secretaria de *desarrollo* social y económico, como supervisor del contrato de la referencia, y **CLINIC-SALUD IPS DIGNOSTICOS Y REHABILITACION S.A.S** NIT 901.011.387-0 R/L **SALVADOR LEON CASTILLO**, C.C. 7.310.237**,** contratista del contrato DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 129 DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2025 , que tiene por objeto **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 A LA POBLACIÓN DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR,** con el fin de suscribir la presente **ACTA DE TERMINACIÓN** de las actividades objeto del contrato de prestación de servicios 129-2025 de la referencia, cumpliendo con las siguientes

CONSIDERACIONES:

1. Que el **MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR** suscribió el día veintiuno (21) de noviembre de 2025, el **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 129 DE 2025,** con **CLINIC-SALUD IPS DIGNOSTICOS Y REHABILITACION S.A.S** NIT 901.011.387-0 R/L **SALVADOR LEON CASTILLO,** identificado con Cédula No 7.310.237 de Chiquinquirá, cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 A LA POBLACIÓN DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR, 2025.**
2. Que el valor total del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 129 – 2025** fue por un valor de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($4.221.825)**
3. Que el plazo de ejecución del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 129-2025** se pactó por un plazo de ejecución de UN (01) MES.

4. Que las partes suscribieron acta de inicio del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 129 – 2025,** el día 24 DE NOVIEMBRE DE 2025 y fecha prevista para terminación inicial el VEINTITRÉS (23) DE DICIEMBRE DE 2025

5. Que el balance del contrato es el siguiente:

ITEM	PAGOS	SALDO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$0.00	$4.221.825
VALOR ADICIÓN 1		$0.00
VALOR PAGADO EN ACTAS ANTERIORES		$0.00
VALOR A PAGAR CON ACTA DE LIQUIDACÍON	$ 4.221.825	
SALDO POR EJECUTAR	$0	$0.00
TOTAL	**$ 4.221.825**	**$ 4.221.825**

6. Que el contratista manifiesta de manera clara, expresa irrevocable que el Municipio de San Pablo de Borbur se encuentra a paz y salvo.

7. Por lo anterior, descrito las partes acuerdan suscribir acta de terminación, por tanto, las partes acuerdan:

CLAUSULADO:

PRIMERO: DAR POR TERMINADO el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 129 DEL 21 DE NOVIEMBRE DE 2025, cuyo objeto "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 A LA POBLACIÓN DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR**, a partir de la fecha de suscripción de la presente acta.

SEGUNDA: Que el Supervisor, manifiesta que el contratista durante el plazo de ejecución del contrato que se recibe, acreditó el cumplimiento de sus obligaciones con los sistemas de salud y pensiones, de conformidad con lo señalado en la Ley 789 de 2002, en concordancia con la Ley 828 de 2003 y demás normas complementarias y anexo para el pago final el pago de los parafiscales inherentes al contrato, paz y salvo personal a su cargo para la ejecución propia del contrato.

TERCERA: El contratista manifiesta que el Municipio de San Pablo de Borbur, cumplió con todas las obligaciones y que por lo tanto asume la responsabilidad por reclamos, demandas y acciones legales que se encuentren en trámite o que se adelanten en contra del municipio, por motivos que le sean imputables al contratista, según lo establecido CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 129 de 2025.

8. **CUARTA:** De acuerdo con el acta de inicio, que hacen parte integral de la presente acta, el valor total ejecutado del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 129 DE 2025, asciende a la suma de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($4.221.825)** suma con la cual se declarará a paz y salvo.

QUINTA: Queda entendido que CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.129 DE 2025, que se Recibe con la presente acta, no generó ningún tipo de relación laboral entre el Municipio de San Pablo de Borbur y el Contratista.

SEXTA: En consecuencia, la presente acta produce efectos jurídicos definitivos y el Contratista no hará reclamación posterior alguna al respecto, obligándose a atender los requerimientos que se efectúen con posterioridad en torno a las precisiones, aclaraciones y explicaciones del contrato en mención.

Para constancia y en aceptación de su contenido, se firma en el Municipio de San Pablo de Borbur, por los que en ella intervinieron a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año dos mil veinticinco (2025).

Contratista,

ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
secretaria Desarrollo Social y Económico
SUPERVISORA.

SALVADOR LEON CASTILLO
CONTRATISTA

INFORME DE SEGUIMIENTO No.	01				
PERIODO DE SEGUIMIENTO	Desde:	24/11/2025		Hasta:	15/12/2025
FECHA DE ELABORACIÓN	17	de	DICIEMBRE	de	2025

CONTRATO	NÚMERO:	Contrato de Prestación de Servicios No 129-2025		
	FECHA:	21	11	2025

OBJETO:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 A LA POBLACIÓN DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR.

DEPENDENCIA CONTRATANTE:		ALCALDIA DE SAN PABLO DE BORBUR
CONTRATISTA	NOMBRE:	CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S NIT 901.011.387-0 R/L SALVADOR LEON CASTILLO CC No 7.310.237 DE CHIQUINQUIRA
VALOR:	INICIAL	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($4.221.825)
	ADICIONES	NO APLICA
PLAZO:	INICIAL	UN (01) MES
	PRORROGAS	NO APLICA

FECHA ACTA DE INICIO:		24/11/2025		
REGISTRO PRESUPUESTAL	RP INICIAL NUMERO:	202511210002		
	FECHA	21	11	2025
	RP ADICIONAL NUMERO:	NO APLICA		
	FECHA	N/A	N/A	N/A

SUPERVISOR	NOMBRE:	ANYI YULIBETH GONZÁLEZ TORRES
INTERVENTOR	NOMBRE	NO APLICA
	NUMERO CONTRATO:	NO APLICA

A. SEGUIMIENTO DEL SUPERVISOR:

La Contratista a la fecha ha realizado las siguientes actividades de apoyo a la Gestión, de acuerdo a los requerimientos de la Entidad, dando cumplimiento al objeto Contractual.

REUNIONES Y/O VISITAS REALIZADAS	
FECHA	OBSERVACIONES

15/12/2025	Revisión entrega de informe de Certificaciones de Discapacidad de acuerdo con especificaciones técnicas y cantidades contratadas.

B. SUSPENSIONES-REANUDACIONES, MODIFICACIONES, REAJUSTES:

- No se realizaron

2.1. RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FÍSICA		
POR PARTE DEL CONTRATISTA:		
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	**% EJECUCIÓN**	**JUSTIFICACIÓN / OBSERVACIÓN**
1 realizar certificaciones de discapacidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 1197 de 2024 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	100%	Para el cumplimiento, de la actividad el contratista: realizó las siguientes actividades: De acuerdo al cronograma previamente pactado por el contratante se asignaron previamente 25 citas, en dos fechas parciales para los días 11/12/2025y el día 13/12/2025, cumpliendo con la actividad programada inicialmente contratada.
POR PARTE DEL CONTRATANTE:		
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	% EJECUCIÓN	JUSTIFICACIÓN / OBSERVACIÓN
La administración municipal suministró, dentro de los términos establecidos la información y los documentos necesarios para la ejecución del contrato. La supervisión estableció de manera coordinada con el contratista, en la ejecución de las actividades que demande el desarrollo del objeto y se verificó el cumplimiento del objeto del presente contrato y a la fecha no se han realizaron los respectivos pagos parciales	100%	Mediante la supervisión por parte de la secretaria de Desarrollo Social y Económico, se le suministro la información y documentación que requirió la contratista para la realización de sus actividades. Se ha verificado por parte de la supervisión el cumplimiento de las actividades del objeto contractual, encontrándose sin observaciones al respecto.

2.2. RESUMEN DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA

ENTIDAD	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	OTROS	TOTAL
1. Recursos iniciales comprometidos	$4.221.825	$0.00	$0.00	$4.221.825
2. Adiciones	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
3. TOTAL RECURSOS COMPROMETIDOS	$4.221.825	$0.00	$0.00	$4.221.825
4. Anticipos	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
5. Recursos pagados	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
6. valor Presente Acta (Acta 2)	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
7. Recursos pagados Acta de recibido final - Liquidación	$4.221.825	$0.00	$0.00	$4.221.825
8. TOTAL RECURSOS DESEMBOLSADOS	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00
9. Recursos ejecutados	$$4.221.825	$0.00	$0.00	$$4.221.825
10. Recursos no ejecutados	$$00.0	$0.00	$0.00	$$00.0

El valor del contrato corresponde a la suma de: **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($ 4.221.825 M/CTE.).** La entidad Contratante pagará al Contratista el valor del contrato de acuerdo a su disponibilidad presupuestal así: El Municipio de San Pablo de Borbur, Boyacá, cancelará mediante ACTAS PARCIALES DE ACUERDO A LAS CERTIFICACIONES EMITIDAS previa presentación de informe conforme a los insumos efectivamente suministrados por parte del contratista y certificado de Cumplimiento expedido por el Supervisor del Contrato. Para que el municipio proceda a realizar el pago del valor del contrato, el contratista deberá haber cumplido satisfactoriamente con lo siguiente:

- Entregar al municipio el suministro de bienes objeto de la presente contratación, en las condiciones y especificaciones técnicas requeridas.
- Acta de supervisión para pagos y/o de recibo a satisfacción, debidamente firmada por el contratista y el supervisor del contrato.
- Factura de compraventa y/o cuenta de cobro en la que se incluya la totalidad de los servicios y bienes suministrados.
- Acta de ingreso de los bienes al almacén. (Cuando aplique).
-

Acreditar, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo 41 de Ley 80 de 1993 – modificado mediante el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007–, que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios al Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar–ICBF y las cajas de compensación familiar, cuando corresponda. Igualmente, para la realización de cada pago derivado del contrato, de conformidad con lo estipulado en el parágrafo 1° del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el Contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de los aportes que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social Integral. Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal, cuando se trate de personas jurídicas. Cuando se trate de personas naturales deberá presentar copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral, para el periodo cobrado, en proporción al valor total del contrato.

VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES: El contratista presenta los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARP y parafiscales, de él (y de sus empleados, según el caso), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

PAGO: corresponde Al 01 Único pago por Valor de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE ($ 4.221.825 M/CTE.),** previa suscripción del acta de recibo parcial y/o liquidación.

El contratista presenta cuenta de cobro por los servicios prestados.

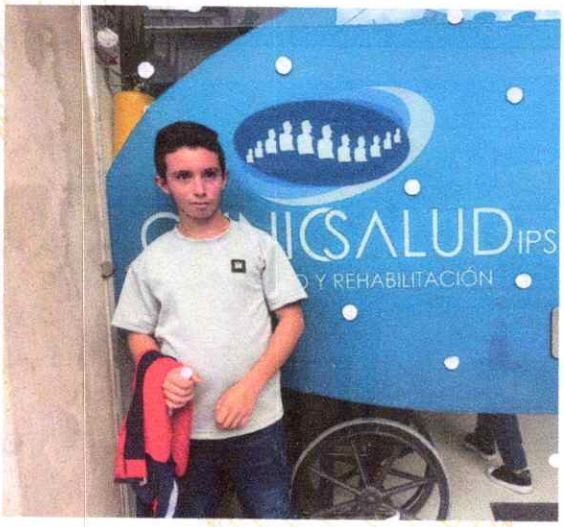
Para constancia, se firma el presente informe a los QUINCE (15) días del mes de DICIEMBRE de dos mil veinticinco (2025).

ANYI YULIBETH GONZÁLEZ TORRES
Secretaria de Desarrollo Social y Económico
SUPERVISOR







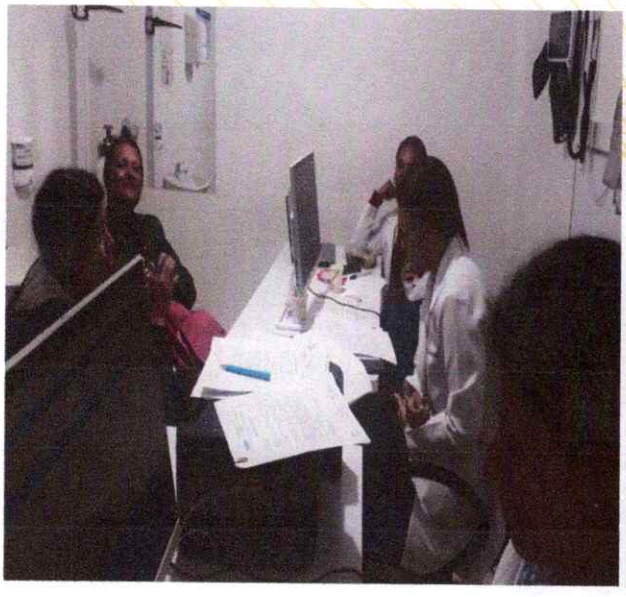

SALUD IPS
Y REHABILITACIÓN





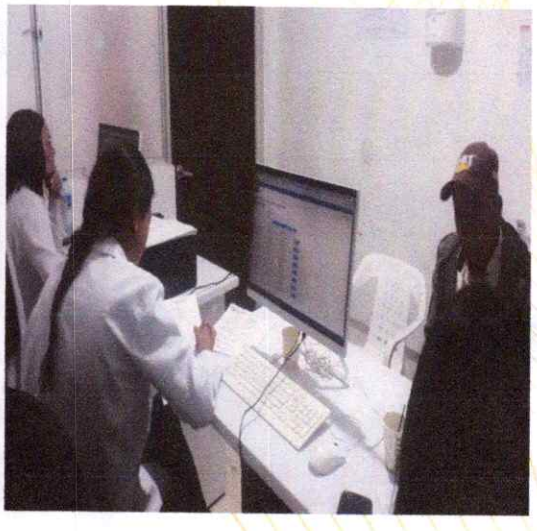


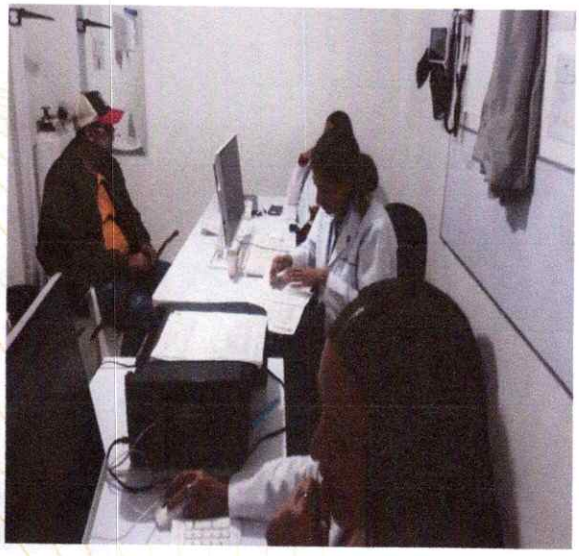
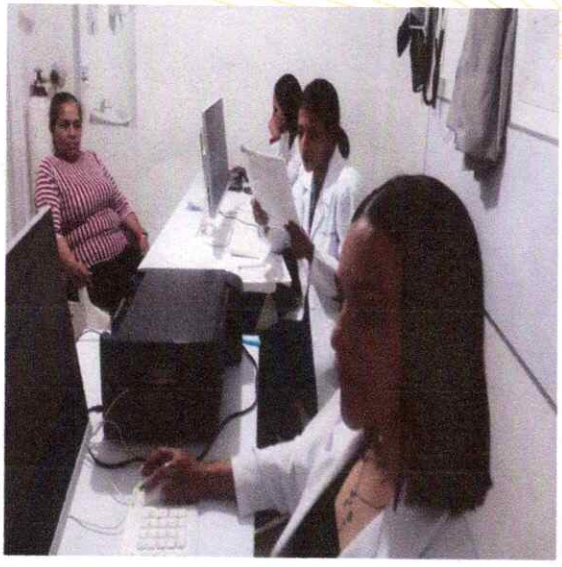
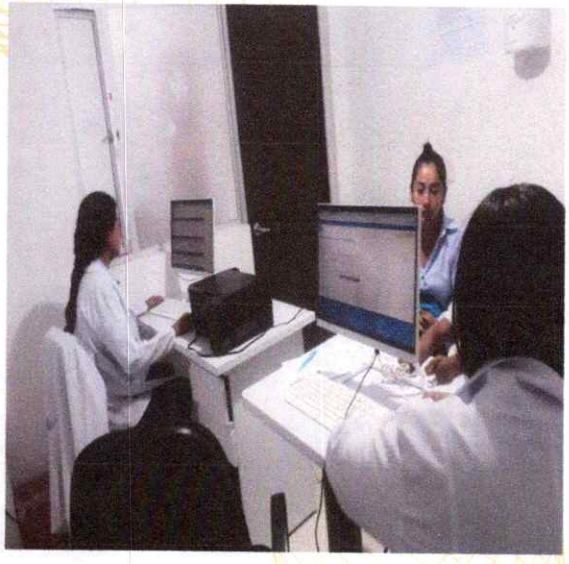
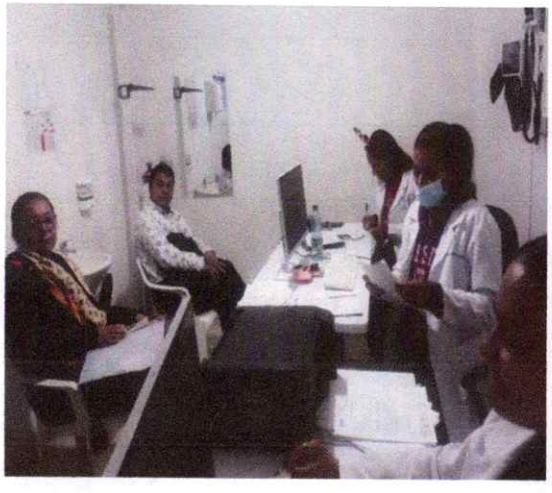


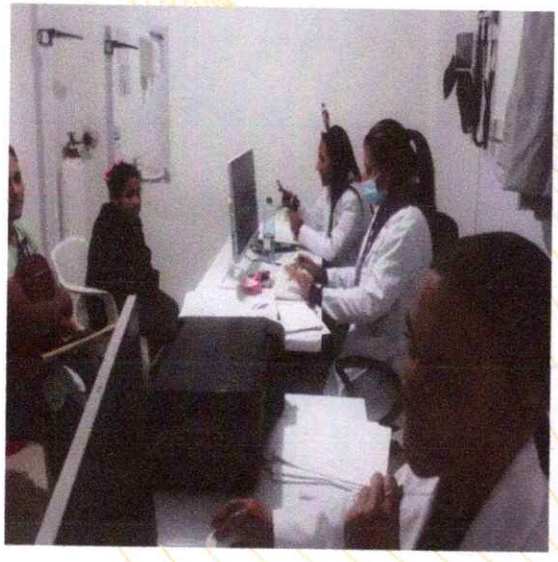
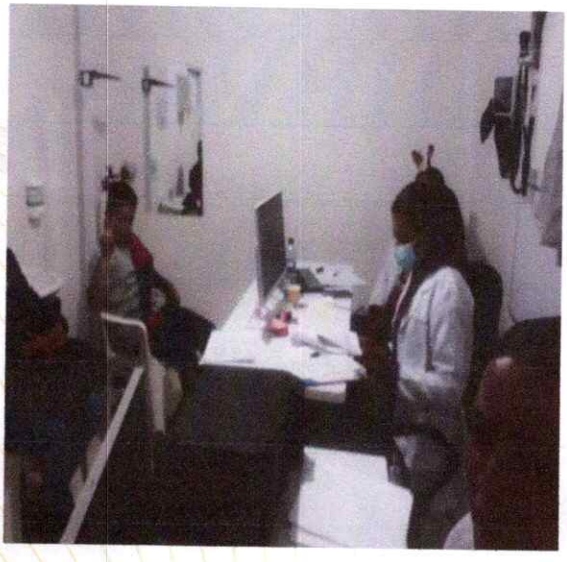


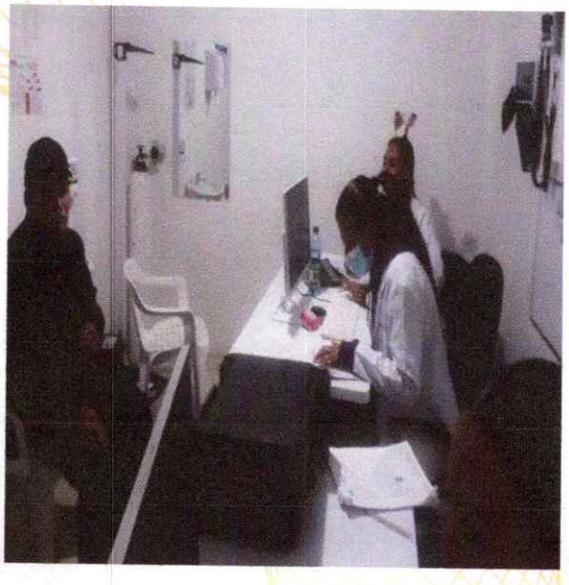


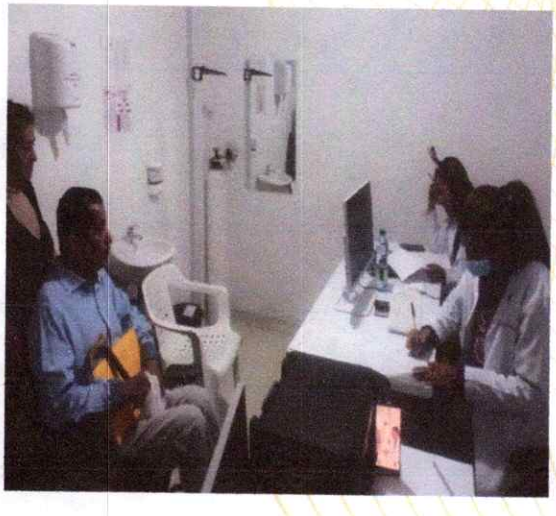








CLINICSALUD IPS
DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN

NIT 901011387

Dirección: gerencia@clinicsalud.com
Email: www.clinicsalud.com
TELEFONO: 8 726 3932 **CELULAR:** 311 8546589
CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ)

CLINICSALUD IPS Diagnóstico y Rehabilitación SAS

Resolución DIAN No. 18764087734419 del 2025-01-26 RANGO C 14866 A C 30000 VIGENCIA DE 12 MESES MODALIDAD ELECTRÓNICA

(Esta factura de venta es un titulo valor Ley 1231 de Julio 17 de 2008. El pago no oportuno de esta factura causara intereses de mora por mes a la tasa máxima vigente.)

FACTURA DE VENTA ELECTRÓNICA NO. - C 16690

FECHA Y HORA DE LA FACTURA:2025-12-13 17:15:40

DATOS DEL CLIENTE

CLIENTE: MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR
DOCUMENTO: NIT 891801369-2
DIRECCION: CARRERA 3 # 2-08
TELEFONO: 7258186
CIUDAD: SAN PABLO DE BORBUR-BOYACA

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN DIAN:	FECHA DE VENCIMIENTO:
2025-12-13 17:15:46	2025-12-31
FORMA DE PAGO: CREDITO	

CANTIDAD	DESCRIPCION	VLR. UNITARIO	VLR. TOTAL
25.00	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 A POBLACIÓN DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR BOYACÁ. COD.	168,873.00	4,221,825.00

CODIGO QR	RECIBIDA Y ACEPTADA POR:	FIRMA AUTORIZADA:

SUBTOTAL:	4,221,825.00
IVA:	0.00
OTROS DESCUENTOS:	0.00
RTE. FTE.:	0.00
RTE. ICA:	0.00
SALDO PENDIENTE DE PAGO:	4,221,825.00
GRAN TOTAL:	4,221,825.00

Cufe: 96752d7943c90330e3c61c0cbdbb0d5d4ec284dacec9d58b895ee285f9c108b5bf807522edc2510353623241c1dd81b5

SON: Cuatro Millones Doscientos Veintiun Mil Ochocientos Veinticinco Pesos M/CTE.

OBSERVACIONES:

FECHA Y HORA IMPRESION: 2025-12-13 17:16:01

IMPRESO POR:

CLINICSALUD IPS
DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN
NIT: 901.011.387 - 0

Chiquinquirá, 13 de diciembre de 2025

Señores

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SAN PABLO DE BORBUR – BOYACÁ

La ciudad

ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES FINAL

INFORME DE ACTIVIDADES	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA
No. CONTRATO Y FECHA	MC-SPB-076-2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN Y EXPEDICIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CONFORME LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 A POBLACIÓN DISCAPACITADA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR BOYACÁ.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION R/L LEON CASTILLO SALVADOR
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	NIT 901011387-0 Y C.C. 7.310.237 DE CHIQUINQUIRÁ
FECHA ACTA DE INICIO	VEINTICUATRO (24) DE NOVIEMBRE DE 2025
PLAZO INICIAL DE EJECUCION DEL CONTRATO	UN (01) MES
PLAZO PRÓRROGA 1	N/A
PLAZO TOTAL DE EJECUCION DEL CONTRATO	UN (01) MES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTE UN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS ($4.221.825) M/CTE
VALOR ADICIÓN 1	N/A

VALOR TOTAL DEL CONTRATO (*INCLUYE VALOR INICIAL, CON ADICIONES Y/O MODIFICACIONES*)	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTE UN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS ($4.221.825) M/CTE
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTE UN MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS ($4.221.825) M/CTE
No. DEL CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	CDP202511050002
SUSPENSION(ES)	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	VEINTITRÉS (23) DE DICIEMBRE DE 2025

OBJETIVO: CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

N°	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FISICA Y/O VIRTUAL
1	Entregar los bienes contratados dentro del plazo y según las condiciones que le indique el Municipio.	En cumplimiento a esta actividad fueron realizadas en los tiempos establecidos por el municipio (maximo plazo de ejecucion un mes despues de la firma del acta de inicio la cual fue firmada el 24 de noviembre de 2025). Los bienes contratados se ejecutaron el 11 y 13 de diciembre de 2025.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD
2	Contar por lo menos con un (1) equipo multidisciplinario para la realización del procedimiento de certificación de discapacidad, conformado por tres (3) profesionales de disciplinas diferentes, donde se incluya un médico general o especialista y dos (2) profesionales de alguna de las siguientes áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería, optometría o trabajo social, quienes deberán estar registrados en el directorio nacional de certificadores de discapacidad del MSPS. Los miembros del equipo multidisciplinario deben estar presentes durante el tiempo que dure la valoración.	Se asignó un equipo multidiciplinario para le ejecución del contrato conformado por profesionales de la especialidad en medicina general, fisioterapia y psicología capacitados y con experiencia en certificaciones de discapacidad.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD

3	Disponer de servicios de medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, optometría o psicología habilitados, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 del 2019, o en la norma que la modifique, complemente o sustituya. Los servicios habilitados deberán corresponder, con las disciplinas que conforman el (los) equipo (s) multidisciplinario (s) en la modalidad intramural, así como la modalidad extramural (domiciliaria y jornada de salud) y de telemedicina, en caso de que se oferte la realización de la valoración en alguna de dichas modalidades.	De acuerdo a lo establecido con la resolucion 3100 de 2019, la institución cuenta con los servicios habilitados a fin de garantizar la prestacion de los servicios y el optimo desarrollo de la jornada de discapacidad contratada.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD
4	Contar con apoyos y ajustes razonables acordes con las necesidades de las personas solicitantes y de acuerdo con las categorías de discapacidad.	Se asignaron profesionales capacitados y con experiencia en la atención y expedición de certificaciones de discapacidad, garantizando la disponibilidad de recursos humanos para el desarrollo de todas las actividades previstas.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD
5	Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa necesaria para el reporte de la información resultante de la valoración clínica multidisciplinaria en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, la disposición de computadores y conectividad óptima para el cargue de la información, así como del personal, insumos y procesos administrativos que permitan llevar a cabo el procedimiento.	Se dispuso nuestra sede principal ubicada en la ciudad de Chiquinquirá en la calle 19 # 9 - 12, instalaciones que permite el cumpliento de los criterios de evaluación para la atención de pacientes con discapacidad, infraestructura con apoyo de rampas de discapacidad, silla de ruedas, sala de espera, consultorios optimos, baños de discapacidad con baranda y sistema de alarma de emergencia, tecnología y personal capacitado para agilizar procesos y atención.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD
6	Contar con la capacidad suficiente para realizar mínimo diez (10) valoraciones para certificación de discapacidad a la semana, previendo que el tiempo mínimo para cada una es de cuarenta (40) minutos.	Se dispuso las instalaciones de la sede principal de la IPS, su infraestructura albergo a toda la población agendada para la jornada de certificacion de discapacidad, se agendo previamento con el fin de que todos los pacientes fueran atendidos en su totalidad manejando un aprox 12 - 13 pacientes por fecha.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD
7	Disponer de agendas abiertas como mínimo en el horario de atención para la asignación de citas entre 13 a 15 citas por día de atención.	Se dispuso previamente con el contratante el cronograma de agenda para los días 11 y 13 de diciembre de 2025, con atención a partir de las 8:00 Am. Hasta atender a toda la poblacion borbureña que fue citada a lo largo del día para ejercer dicha certificación.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD

8	Asignar cita a las personas solicitantes de certificación de discapacidad en un plazo de máximo 3 días posteriores a la solicitud.	De acuerdo al cronograma previamente pactado con el contratante se asignaron previamente 25 citas las cuales fueron atendidas en dos fechas distintas 12 pacientes para el día 11/12/2025 y 13 pacientes para el día 14/12/2025 cumpliendo con las actividades inicialmente contratadas.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD
9	Expedir certificación para cada una de las personas valoradas conforme a los lineamientos establecidos por autoridad competente	Se expidieron las 25 certificaciones de discapacidad contratadas para la poblacion del municipio de Bobur - Boyacá, proceso que se desarrollo bajo los lineamientos establecidos en la normativa vigente, asegurando que cada certificación fuera resultado de una valoración detallada y rigurosa. La gestión incluyoó la organización de servicios, la adecuada atención de solicitudes y la verificación de que cada caso cumpliera con los criterios tecnicos y administrativos requeridos.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD
10	Las demás que se relacionen con el objeto del presente contrato.	Durante la jornada de certificaciones no se presentaron novedades, cambios o eventos adversos que modificaran y/o alteraran el objeto contractual.	SE ADJUNTA ARCHIVO DE CERTIFICACIONES PCD

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	SE ADJUNTA PLANILLAS	SE ADJUNTA PLANILLAS	SE ADJUNTA PLANILLAS

FIRMAS	
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	**CONTRATISTA** Firma: **SALVADOR LEÓN CASTILLO** Representante Legal CLINIC SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACIÓN NIT: 91011387-0 Y C.C: 7.310.257 DE CHIQUINQUIRÁ

CLINICSALUD IPS
DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN
NIT: 901.011.387 - 0

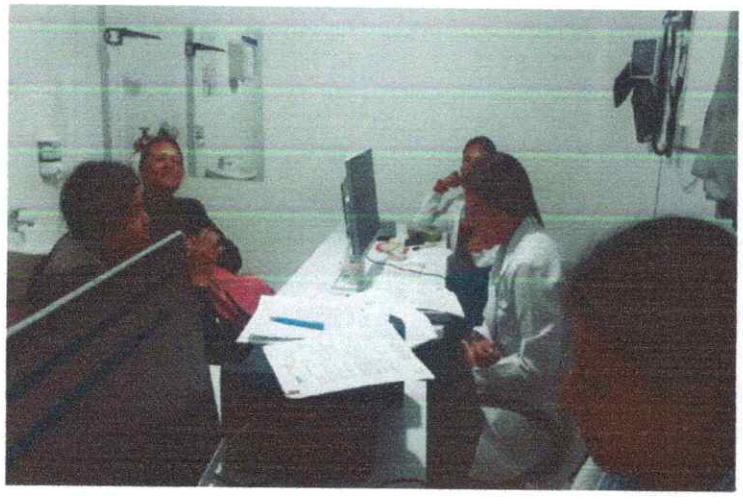
RELACION DE PACIENTES ATENDIDOS

N° PACIENTES	NOMBRE PACIENTE	N° DOCUMENTO	TELEFONO DE CONTACTO	CERTIFICACIÓN
1	ALBA SOLANGIE RAMOS	1002678497	3222125259	OK
2	MARIA EUGENIA RAMOS	23883041	3124611682	OK
3	ORTIZ RAMOS URBANO	74260213	3138172609	OK
4	SAUL OBANDO PARRA	4095015	3143342809	OK
5	JOSE DE JESUS PORRAS	74260066	3208986330	OK
6	MARCO EMILIO BEJARANO	3026398	3115045803	OK
7	LUIS ALIRIO GARCIA	9099160	3142132858	OK
8	LUIS ALBERTO BERNAL	1053340895	3203453583	OK
9	RODOLFO GAITAN	4198558	3105281790	OK
10	JENIFER VALERIA RODRIGUEZ	1055554010	3105281790	OK
11	ESTEFANIA CASTRO	1056506881	3234650779	OK
12	PEDRO FERNEY FORERO	1056410865	3202749738	OK
13	IHAN YERADTH PEÑA	1053351802	3107790143	OK
14	ELISABETH SANCHEZ BENITEZ	40050248	3202301177	OK
15	HUGO OSWALDO NEIZA	9498711	3218250547	OK
16	LINA NEIZA GARCIA	1054572382	3107790143	NO GENERA CERTIFICADO
17	JHON FREDY GIRALDO	79816444	3212488018	OK
18	CRISTIAN FERNICOLAY DELGADILLO	1053512785	3107790143	OK
19	ELIADES LOPEZ GUALTEROS	4196172	3222601315	OK
20	JENNIFER DAYANA BARRETO	1054373937	3107790143	OK
21	LUIS ALFREDO CRUZ	74260212	3115621504	OK
22	ANYI YICETH PORRAS	1056502168	3104821029	OK
23	FLOR EMILCE VILLAMIL	40050727	3213843055	OK
24	SIRLEY DAYANA NEGRO	1002678160	3213843055	OK
25	LUIS ORLANDO RODRIGUEZ	9496562	3132112441	OK

ANEXO 1. (Registro Fotográfico).

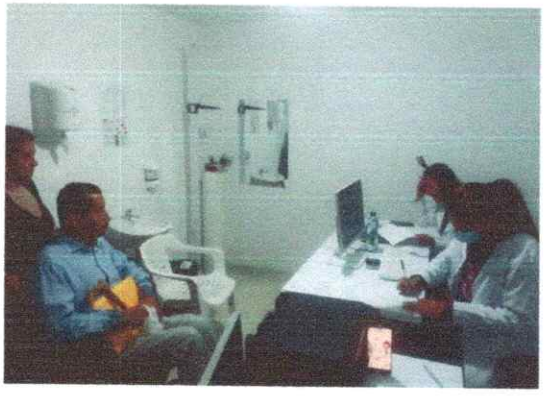






















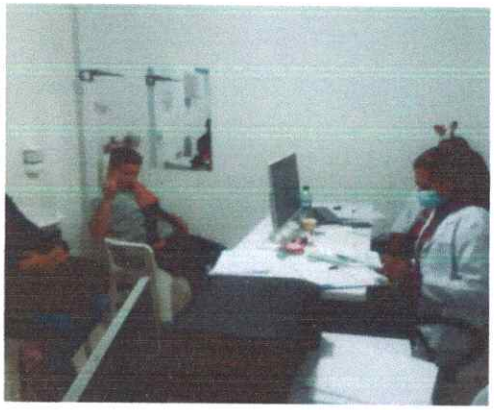






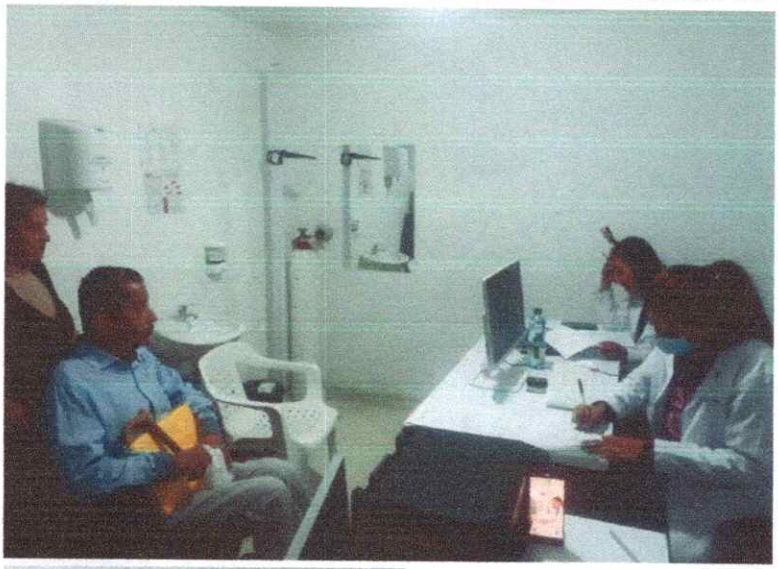
















DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141196255727

(415)7707212489984(8020) 000014119625572 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 1 1 3 8 7	0	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

41. Dirección principal
CL 19 9 12 BRR CENTRO

42. Correo electrónico gerencia@clinicsalud.com

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

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 9 1	2 0 1 6 0 9 1 6	8 6 9 2	2 0 1 6 0 9 1 6	8 6 2 1	8 6 9 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 4 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 LEON CASTILLO SALVADOR
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: 141196255727

(415)7707212489984(8020) 000014119625572 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 0 1 1 3 8 7	0	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

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	0 0 0 0 0	
73. Fecha	2 0 1 6 0 9 1 6	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 6 0 9 2 1	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 1 4 3 8 0 9	
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	1 7 6	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 6 0 9 1 6	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

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				-
2				-
3				-
4				-
5				-

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

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141196255727

(415)7707212489984(8020) 000014119625572 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 1 1 3 8 7	0	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 6 0 9 2 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 3 1 0 2 3 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LEON	CASTILLO	SALVADOR	

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

Página 4 de 4 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141196255727

(415)7707212489984(8020) 000014119625572 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 0 1 1 3 8 7	0	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

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

135. Fecha de nombramiento

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
Cédula de Ciudadanía	1 3 8 0 0 1 8 2 2 3		1 5 9 0 6 9 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MENDIETA	GUERRERO	GUZMAN	ANTONIO

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 8 1 0 1 7

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

CHIQUINQUIRA, BOYACA, 01/10/2025

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y RAHABILITACION SAS** con **NIT 901.011.387-0** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 386000092778

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S
NIT.901011387-0

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El Representante Legal y el Contador Público de CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S con NIT. 901011387 certificamos que, durante el mes de Noviembre del 2025, la empresa 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.

Las personas afiliadas por cuenta de la empresa son las siguientes:

NOMBRE DEL EMPLEADO	# DOCUMENTO	CARGO
SALVADOR LEON CASTILLO	7310237	FISIOTERAPEUTA
YESICA YOHANA SANCHEZ CASTELLANOS	1053334412	SECRETARIA ADMINISTRATIVA
KARENT PAOLA MURCIA RODRIGUEZ	1083010363	AUXILIAR DE ENFERMERIA
VIVIAN KARINA ORTIZ CAÑON	1053342279	AUXILIAR DE CALIDAD

Las personas contratadas por orden de prestación de servicios pero que también cumplen con el pago de aportes a seguridad social son las siguientes:

CONTRATISTA	# DOCUMENTO	CARGO
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	1020755686	MEDICA GENERAL
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	1053345146	FISIOTERAPEUTA
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	1018416407	PSICOLOGA

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.

Dada en Chiquinquirá a los once (11) días del mes de Diciembre 2025

SALVADOR LEON CASTILLO
C.C. 7310237 de Chiquinquirá
Representante Legal

Antonio Mendieta Guerrero.

GUZMAN ANTONIO MENDIETA G.
C.C. 80.018.223 de Bogotá D.C.
Contador Público T.P. 159069



FIRMA DEL TITULAR

86011

Esta tarjeta es el unico 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.



JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

159069-T

GUZMAN ANTONIO
MENDIETA GUERRERO
C.C. 80018223
RESOLUCION INSCRIPCION 149 FECHA 12/05/2011
UNIVERSIDAD U.P.T.C.

PRESIDENTE

MAURICIO ESPAÑOL LEON 169717



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80018223

MENDIETA GUERRERO

GUZMAN ANTONIO



22-NOV-1978

TINJACA
(BOYACA)

1.80 O+ M

98-ABR-1996 BOGOTA D.C.

INDICE DERECHO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A4A60F13E5188534

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 **GUZMAN ANTONIO MENDIETA GUERRERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 80018223 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 159069-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Diciembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901011387	0	CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILIATACION	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	LABORATORIO	CLL 19 9-12	CHIQUINQUIRA-BOYACA	3118546	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1000001282	9494903601	E	2025/11/24	2025/11/19	BANCO DE BOGOTA	0	$2,075,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: LABORATORIO (3 Afiliados)																						$4,626,375	$740,400			$4,270,500	$170,900			$4,626,375	$185,200			$5,694,000		$138,800		$0	$0		$1,235,300
Centro de Trabajo: LABORATORIO (3 Afiliados)																						$4,626,375	$740,400			$4,270,500	$170,900			$4,626,375	$185,200			$5,694,000		$138,800		$0	$0		$1,235,300
Ciudad: CHIQUINQUIRA Deptu: BOYACA (3 Afiliados)																						$4,626,375	$740,400			$4,270,500	$170,900			$4,626,375	$185,200			$5,694,000		$138,800		$0	$0		$1,235,300
1	CC	7310237	LEON SALVADOR																		23030 1	30	$2,847,000	$455,600	EPS005	30	$2,847,000	$113,900	CCF10	30	$2,847,000	$113,900	14-11	30	$2,847,000	2.436%	$69,400	30	$0	$0	SI	$752,800
2	CC	33700485	MORENO DOMITILA																		23020 1	7	$355,875	$57,000		0	$0	$0	CCF10	7	$355,875	$14,300	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	7	$0	$0	No	$106,000
3	CC	1083010363	MURCIA KARENT																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$0	$0	SI	$376,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMINISTRATIVO (2 Afiliados)																						$3,423,500	$547,800			$3,423,500	$137,000			$3,423,500	$137,000			$3,423,500		$18,000		$0	$0		$839,800
Centro de Trabajo: ADMISTRATIVO (2 Afiliados)																						$3,423,500	$547,800			$3,423,500	$137,000			$3,423,500	$137,000			$3,423,500		$18,000		$0	$0		$839,800
Ciudad: CHIQUINQUIRA Deptu: BOYACA (2 Afiliados)																						$3,423,500	$547,800			$3,423,500	$137,000			$3,423,500	$137,000			$3,423,500		$18,000		$0	$0		$839,800
4	CC	1053342279	ORTIZ VIVIAN																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF10	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	SI	$349,300
5	CC	1053334412	SANCHEZ YESICA																		23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF10	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	SI	$490,500
Total	**Afiliados(5)**																					$8,049,875	$1,288,200			$7,694,000	$307,900			$8,049,875	$322,200			$9,117,500		$156,800		$0	$0		$2,075,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901011387	0	CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILIATACION	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	LABORATORIO	CLL 19 9-12	CHIQUINQUIRA-BOYACA	3118546	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1000001282	9494903601	E	2025/11/24	2025/11/19	BANCO DE BOGOTA	0	$2,075,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$1,288,200	$0	$0	$1,288,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$1,231,200	$0	$0	$1,231,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$57,000	$0	$0	$57,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$156,800	$0	$0	$156,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$156,800	$0	$0	$156,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$322,200	$0	$0	$322,200
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	5	$322,200	$0	$0	$322,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$307,900	$0	$0	$307,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$250,900	$0	$0	$250,900
TOTAL				5	$2,075,100	$0	$0	$2,075,100

2025/11/26 11:52 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020755686		BUITRAGO PARRA SHAIANA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 7A 19 28	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000000686	9495680955	I	2025/12/19	2025/12/12	BANCO DE BOGOTA	0	$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1020755686	BUITRAGO SHAIANA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2025/12/12 09:20 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020755686		BUITRAGO PARRA SHAIANA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 7A 19 28	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000000086	9495680955	I	2025/12/19	2025/12/12	BANCO DE BOGOTA	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$405,800	$0	$0	$405,800

2025/12/12 09:20 AM

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS S.A.S. identificado(a) con NI 900826841 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE identificado(a) con CC 1053345146

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																	IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	30								A										($1,781,600)	4%	($71,300)
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	30		X						C										$1,781,600	4%	$71,300
9496156224	1992573240	E	2025-12-09	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	30																		$1,781,600	4%	$71,300
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30								A										($1,781,600)	16%	($285,100)
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30		X						C										$1,781,600	16%	$285,100
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-11	30								A										($1,781,600)		$0
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-11	30		X						C										$1,781,600		$0
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-11	30								A										($1,781,600)		$0
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-11	30		X						C										$1,781,600		$0
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-11	30								A										$0	0%	$0
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-11	30		X						C										$0	0%	$0
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-11	30								A										$0	0%	$0
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-11	30		X						C										$0	0%	$0
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	ARL	14-33	COLSANITAS ARL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30								A										($1,781,600)	1.044%	($18,600)
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	ARL	14-33	COLSANITAS ARL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30		X						C										$1,781,600	1.044%	$18,600
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	CCF	CCF10	COMFABOY	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30								A										($1,781,600)	4%	($71,300)
9496333524	9496333524	N	2025-12-11	CCF	CCF10	COMFABOY	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30		X						C										$1,781,600	4%	$71,300
9496156224	1992573240	E	2025-12-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30																		$1,781,600	16%	$285,100
9496156224	1992573240	E	2025-12-09	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-11	30																		$1,781,600		$0
9496156224	1992573240	E	2025-12-09	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-11	30																		$1,781,600		$0

aportes en línea

Certificado de Aportes

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9496156224	1992573240	E	2025-12-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-11	30																	$0	0%	$0
9496156224	1992573240	E	2025-12-09	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-11	30																	$0	0%	$0
9496156224	1992573240	E	2025-12-09	ARL	14-33	COLSANITAS ARL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30																	$1,781,600	1.044%	$18,600
9496156224	1992573240	E	2025-12-09	CCF	CCF10	COMFABOY	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30																	$1,781,600	4%	$71,300
9494660640	1923183581	E	2025-11-12	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-11	30																	$1,781,600	4%	$71,300
9494660640	1923183581	E	2025-11-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	$1,781,600	16%	$285,100
9494660640	1923183581	E	2025-11-12	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-10	30																	$1,781,600		$0
9494660640	1923183581	E	2025-11-12	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-10	30																	$1,781,600		$0
9494660640	1923183581	E	2025-11-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-10	30																	$0	0%	$0
9494660640	1923183581	E	2025-11-12	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-10	30																	$0	0%	$0
9494660640	1923183581	E	2025-11-12	ARL	14-33	COLSANITAS ARL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	$1,781,600	1.044%	$18,600
9494660640	1923183581	E	2025-11-12	CCF	CCF10	COMFABOY	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	$1,781,600	4%	$71,300
9493080966	1838172088	E	2025-10-08	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-10	30																	$1,781,600	4%	$71,300
9493080966	1838172088	E	2025-10-08	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	$1,781,600	16%	$285,100
9493080966	1838172088	E	2025-10-08	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-09	30																	$1,781,600		$0
9493080966	1838172088	E	2025-10-08	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-09	30																	$1,781,600		$0
9493080966	1838172088	E	2025-10-08	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-09	30																	$0	0%	$0
9493080966	1838172088	E	2025-10-08	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-09	30																	$0	0%	$0
9493080966	1838172088	E	2025-10-08	ARL	14-33	COLSANITAS ARL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	$1,781,600	1.044%	$18,600
9493080966	1838172088	E	2025-10-08	CCF	CCF10	COMFABOY	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-09	30																	$1,781,600	4%	$71,300

Este certificado se expide el día 2025-12-13 a las 08:15.

PAGOSIMPLE | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2025-12-11, 03:29:11 p. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 1077521182

Periodo Cotización: 202510 **Periodo Servicio:** 202511

PAGADA 2025-11-26 19:37:51.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 26/11/2025, la empresa SEBASTIAN JOHAN AGUDO BLANCO, con documento de identificación CC1233689580, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado MURCIA AREVALO DIANA MILENA, con CC 1018416407, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N890903790	14-11	ARL SURA
AFP	N800253055	230901	OLD MUTUAL SKANDIA
EPS	N860066942	EPS008	COMPENSAR EPS
CCF	N800231969	CCF68	COMCAJA

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S
NIT.901011387-0

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El Representante Legal y el Contador Público de CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S con NIT. 901011387 certificamos que, durante los últimos seis meses del 2025, la empresa 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.

Las personas afiliadas por cuenta de la empresa son las siguientes:

NOMBRE DEL EMPLEADO	# DOCUMENTO	CARGO
SALVADOR LEON CASTILLO	7310237	FISIOTERAPEUTA
YESICA YOHANA SANCHEZ CASTELLANOS	1053334412	SECRETARIA ADMINISTRATIVA
KARENT PAOLA MURCIA RODRIGUEZ	1083010363	AUXILIAR DE ENFERMERIA
VIVIAN KARINA ORTIZ CAÑON	1053342279	AUXILIAR DE CALIDAD

Las personas contratadas por orden de prestación de servicios pero que también cumplen con el pago de aportes a seguridad social son las siguientes:

CONTRATISTA	# DOCUMENTO	CARGO
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	1020755686	MEDICA GENERAL
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	1053345146	FISIOTERAPEUTA
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	1018416407	PSICOLOGA

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.

Dada en Chiquinquirá a los catorce (14) días del mes de Noviembre 2025

SALVADOR LEON CASTILLO
C.C. 7310237 de Chiquinquirá
Representante Legal

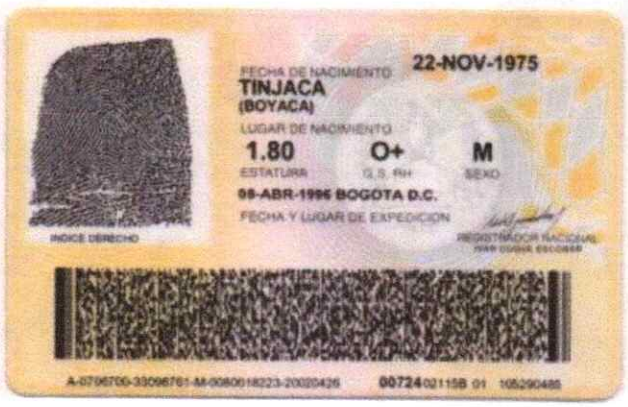
Antonio Mendieta Guerrero.

GUZMAN ANTONIO MENDIETA G.
C.C. 80.018.223 de Bogotá D.C.
Contador Público T.P. 159069


FIRMA DEL TITULAR
85011
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.


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
159069-T
GUZMAN ANTONIO
MENDIETA GUERRERO
C.C. 80018223
RESOLUCION INSCRIPCION 149
FECHA 12/05/2011
UNIVERSIDAD
PRESIDENTE
MAURICIO ESPAÑOL LEON
169717


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
80018223
MENDIETA GUERRERO
GUZMAN ANTONIO


FECHA DE NACIMIENTO
22-NOV-1975
TINJACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
08-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
A-0796700-33096761-M-0080018223-20020426
0072402115B 01 105290488

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

CB71BEB0DF944C93

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 **GUZMAN ANTONIO MENDIETA GUERRERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 80018223 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 159069-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 3 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		IAN JERADTH PEÑA GAMBOA			
Tipo de Documento	TI	Número de documento	1053351802		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3107790143		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	NUEVA EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1128790**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono			3118546589	
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:	IAN PEÑA GAMBOA	**Fecha:**	13/12/2025
Tipo de identificación:	TI.	**Número:**	1053351802

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Lorena Peña Identificado con: CC Nº: 1055963702.
como paciente_____ o como responsable X del paciente: IAN PEÑA
_____ identificado con TI Nº 1053351802.

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: _____

Firma del responsable del paciente: Heidy Peña gamboa
C.C: 1055963702

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Shaina B	**Nombre:** Andrea Lopez	**Nombre:** Diana Herrera
CC: 1007516906	**CC:** 1053345476	**CC:** 1018416407
profesión red qeul.	**profesión** Fisioterapeuta	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
IHAN	JERADTH	PEÑA	GAMBOA
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
BOYACÁ		SAN PABLO DE BORBUR	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo		Registro civil		Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 1053351802

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	33.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	22.22
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b126.2 b140.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d598.2 d820.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.053.351.802**
PEÑA GAMBOA

APELLIDOS
IHAN JERADTH

NOMBRES

Ihan Jeradth

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-2018**
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-AGO-2036 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

02-SEP-2025 OTANCHE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

P-0717600-01524518-M-1053351802-20250915 **01476**43501G 3 8516530872

Solicitante
Ingresar Solicitante

Documento Vigente
Validación

A
R

Formulario de Registro de Autorización

TI 1053351802 **IHAN JERADTH PEÑA GAMBOA**

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Mpio de San Pablo de Borbur contrato 129-2025 (2025-12-03 a 2025-12-22) Id:2335

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S Id: 6622

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2835

Observaciones

Ninguno

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1128790

Registrar una nueva autorización

HISTORIA CLINICA
ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
Nit. 891800982
Dir. Kilómetro 1 Vía a Soracá - Tel. 3176548208

Código Plantilla:HC-NEURPSI
Fecha Historia:14/10/2025 14:05
Lugar y Fecha:TUNJA,BOYACA 14/10/2025 14:05
Documento y Nombre del Paciente: TI 1053351802 IAN JERADTH PEÑA GAMBOA
Administradora: NUEVA EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL1
No Historia: 1053351802 Cons. Historia: 2455458
Atencion: Ambulatorio

Plantilla
HISTORIA CLINICA NEUROPSICOLOGIA:

Plantilla
Datos Generales
Fecha: 14/10/2025
Nombre: IAN JERADTH PEÑA GAMBOA
Sexo: Masculino
Edad: 7 Años
Telefono: 3222324336 3203284299 3142368560
E.A.P.B.: NUEVA EPS
Hora: 13:31
Historia: 1053351802
Fecha Nacimiento F: 01/08/2018
Direccion: VEREDA ALTO SANO
Estado Civil: Soltero
Régimen: Subsidiado

Datos de la Consulta
Motivo de Consulta: Paciente de 7 años, assite en compañai de su madre Heidy Lorena Peña Gamboa, refiere "llevamos un proceso desde la escuela, Jesde el año pasado, sin embargo este año lo problemas se han exacerbado por lo que colegio me solicita inicial proceso, pediatria solicita valoración con psiquatria pediatrica y neuropsicologia; desde el colegio se reporta no seguimiento de Instrucciones, hay inquietud motora, condcutas desafiantes con su docentes, agresividad con los compañeros, a mi no me hace caso, se reporta fallos en la consolidación de aprendizajes, agresividad con los animales"
Exploración
Área personal: Paciente natural de Chiquinquira, procedente Coscues, actualmente s eencuentra en grado 1° en la I.E Santa Barbara.
Área familiar: Paciente vive con su madre, pareja de ella, hermanastra; se reportan dificultade sen la relación con pareja de su madre, no obedece sus indicaciones es desafiante, se reportan conductas groseras con el; con hermanastra se reportan conductas de agresividad, se molesta cuando ella se niega a sus solicitudes; cor madre se reportan conductas de agresividad, no hay respeto a la autoridad, padre ausente.
Área social: se reporta facilidad en la iniciativa ty establecimiento de relación con pares, hay dificutlad en el mantenimiento de las amistades se reporta agresiviadd hacia sus compañeros, ocasionalmente apartia ante el compartir.
Área académica: paciente ingresa a preescolar a los 5 años con dificutlades en su adaptaciónm, se reporta altas conductas de agresividad hacia sus compañeros, mordia, le pegaba, desafiante con su docente, no seguimieto a las instrucciones, lleva lña contraria a las indicaciones de su docente; en lña actualidad se encuentra en grado 1° persisten las dificutlades comportamentales, no hay seguimiento a la norma, hay inquietud motora, juega dentro del sal¬opn, inicia pero no termina las actividades, interrumpe las clases; desde el colegio han tomado algunas estrategias entre como madre como acompañante en el colegiom, lo que permite que termine sus trabajos, con mejor regulación comportamental, se reporta se dispersa con facilidad, altas dificutlades en aritmetica, presenta un buen desarrollo de lectura, sin embargo presenta dificutlades en la escritura, no es coherente en lo que escribe, dificutlades de escritura bajo dictado; se reporta dificutld en la consolidación de aprendizajes.
Historia del Desarrollo
Antecedentes perinatales: Paciente producto de priemr embarazo, edad de la madre 22 años, niegan complicaciones en el embarazo, parto vaginal (semana 39), niega complicaciones Sedestción: 10 meses, no gateo, marcha: 17 meses, lenguaje priemras palabras: 10 meses 1 palabra, palabra-frase: 3 años.
Antecedentes del Neurodesarrollo: Retraso en desarrollo motor y de lenguaje. **Peso al nacer:** --
Talla al nacer: --
Exploración Física
Patrones de sueño y alimentación: Durante el sueño se reporta rie o expresa d eforma incosciente.
Táctil: ..
Visión: Normal
Audición: Normal
Historia de la condición actual
Describa:: Paciente de 7 años, primera valoración por psiquiatria de niños y adolescentes CRIB; refiere la madre que desde muy pequeño es muy inquietud, impulsivo, no mide riesgos, múltiples accidentes por su impulsividad; desde ingreso al colegio documentan inquietud motora, impulsividad, agresividad con pares, agresividad contra la madre; hay conducta oposicionista y desafiante en casa y colegio; hay atrasos en procesos de aprendizaje, particularmente matemáticas, la madre es su asistente para actividades académicas. Buen patrón de sueño, buen patrón alimentario. Hay agresividad con los animales.
Antecedentes
Patologicos: No reporta
Quirurgicos: --
Traumáticos: -
Farmacologicos: Risperidona
Toxico/alérgicos: -
Familiares: HTA en abuerla materna
Tono Muscular: --
Complementarios
Exámenes complementarios:: - pendiente resultados
Terapias Complementarias: pendiente inicio de terapia ocupacional
Conducta Social- Afectiva, Temperamento.
Interacción con pares: se reporta facilidad en la iniciativa ty establecimiento de relación con pares, hay dificutlad en el mantenimiento de las amistades se reporta agresiviadd hacia sus compañeros, ocasionalmente apartia ante el compartir.
Funcionalidad-: actividades basicas d eforma independiente, actividades instrumentale sen proceso.
Observación(Examen mental y Cognitivo): Paciente valorado en consultorio, en compañía de la madre, alerta, orientado en persona y lugar, establece contacto visual y verbal con entrevistador, colabora con la entrevista, hay inquietud motora, , juega con fichas, en ocasiones hay intrusividad e interrumpe la conversación de los adultos, al inicio de la sesión se evidencia no hay seguimienot de instrucciones dadas por su madre. No hay actitud alucinatoria.
Impresion Diagnostico
Dx. Principal: f989-TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS, EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO, QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NI¥EZ Y EN LA ADOLESCENCIA
Dx. Relacionado 1: f900-PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION
Causa Externa: Enfermedad general

Powered by CamScanner

3

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: 13
Fecha Historia: 14/10/2025 11:10
Lugar y Fecha: TUNJA,BOYACA 14/10/2025 11:10
Documento y Nombre del Paciente: TI 1053351802 IAN JERADTH PEÑA GAMBOA
Administradora: NUEVA EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL1
No Historia: 1053351802 Cons. Historia: 2455288
Atención: Ambulatorio

HISTORIA
Consulta Medicina Especializada Psiquiatria:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 14/10/2025
Historia: 1053351802
Fecha Nacimiento F: 01/08/2018
Edad: 7 Años
Zona: URBANO
Telefono: 3222324336 3203284299 3142368560
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

Hora: 11:09
Nombre: IAN JERADTH PEÑA GAMBOA
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: NUEVA EPS
Direccion: VEREDA ALTO SANO
Estado Civil: Soltero
PRESENTA DISCAPACIDAD: NO

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: PSIQUIATRÍA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Edad: 7 años 2 meses
Natural Chiquinquirá y procedente de San Pablo de Borbur
Escolaridad: grado 1, colegio público, modalidad normal, no ha repetido años
Convive la madre; padre ausente
Acompañante: Heidy Peña (madre-29años-minería)
Primera valoración por psiquiatría de niños y adolescentes CRIB, sin valoraciones previas, remitido por pediatría por solicitud del colegio

Diagnóstico
T. emociones y el comportamiento de inicio en la infancia y adolescencia
T. deficit atención/hiperactividad a estudio

Tratamiento
Terapias de rehabilitación multidisciplinarias

Enfermedad Actual: Enfermedad actual
Paciente de 7 años, primera valoración por psiquiatría de niños y adolescentes CRIB; refiere la madre que desde muy pequeño es muy inquietud, impulsivo, no mide riesgos, múltiples accidentes por su impulsividad; desde ingreso al colegio documentan inquietud motora, impulsividad, agresividad con pares, agresividad contra la madre, hay conducta oposicionista y desafiante en casa y colegio; hay atrasos en procesos de aprendizaje, particularmente matemáticas, la madre es su asistente para actividades académicas. Buen patrón de sueño, buen patrón alimentario.
Hay agresividad con los animales.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Negativos
ANTECEDENTES PERSONALES
Mentales: Negativo
Quirurgicos: Negativo
Alergicos: Negativo

Revision por Sistemas: -
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

Patologicos: Negativo
Toxicos: Negativo
Traumaticos.: Negativo

Planifica?
EXAMEN MENTAL
Descripcion.: Examen mental
Paciente valorado en consultorio, en compañía de la madre, alerta, orientado en persona y lugar, establece contacto visual y verbal con entrevistador, colabora con la entrevias, hay inquietud motora, se deja pasar a mesa de juegos, juega con fichas, en ocasiones hay intrusividad e interrumpe la conversación de los adultos. No hay actitud alucinatoria.

OTROS HALLAZGOS CLINICOS
AYUDAS DIAGNOSTICAS
Reportes de laboratorio: escribir resultados reportes de laboratorio
Reportes Imagenologicos: describir imagenes (rx,ecografias, etc.).
Impresion Diagnostico
Dx. Principal: f989-TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS, EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO, QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA
Dx. Relacionado 1: f900-PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta: Tratamiento
Causa Externa: Enfermedad general
PLAN DE MANEJO: Análisis
Paciente de 7 años, primera valoración por psiquiatría de niños y adolescentes CRIB; hay clínica sugestiva de TDA/H, problemas comportamentales asociados; inicio risperidona, terapia ocupacional y psicología, se solicita prueba neuropsicológica, EKG. Se da psicoeducación, control en 3 meses.

Plan:
Control en 3 meses
Risperidona gotas 1mg/ml, 2 gotas en la mañana y 5 gotas en la noche (0.35mg)
Terapia ocupacional y psicología semanales
Prueba neuropsicológica
SS/EKG

Recomendaciones: -

Signos de Alarma: -

Powered by CamScanner

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

Nit. 891800982

Dir. Kilómetro 1 Vía a Soracá - Tel. 3176548208

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 14/10/2025 11:10:43a.m.

Lugar y Fecha: TUNJA, BOYACA 14/10/2025 11:10:43a.m.

Documento y Nombre del Paciente: TI 1053351802 IAN JERADTH PEÑA GAMBOA

Administradora: NUEVA EPS **Convenio:** SUBSIDIADO **Tipo de Usuario:**SUBSIDIADO NIVEL1

No Historia: 1053351802 **Orden N°:** 726426

- **Procedimiento:** S35104 - Psicoterapia individual por psicologia
Cantidad: 12.00 **Indicaciones:** 12 sesiones psicología clínica* una por semana x 3 meses

- **Procedimiento:** 938303 - 938303 - Terapia Ocupacional Integral
Cantidad: 12.00 **Indicaciones:** Una por semana x 3 meses

DX Principal: F989
DX Relacionado 1: F900
Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Cesar Augusto Ruiz E.
MD. Psiquiatra Infantil PUJ
C.C. 4.192.153

DR. CESAR AUGUSTO RUIZ ECHEVERRIA
CC 4192153
Especialidad. PSIQUIATRIA
Registro. 760-2009

Powered by CamScanner

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

Nit. 891800982

Dir. Kilómetro 1 Vía a Soracá - Tel. 3176548208

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 14/10/2025 11:10:43a.m.

Lugar y Fecha: TUNJA, BOYACA 14/10/2025 11:10:43a.m.

Documento y Nombre del Paciente: TI 1053351802 IAN JERADTH PEÑA GAMBOA

Administradora: NUEVA EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario:SUBSIDIADO NIVEL1

No Historia: 1053351802 Orden N°: 726421

Registro de Admision:0

- Procedimiento: S940700 - Administracion [Aplicacion] De Prueba Neuropsicologica (CUALQUIER TIPO) SOD

Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

DX Principal: F989

DX Relacionado 1: F900

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Cesar Augusto Ruiz E.
MD. Psiquiatra Infantil PUJ
C.C. 4.192.153

DR. CESAR AUGUSTO RUIZ ECHEVERRIA

CC 4192153

Especialidad. PSIQUIATRIA

Registro. 760-2009

Powered by CamScanner

ORDEN DE CONSULTAS O INTERCONSULTAS

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

Nit. 891800982

Dir. Kilómetro 1 Vía a Soracá - Tel. 3176548208

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 14/10/2025 11:10:43a.m.

Lugar y Fecha: TUNJA, BOYACA 14/10/2025 11:10:43a.m.

Documento y Nombre del Paciente: TI 1053351802 IAN JERADTH PEÑA GAMBOA

Administradora: NUEVA EPS **Convenio:** SUBSIDIADO **Tipo de Usuario:**SUBSIDIADO NIVEL1

No Historia: 1053351802 **Orden N°: 726424**

- Procedimiento: S890385 - Consulta de control o de seguimiento por especialista en psiquiatria pediatrica

Especialidad: PSIQUIATRIA **Indicaciones:** Control en 3 meses

---

DX Principal: F989

DX Relacionado 1: F900

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Cesar Augusto Ruiz E.
MD. Psiquiatra Infantil PUJ
C.C. 4.192.153

DR. CESAR AUGUSTO RUIZ ECHEVERRIA

CC 4192153

Especialidad. PSIQUIATRIA

Registro. 760-2009

Powered by CamScanner

ORDEN DE MEDICAMENTOS

ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
Nit. 891800982
Dir. Kilómetro 1 Vía a Soracá - Tel. 3176548208

Registro de Calidad
Fecha Historia 14/10/2025 11:10:43a.m.
Lugar y Fecha TUNJA, BOYACA 14/10/2025 11:10:43a.m.
Documento y Nombre del Paciente TI 1053351802 IAN JERADTH PEÑA GAMBOA
Administradora NUEVA EPS Convenio SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL1
No Historia 1053351802 Orden N°: 726420

R/.

Código: 1R103107100 **Medicamento:** RISPERIDONA 0.1% 20 GOTAS/ML SLN ORAL GOTAS FRASC
Código CUM:20153948-1 **Invima:**2019M-0019026
Medida: FRASCO **Concentración:** 1MG/ML **Via Administración:** ORAL
Cantidad: 4 (CUATRO) **Forma Farmaceutica:** SOLUCION ORAL **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: 2 gotas en la mañana y 5 gotas en la noche (0.35mg)
Periodo Duración Tratamiento: 120

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: F989
DX Relacionado 1: F900

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Vigencia de la Orden:

Cesar Augusto Ruiz E.
MD. Psiquiatra Infantil PUJ
C.C. 4.192.153

DR. CESAR AUGUSTO RUIZ ECHEVERRIA
CC 4192153
Especialidad. PSIQUIATRIA
Registro. 760-2009

Powered by CamScanner

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		ELISABETH SANCHEZ BENITEZ			
Tipo de Documento	CC	Número de documento	40050248		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3202301177		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	NUEVA EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**935721**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN



Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Elisabeth Sanchez	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 40050248

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Elisabeth Sanchez Identificado con: CC Nº: 40050248
como paciente X o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: 40050248

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre: Andrea Salgado	**Nombre:** Shaicha B	**Nombre:** Diana Hernandez M
CC: 1053315748	**CC:** 1073251680	**CC:** 1018416407
profesión Fisioterapeuta	**profesión** Med general	**profesión** Psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ELISABETH		SANCHEZ	BENITEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 40050248

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b710.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d570.1 d879.1

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Solicitante

Ingresar Solicitante

Documento Vigente

Validación

Formulario de Registro de Autorización

CC 40050248 **ELISABETH SANCHEZ BENITEZ**

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Mpio de San Pablo de Borbur contrato 129-2025 (2025-12-03 a 2025-12-22) Id:2335

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S Id: 6622

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2835

Observaciones

Ninguno

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 935721

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.050.248**

SANCHEZ BENITEZ
APELLIDOS

ELISABETH
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-NOV-1970**
OTANCHE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

22-AGO-1989 OTANCHE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0724900-33153061-F-0040050248-20070216 . 00288 07046O 02 194069492

--ALTERACIÓN DEL ESTADO DEL CONCIENCIA, PÉRDIDA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES , DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL. ALTERACIÓN DEL HABLA, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, MARCHA ANORMAL
--DOLOR INTENSO EN EL PECHO, EXTREMIDADES, CUELLO O MANDÍBULA, SUDORACIÓN ABUNDANTE , DOLOR E LA BOCA DEL ESTÓMAGO, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO
--VÓMITO, ORINA Y/O DEPOSICIONES CON SANGRE
--DIFICULTAD PARA RESPIRAR
--DOLOR DE CABEZA INTENSO Y SÚBITO, QUE LO DESPIERTA EN LA NOCHE, QUE NO MEJORA CON ANALGESICO
--PERDIDA DE LA CONCIENCIA DE LOS ESFÍNTERES URINARIO O FECAL
--BULTO EN LA MAMA O LA AXILA (DEBAJO DEL BRAZO). AUMENTO DEL GROSOR O HINCHAZÓN DE UNA PARTE DE LA MAMA, IRRITACIÓN O HUNDIMIENTOS EN LA PIEL DE LA MAMA, ENROJECIMIENTO O DESCAMACIÓN EN LA ZONA DEL PEZÓN O LA MAMA, HUNDIMIENTO DEL PEZÓN O DOLOR EN ESA ZONA, SECRECIÓN DEL PEZÓN, QUE NO SEA LECHE, INCLUSO DE SANGRE, CUALQUIER CAMBIO EN EL TAMAÑO O LA FORMA DE LA MAMA, DOLOR EN CUALQUIER PARTE DE LA MAMA.
RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS Y DE ESTILOS DE VIDA:
1. INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS (CARBOHIDRATOS COMPLEJOS, PROTEÍNAS, GRASAS)
2. REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, DE ACTIVIDAD DE INTENSIDAD MODERADA, COMO CAMINAR A PASO LIGERO.
3. TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA
4. CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES, QUE ESTÉN DE TEMPORADA PREFERIBLEMENTE.
5. REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO
6. LIMITAR O SI ES POSIBLE SUSPENDER EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL
7. CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.
8. AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO
9. CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES.
10. CONSUMIR ACEITE DE OLIVA CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTOS SECAS O SEMILLAS.
11. EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE.
12. EVITAR EL CONSUMO DE TABACO

Dx ppal: Q659 DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA NO ES **Dx rel 1:**

Dx rel 2: **Dx rel 3:**

Remisión a:

Dr. Jaime Andrés Vargas Villanueva
MÉDICO S.S.O.
U.P.T.C.

JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL

Registro Cédula 1192803435 Digitada: lun, 16 jun 2025 , 8:55 am

Imprime : 1 1 1 1 vie, 12 dic 2025 11:07 am CITAS

HISTORIA CLINICA

E.S.E. Centro de Salud SAN PABLO DE BORBUR
NIT: 820003422-3

ESE CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORB Dir: Calle 2 N 1 - 41 Teléfono: 3108831069

Nombres: **ELIZABETH** **SANCHEZ** **BENITEZ** EPS **NUEVA EPS CONTR**

N° Identidad: 40050248 Tipo Id CC Sexo F Fecha Nto: 03/11/70 Años 54 Meses 7

Sin dirección. Tel:3202301277. Vereda: URBANO. Mun: SAN PABLO DE BORBUR. Urbano. Depto: BOYACA

Adultez **Profesional:** JAIME VARGAS - MEDICINA GENERAL Consulta ambulatoria de medicina general

Digitada: lun, 16 jun 2025 , 8:55 am **Fin:** 10 No aplica **C Externa:** 13 Enfermedad general

Motivo consulta:

"VENGO A CONTROL"

Signos vitales: TA:120/74 FC: 90 FR: 20 Oxi: 95 T°: 36 P kg: 80 T cm: 152 IMC: 34.6

Anamnesis:

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DISPLASIA DE CADERA NO TRATADA, GASTRITIS, AGENESIA UTERINA. QUIEN ACUDE PARA REFORMULACION DE ORDENES MEDICAS SOLICITADAS TRAS CAIDA CON TRAUMA CONTUSOEN HOMBRO DERECHO, Y HEMITORAX. DERECHO , REFIERR PESISWTENMCIA DE DOLOR Y LIMTACION FUNCIONAL.

Med: DISPLASIA DE CADERA NO TRATADA, GASTRITIS, AGENESIA UTERINA

G/O: G: 0 P: 0 A: 0 FUM: Gestante: ☐ FPP: EG:

Qx: TIMPANOPLASTIA

Hx: NIEGA

Tx: NIEGA

T/A: NIEGA

Fx: NIEGA

Otros antecedentes:

FAMILIARES: NIEGA

31/03/20201
TRIGLICÉRIDOS 253 MG/DL ., COLESTEROL HDL 42 MG/DL ., COLESTEROL LDL 100 MG/DL ., COLESTEROL TOTAL 193 MG/DL ., GLUCOSA 83 MG/DL .
26/06/2023: ECOGRAFIAD E ABDOMEN TOTAL: RIÑON DERECHO AUSENTE POR AGENESIA O ATROFIA, AGENESIA UTERNIA, RESTO NORMAL.
26/06/2023: ECOGRAFIA DE MAMA IZQUIERDA: LIPOMA EN HORA 3 IZQUIERDO
03/05/2024 ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: ESTEATOSIS HEPATICA DIFUSA, AGENESIA RENAL DERECHA, AGENESIA UTERINA , RESRTO DENTRO DE LOS LIMITES NORMLES,
02/05/202 H PILORY : NEGATIVO.

Revisión por sistemas:

Gral: NIEGA Resp: NIEGA C/V: NIEGA G/I: NIEGA G/U: NIEGA Neuro: NIEGA Otros: NIEGA

Examen físico:

General: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
Especifico: ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, COLABOR CON EL ENTREVISTADOR.
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, PUPILAS NORMORREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADAS, SIN LESIONES, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES NI DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, CONCORDANTES CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIMÉTRICO, NO SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, SIN DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, REFLEJOS ++/++++, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS.
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, EUPROSEXICA, MEMORIA RECIENTE Y REMOTA CONSERVADA, PENSAMIENTO LÓGICO, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Análisis, diagnóstico y conducta:

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DISPLASIA DE CADERA NO TRATADA, GASTRITIS, AGENESIA UTERINA. QUIEN ACUDE PARA REFORMULACION DE ORDENES MEDICAS SOLICITADAS TRAS CAIDA CON TRAUMA CONTUSOEN HOMBRO DERECHO, Y HEMITORAX. DERECHO , REFIERR PESISWTENMCIA DE DOLOR Y LIMTACION FUNCIONAL., EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO O CONGESTION, SE RENUEVA ORDEN APRA VALORACION POR ENUROLOGIA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA, VISION BORROSA, MAREOS, VISION BORROSA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE PERSISTENTE, PITOS EN OIDOS O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE O AMENACE LA VIDA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
- SS// VALORACION NEUROLOGIA

-SE LE EXPLICAN FACTORES DE RIESGO, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
-SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CONSULTE A SU MÉDICO DE INMEDIATO:

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		HUGO OSWALDO NEIZA BOHADA			
Tipo de Documento	CC	Número de documento	9498711		
Dirección					
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3218250547		
Correo Electrónico					
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X
EPS	SANITAS EPS	Tipo de régimen	CONTRIBUTIVO		
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)					
Tipo de Documento		Número de documento			
Parentesco					
Municipio		Teléfono			
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1116291**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada	Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono	3118546589			
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Hugo Oswaldo Nieto	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 1149871

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Lucelly Garcia Identificado con: CC Nº: 24652187
como paciente ____ o como responsable X del paciente: Hugo Oswaldo Nieto identificado con CC Nº 1149871.

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: _____

Firma del responsable del paciente: Lucelly Garcia T.
C.C: 24652187.

Firma: Andrea S.	**Firma:**	**Firma:** Diana Murcia
Nombre: Andrea Salgado	**Nombre:** Shirley B	**Nombre:** Diana Murcia
CC: 1053395748	**CC:** 1014556860	**CC:** 1013416407
profesión Fisioterapeuta.	**profesión** Med gral.	**profesión** psicologa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
HUGO	OSWALDO	NEIZA	BOHADA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo		Registro civil		Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 9498711

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.3 b215.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s220.312

3. Codigos Actividades y Participación

d570.2 d598.1 d879.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.498.711**

NEIZA BOHADA

APELLIDOS

HUGO OSWALDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-1980**

OTANCHE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

16-FEB-1999 OTANCHE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0724900-00160205-M-0009498711-20090626 0012825552A 1 27769437

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Solicitante
Ingresar Solicitante

Documento Vigente
Validación

Au
Reg

Formulario de Registro de Autorización

CC 9498711 **HUGO OSWALDO NEIZA BOHADA**

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Mpio de San Pablo de Borbur contrato 129-2025 (2025-12-03 a 2025-12-22) Id:2335

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S Id: 6622

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2835

Observaciones

Ninguna

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1116291

Registrar una nueva autorización

VISIONIA BOSQUE

INTERCONSULTA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231539

Fecha: 2025-11-10 10:00

DATOS DEL PRESTADOR
NIT. 830103525
Código: 110010748101
Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Primer Apellido: NEIZA Segundo Apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO Segundo nombre: OSWALDO
Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 1980/06/12 - Edad: 45 Años
Dirección: CALE 134 # 7 55 - Teléfono(s): 3218250547 - 3218250547
Correo electrónico: DIANA33@GMAIL.COM
Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.
Cobertura en salud: Régimen Otro

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 9498711 - Identificación: CC 9498711
Dirección: CALE 134 # 7 55 - Teléfono(s): 3218250547
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa

Interconsulta a: Oftalmologia Baja Vision

Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante

Prioridad:

AMBULATORIA

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: Concepto complementario para toma de decisión en el tratamiento actual (EPS)
baja vision

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dr. Douglas Tawse-Smith
Médico Oftalmólogo
R.M. 13370-80

AUTORIZAR
VISIONIA

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE INTERCONSULTA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231237

Fecha: 2025-11-10 10:00

DATOS DEL PRESTADOR
NIT. 830103525
Código: 110010748101
Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Primer Apellido: NEIZA Segundo Apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO Segundo nombre: OSWALDO
Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 1980/06/12 - Edad: 45 Años
Dirección: CALE 134 # 7 55 - Teléfono(s): 3218250547 - 3218250547
Correo electrónico: DIANA33@GMAIL.COM
Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.
Cobertura en salud: Régimen Otro

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 9498711 - Identificación: CC 9498711
Dirección: CALE 134 # 7 55 - Teléfono(s): 3218250547
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa

Interconsulta a: Oftalmologia Retina y Vitreo

Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante

Prioridad: AMBULATORIA

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

74367677

Justificación / Observaciones

Justificación: Concepto complementario para toma de decisión en el tratamiento actual (EPS)
control estricto POP

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dr. Douglas Tawse-Smith
Registro Médico 79157897

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE

INTERCONSULTA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231218

Fecha: 2025-11-10 10:00

DATOS DEL PRESTADOR
NIT. 830103525
Código: 110010748101
Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Primer Apellido: NEIZA Segundo Apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO Segundo nombre: OSWALDO
Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 1980/06/12 - Edad: 45 Años
Dirección: CALE 134 # 7 55 - Teléfono(s): 3218250547 - 3218250547
Correo electrónico: DIANA33@GMAIL.COM
Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.
Cobertura en salud: Régimen Otro

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 9498711 - Identificación: CC 9498711
Dirección: CALE 134 # 7 55 - Teléfono(s): 3218250547
Departamento: 11-BOGOTA D.C. - Municipio: 001-BOGOTA D.C.

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa

Interconsulta a: Oftalmologia Cornea

Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante

AMBULATORIA

Prioridad: No prioritario

Resumen de historia clinica

Ver página(s) anexa(s)

7436767

Justificación / Observaciones

Justificación: Concepto complementario para toma de decisión en el tratamiento actual (EPS)
control pop estricto en enero

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dr. D... SMITH
MEDICO OFTALMOLOGO
RM. 13370-82

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE

INTERCONSULTA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231218

NIT. 830103525

Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477

Primer Apellido: NEIZA
Primer nombre: HUGO
Segundo Apellido: BOHADA
Segundo nombre: OSWALDO

Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años

Fecha de nacimiento: 1980/06/12

BOGOTA D.C.

2025-11-10 10:00

Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711

Historia Clínica: 9498711

Tipo de Usuario: Otro

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HUGO OSWALDO NEIZA BOHADA.
Motivo de consulta: CONREA- CONTROL.
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS CON DX DE
1. POP 1 MES Y MEDIO DE QPP OJO DERECHO 29/08/25 (DR SMITH/ DRA OROZCO*)
1.2 DR OD, VPP + silicon por Dr Cadena. + Retiro de silicoN
*FEBRERO 2025: RETIRO DE SILICON + IMPLANTE AKRIOS FIJADO A ESCLERA.
*POP PERITOMIA TEMPORAL OD DEL 25/06/2025 - OJO UNICO FUNCIONAL...
1.1 TRAUMA POR EXPLOSIVO POLVORA EN AGOSTO 2024
2. *PERDIDA ANATOMICA DE OI

Paciente en beunas condiciones generales, en el momento peristsencia de vision borrosa OD, niega dolor ocular.

En este momento esta aplicando
-Lagricel cada cada 4 horas
-Prednisolona cada 4horas
-Systane gel cada 4 horas ..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con buena evolucion POP, puntos en posicion , no hay signos de recha y ganancia de lagunas lineas de vision. Se hace auto rx con defecto de -21.5 -3.5. Paciente con OCT de macula que muetsra retina aplicada en esta zona, sin emabrgo con seculeas de trauma, se epxlica eesto puede limitar el potencial visual. Se indica control con retina con resultados. Por el momento dejamos manejo asi:
-Lagricel cada cada 4 horas
-Prednisolona cada 6 horas
-Systane gel cada 4 horas
Control en enero con signos de alarma claros.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Trasplante de cornea (Z947), Derecho (a), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Prednisolona 10mg/ml (1%) Suspensión Oftálmica Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 6 hora(s) por 180 día(s), Polietilenglicol + propilenglicol 0.4g+0.3g/100g (0.4%+0.3%) Gel Oftálmico Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 4 hora(s) por 180 día(s), Hialuronato de Sodio 4mg/mL (0.4%) Solución Oftálmica Envases x 0.5mL (12 gotas/envase) Caja x 20 Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 4 hora(s) por 180 día(s).

- Se incapacita por 90 días.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dr. D... SMITH
R.M. 13...

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE

INTERCONSULTA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231218

NIT. 830103525

Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477

Primer Apellido: NEIZA
Primer nombre: HUGO
Segundo Apellido: BOHADA
Segundo nombre: OSWALDO

Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años

Fecha de nacimiento: 1980/06/12

BOGOTA D.C.

2025-11-10 10:00

Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711

Historia Clínica: 9498711

Tipo de Usuario: Otro

- Se solicita interconsulta a Oftalmologia Baja Vision, Oftalmologia Retina y Vitreo, Oftalmologia Cornea.

- Se expide certificado médico.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

- Impreso: 10/11/2025, 10:30:14

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE

INTERCONSULTA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231237

NIT. 830103525

Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477

Primer Apellido: NEIZA
Segundo Apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO
Segundo nombre: OSWALDO

Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años

Fecha de nacimiento: 1980/06/12

BOGOTA D.C.

2025-11-10 10:00

Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711

Historia Clínica: 9498711

Tipo de Usuario: Otro

- Se solicita interconsulta a Oftalmologia Baja Vision, Oftalmologia Retina y Vitreo, Oftalmologia Cornea.

- Se expide certificado médico.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

DR. DOUGLAS TAWSE SMITH
MEDICO OFTALMOLOGO
R.M. 13370-80

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE **INTERCONSULTA**

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231237

NIT. 830103525

Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477

Primer Apellido: NEIZA Segundo Apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO Segundo nombre: OSWALDO

Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años

Fecha de nacimiento: 1980/06/12

BOGOTA D.C.

2025-11-10 10:00

Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711

Historia Clínica: 9498711

Tipo de Usuario: Otro

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HUGO OSWALDO NEIZA BOHADA.
Motivo de consulta: CONREA- CONTROL.
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS CON DX DE
1. POP 1 MES Y MEDIO DE QPP OJO DERECHO 29/08/25 (DR SMITH/ DRA OROZCO*)
1.2 DR OD, VPP + silicon por Dr Cadena. + Retiro de siliconN
*FEBRERO 2025: RETIRO DE SILICON + IMPLANTE AKRIOS FIJADO A ESCLERA.
*POP PERITOMIA TEMPORAL OD DEL 25/06/2025 - OJO UNICO FUNCIONAL...
1.1 TRAUMA POR EXPLOSIVO POLVORA EN AGOSTO 2024
2. *PERDIDA ANATOMICA DE OI

Paciente en beunas condiciones generales, en el momento peristsencia de vision borrosa OD, niega dolor ocular.

En este momento esta aplicando
-Lagricel cada cada 4 horas
-Prednisolona cada 4horas
-Systane gel cada 4 horas ..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con buena evolucion POP, puntos en posicion , no hay signos de recha y ganancia de lagunas lineas de vision. Se hace auto rx con defecto de -21.5 -3.5. Paciente con OCT de macula que muetsra retina aplicada en esta zona, sin emabrgo con seculeas de trauma, se epxlica eesto puede limitar el potencial visual. Se indica control con retina con resultados. Por el momento dejamos manejo asi:
-Lagricel cada cada 4 horas
-Prednisolona cada 6 horas
-Systane gel cada 4 horas
Control en enero con signos de alarma claros.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Trasplante de cornea (Z947), Derecho (a), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Prednisolona 10mg/ml (1%) Suspensión Oftálmica Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 6 hora(s) por 180 día(s), Polietilenglicol + propilenglicol 0.4g+0.3g/100g (0.4%+0.3%) Gel Oftálmico Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 4 hora(s) por 180 día(s), Hialuronato de Sodio 4mg/mL (0.4%) Solución Oftálmica Envases x 0.5mL (12 gotas/envase) Caja x 20 Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 4 hora(s) por 180 día(s).

- Se incapacita por 90 días.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dr. DOUGLAS TAWSE SMITH
MEDICO OFTALMOLOGO
R.M. 13370-80

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE **INTERCONSULTA**

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231539

NIT. 830103525

Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477

Primer Apellido: NEIZA Segundo Apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO Segundo nombre: OSWALDO

Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años

Fecha de nacimiento: 1980/06/12

BOGOTA D.C.

2025-11-10 10:00

Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711

Historia Clínica: 9498711

Tipo de Usuario: Otro

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HUGO OSWALDO NEIZA BOHADA.
Motivo de consulta: CONREA- CONTROL.
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS CON DX DE
1. POP 1 MES Y MEDIO DE QPP OJO DERECHO 29/08/25 (DR SMITH/ DRA OROZCO*)
1.2 DR OD, VPP + silicon por Dr Cadena. + Retiro de silicoN
*FEBRERO 2025: RETIRO DE SILICON + IMPLANTE AKRIOS FIJADO A ESCLERA.
*POP PERITOMIA TEMPORAL OD DEL 25/06/2025 - OJO UNICO FUNCIONAL...
1.1 TRAUMA POR EXPLOSIVO POLVORA EN AGOSTO 2024
2. *PERDIDA ANATOMICA DE OI

Paciente en beunas condiciones generales, en el momento peristsencia de vision borrosa OD, niega dolor ocular.

En este momento esta aplicando
-Lagricel cada cada 4 horas
-Prednisolona cada 4horas
-Systane gel cada 4 horas ..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con buena evolucion POP, puntos en posicion , no hay signos de recha y ganancia de lagunas lineas de vision. Se hace auto rx con defecto de -21.5 -3.5. Paciente con OCT de macula que muetsra retina aplicada en esta zona, sin emabrgo con seculeas de trauma, se epxlica eesto puede limitar el potencial visual. Se indica control con retina con resultados. Por el momento dejamos manejo asi:
-Lagricel cada cada 4 horas
-Prednisolona cada 6 horas
-Systane gel cada 4 horas
Control en enero con signos de alarma claros.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Trasplante de cornea (Z947), Derecho (a), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Prednisolona 10mg/ml (1%) Suspensión Oftálmica Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 6 hora(s) por 180 día(s), Polietilenglicol + propilenglicol 0.4g+0.3g/100g (0.4%+0.3%) Gel Oftálmico Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 4 hora(s) por 180 día(s), Hialuronato de Sodio 4mg/mL (0.4%) Solución Oftálmica Envases x 0.5mL (12 gotas/envase) Caja x 20 Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 4 hora(s) por 180 día(s).

- Se incapacita por 90 días.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dr. Douglas Tawse-Smith
Médico Oftalmólogo
R.M. 13370-60

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE **INTERCONSULTA**

SOLICITUD DE INTERCONSULTA No. 2025111039231539

NIT. 830103525

Dirección: Calle 134 No.7B-83 Cons 316 - Teléfono: 6273477

Primer Apellido: NEIZA
Primer nombre: HUGO
Segundo Apellido: BOHADA
Segundo nombre: OSWALDO

Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años

Fecha de nacimiento: 1980/06/12

BOGOTA D.C.

2025-11-10 10:00

Carné: 10-10484358-1-1 - Historia Clínica: 9498711

Historia Clínica: 9498711

Tipo de Usuario: Otro

- Se solicita interconsulta a Oftalmologia Baja Vision, Oftalmologia Retina y Vitreo, Oftalmologia Cornea.

- Se expide certificado médico.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dr. Douglas Tawse-Smith
M.D. 13370-60

Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - Registro médico 79157897

- Impreso: 10/11/2025, 10:30:14

Impresión realizada por: dhtawse-smith

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 2025111010737963

NIT. 830103525
Calle 134 No.7B-83 Cons 316.Teléfono: 6273477

BOGOTA D.C.
2025-11-10 10:00

Primer apellido: NEIZA Segundo apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO Segundo nombre: OSWALDO
Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años
Fecha de nacimiento: 1980/06/12

Tipo de Usuario: Otro - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-10484358-1-1

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Control en enero con signos de alarma claros.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Trasplante de cornea (Z947), Derecho (a), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Prednisolona 10mg/ml (1%) Suspensión Oftálmica Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 6 hora(s) por 180 día(s), Polietilenglicol + propilenglicol 0.4g+0.3g/100g (0.4%+0.3%) Gel Oftálmico Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 4 hora(s) por 180 día(s), Hialuronato de Sodio 4mg/mL (0.4%) Solución Oftálmica Envases x 0.5mL (12 gotas/envase) Caja x 20 Aplicar (vía conjuntival) 2 gota(s) cada 4 hora(s) por 180 día(s).

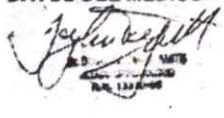
- Se incapacita por 90 días.

- Se solicita interconsulta a Oftalmologia Baja Vision, Oftalmologia Retina y Vitreo, Oftalmologia Cornea.

- Se expide certificado médico.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO



Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - RM. Registro médico 79157897

Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 2025111010737963

NIT. 830103525
Calle 134 No.7B-83 Cons 316.Teléfono: 6273477

BOGOTA D.C.
2025-11-10 10:00

Primer apellido: NEIZA Segundo apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO Segundo nombre: OSWALDO
Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años
Fecha de nacimiento: 1980/06/12

Tipo de Usuario: Otro - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-10484358-1-1

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, HUGO OSWALDO NEIZA BOHADA.
Motivo de consulta: CONREA- CONTROL.
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS CON DX DE
1. POP 1 MES Y MEDIO DE QPP OJO DERECHO 29/08/25 (DR SMITH/ DRA OROZCO*)
1.2 DR OD, VPP + silicon por Dr Cadena. + Retiro de silicoN
*FEBRERO 2025: RETIRO DE SILICON + IMPLANTE AKRIOS FIJADO A ESCLERA.
*POP PERITOMIA TEMPORAL OD DEL 25/06/2025 - OJO UNICO FUNCIONAL...
1.1 TRAUMA POR EXPLOSIVO POLVORA EN AGOSTO 2024
2. *PERDIDA ANATOMICA DE OI

Paciente en beunas condiciones generales, en el momento peristsencia de vision borrosa OD, niega dolor ocular.

En este momento esta aplicando
-Lagricel cada cada 4 horas
-Prednisolona cada 4horas
-Systane gel cada 4 horas ..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con buena evolucion POP, puntos en posicion , no hay signos de recha y ganancia de lagunas lineas de vision. Se hace auto rx con defecto de -21.5 -3.5. Paciente con OCT de macula que muetsra retina aplicada en esta zona, sin emabrgo con seculeas de trauma, se epxlica eesto puede limitar el potencial visual. Se indica control con retina con resultados. Por el momento dejamos manejo asi:
-Lagricel cada cada 4 horas
-Prednisolona cada 6 horas
-Systane gel cada 4 horas

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO



Original

Firmado Electrónicamente

VISIONIA BOSQUE

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 2025111010737963

NIT. 830103525
Calle 134 No.7B-83 Cons 316.Teléfono: 6273477
Primer apellido: NEIZA Segundo apellido: BOHADA
Primer nombre: HUGO Segundo nombre: OSWALDO
Identificación: CC 9498711 - Sexo: Masculino - Edad: 45 Años
Fecha de nacimiento: 1980/06/12

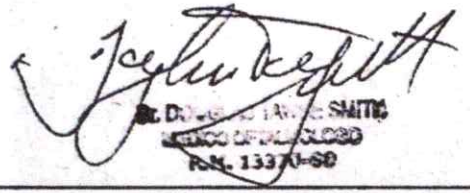
BOGOTA D.C.
2025-11-10 10:00
Tipo de Usuario: Otro - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-10484358-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: Z947 Trasplante de cornea .
No se registraron otros diagnósticos en la historia clínica.
Días de incapacidad: 90 día(s)

Desde: 10/11/2025 - Hasta: 07/02/2026

MÉDICO



Douglas Tawse-Smith - Oftalmologia Cornea
CC 79157897 - RM. Registro médico 79157897

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	12/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		Lina Neiza García	
Tipo de Documento	T.I	Número de documento	1054572382
Dirección			
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3107790143
Correo Electrónico			
Cuenta con certificado de discapacidad		Si	No X
EPS	NUEVA EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)			
Tipo de Documento		Número de documento	
Parentesco			
Municipio		Teléfono	
Correo Electrónico			

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)					**1005885**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica									
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.					CLINIC SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACIÓN				
Dirección	CHIQUINQUIRA								
Municipio	CHIQUINQUIRA				Teléfono 3118546589				
Correo Electrónico									

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN

Firma del secretario de salud y/o director local de salud
Nombre del funcionario Anyi Yulibeth González Torres
Cargo del funcionario Secretaria de Desarrollo Social y Económico

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

no genero certificado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Lina Neiza	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: TI	Número: 1054572382

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Jucelly Garcia Identificado con: Cc Nº: 24652187.
como paciente ____ o como responsable X del paciente: Lina Neiza identificado con TI Nº 1054572382.

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

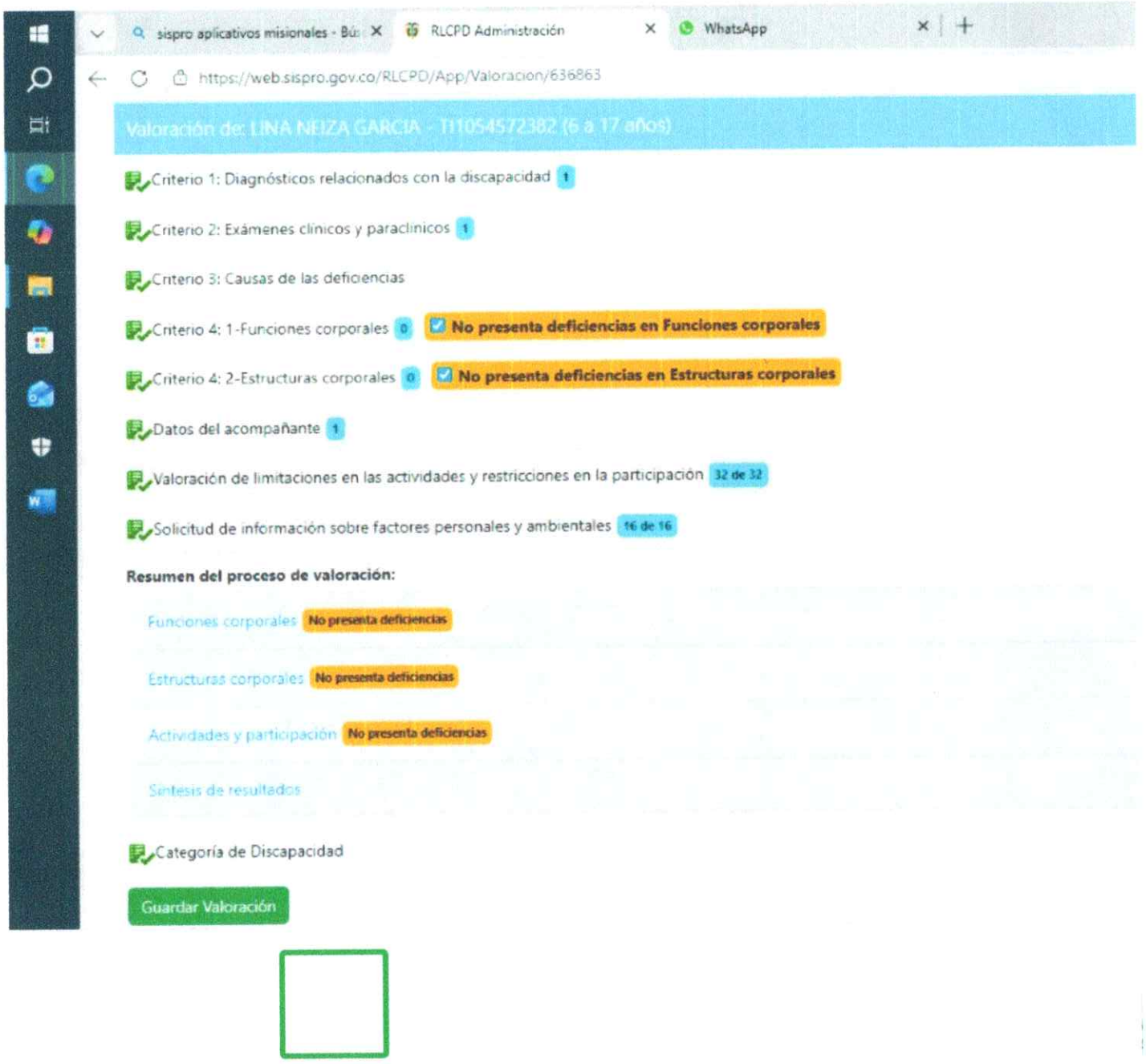
Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: _____

Firma del responsable del paciente: Jucelly Garcia T.
C.C: 24652187.

Firma: Andrea S	**Firma:** Shalara B	**Firma:** Diana Muriel
Nombre: Andrea Delgado	**Nombre:** Shalara B	**Nombre:** Diana Muriel Herrera
CC: 1053345846	**CC:** 1077511686	**CC:** 1088160402
profesión Fisioterapeuta	**profesión** Med general	**profesión** Psicologa

Psicologa Diana
Hoy a la(s) 12:18



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI

1.054.572.382

APELLIDOS / NOMBRES

NEIZA GARCIA

LINA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

07-AGO-2018

LA DORADA - CALDAS

FECHA DE EXPEDICIÓN

25-AGO-2025

SEXO

FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

SAN PABLO DE BORBUR - SAN PABLO DE BORBUR

OFICINA DE ENTREGA

SAN PABLO DE BORBUR - SAN PABLO DE BORBUR

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 25-FEB-2026

8516436463
25-AGO-2025

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO

Ingreso: BCD3AA1B1F **Fecha Historia:** 1/10/2025 10:37:34 a. m. **# Autorización:** 287842267
Fecha ingreso: 1/10/2025 9:39:33 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1054572382 **Nombres:** LINA **Apellidos:** NEIZA GARCIA
Número de folio: 4 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: NEIZA GARCIA
Nombres: LINA
Dirección: CARRERA50A # 176-61 - SAN PABLO DE BORBUR - CENTRO - SAN PABLO DE BORBUR - BOYACA - COLOMBIA
Teléfono: 3218250547 - 3218250547
Entidad responsable: NUEVA EPS S.A.
Segurad social: NUEVA EPS S.A.
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: TI **Número:** 1054572382
Edad: 07 Años 01 Meses 25 Dias (7/08/2018)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Grupo: O **RH:** Positivo
Tipo afiliado: NO APLICA
Estado civil: SOLTERA
Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: Primera vez

Enfermedad Actual: Madre: Luz Garcia Tejedor edad 40 años, natural La dorada Caldas
Padre: Hugo Neiza Bohada edad 45 años, natural: Otanche Boyacá

Lina de 7 años fruto de segunda gestación,madre 34 años, controladas STORCH negativo, parto vía abdominal por desproporción cefalo-pèlvica peso al nacer 3335g y talla de 54 cm (?) adaptación neonatal espontánea,alojamiento y egreso conjunto. Cuenta con historia que inicia en 01/2025 de episodios consistentes en parpadeo, cierre y apertura oral aumento del tono en brazos y pierna derecha, no cianosis, no relajacion de esfinteres, no se muerde la lengua si sialorrea, lateralizacion cefalica a la izquierda, duracion de 20 segundos, luego dolor abdominal, nauseas, sin emesis, no somnolencia, dos episodios en total, ultimo 16 de mayo. Tratamiento actual: Carbamazepina 7 cc vo cada 8 horas

Neurodesarrollo: marcha 18 meses, bisilabos: 12 meses, gateo: 8 meses, lenguaje completo: 2 años, rendimiento escolar bueno siempre, Buena relación con pares.

Antecedentes
Familiares
-Consanguineos Niega
-Hermandad: Misma unión #1 Kevin 15 años, sano sin alteraciones neurodesarrollo, convulsiones o dificulatdes aprendizaje
-Madre: Displasia de cadera sin alteraciones neurodesarrollo, convulsiones o dificulatdes aprendizaje
-Tíos maternos: Sanos sin alteraciones neurodesarrollo, convulsiones o dificulatdes aprendizaje
-Primos maternos: Sanos sin alteraciones neurodesarrollo, convulsiones o dificulatdes aprendizaje
-Abuelos maternos: Sanos, sin epilepsia
-Padre. Accidente en mina
-Tíos paternos: Sanos, sin alteraciones neurodesarrollo, convulsiones o dificulatdes aprendizaje
-Primos paternos: Sanos, sin alteraciones neurodesarrollo, convulsiones o dificulatdes aprendizaje
-Abuelos paternos: Sanos: sin alteraciones neurodesarrollo, convulsiones o dificulatdes aprendizaje
Cirugias Niega madre
alergias Niega madre
medicamentos carbamazepina, acetaminofen, beclometasona
vacunas completes

Revisión por sistemas
Patrón de sueño sin alteración, no despertares no ronquidos,alimentación selective,no disfagia,micción y deposiciones diarias #3 episodios al día, en la noche durante el sueño presenta espasmos en manos, niega nuevas crisis desde mayo/2025, no retrocesos.

27/05/2025 Electroencefalograma anormal por descargas epileptiformes en region centrotemporal derecha.

06/8/2025 RMN cerebro
Hallazgos:
Línea media centrada.

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO **Identificación:** 1054572382
Especialidad: GENETICA HUMANA **Nombre:** LINA
Tarjeta Prof. # 1014278697 **Apellido:** NEIZA GARCIA

Powered by CamScanner

Sistema ventricular de tamaño forma y señal normal.
El parénquima cerebral presenta intensidad de señal usual sin lesiones focales.
Patrón de mielinización normal para la edad.
Quiste de la fisura coroidea derecha por variante anatómica.
Tallo, cerebelo sin lesiones focales.
Cuerpo calloso, hipófisis y pineal sin lesiones.
Estructuras vasculares de calibre señal y vacío normal en fase simple.
Estructuras óseas y tejidos blandos que componen el cráneo dentro de lo normal.
Engrosamiento recubrimiento mucoso de los senos maxilares esfenoidales y etmoidales bilateralmente
Opinión:
Estudio dentro de parámetros normales para la edad.
Variante anatómica descrita

27/05/2025 TAC Cráneo: Tomografía de cráneo simple dentro límites normales

07/08/2025 Hemograma Leucocitos 7410 N:3000 L. 3640 Hb: 14.2 Plaquetas: 346000 AST: 22.3 ALT: 10.4 TSG: 5.57

***

examen fisico:
Peso 22.1 kg (39P, -0.29z)[1]; Talla 124.5 cm (65P, 0.38z)[1]; IMC 14.3 kg/m² (20P, -0.84z)[1]; Circunferencia cefálica 50 cm (10P, -1.29z)1) CDC 2000 Normocefala, fisuras palpebrales alargadas, oblicuas, escleras azuladas, pabellones auriculares normoimplantados, rotados anterior, fenotipo agradable. CARDIOPULMONAR: Tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios conservados sin agregados ABDOMEN Blando depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias GENITALES: Masculinos normoconfigurados, testiculos en bolsa escrotal, uretra central. EXTREMIDADES: Simétricas eutroficas, extremidades proporcionadas. Nuerológico alerta, lenguaje fluido disliala de la r en combinaciones, pares sin deficit, fuerza muscular 5/5 RMT ++/++++ marcha normal no reflejos patologicos, fondo de ojo normal bilateral, marcha en tandem puntas y talones si alteraciones. No reflejos patologicos. Piel #1 mancha cafe con leche

Concepto neurología:paciente con historia de dos crisis focales, descargas focales en eeg, no patognomonicas con epilepsia focal autolimitada de la infancia , la semiologia de crisis tampoco compatible con epilepsia rolandica se esta de acuerdo en continuar manejo con medicmaento a dosis actual ,se completara dos años de tratamiento, se solicita alboratorios para evlauar toxicidad, dado resoanncia cerebral normal ss val por genetica. Se explica, control en tres meses.

Análisis
Lina de 7 años fruto de unión no consanguínea, sin antecedentes prenatales de riesgo, ligero desface en hitos motores (marcha) durante neurodesarrollo quien inicia este año con crisis focales, no rolandicas ni autolimitadas de la infancia. En el momento en buen esatdo general, sin nuevas crisis, ocasionalmente espasmos en manos durante el sueño. Examen físico fenotipo agradable, examen neurológico dentro de normalidad. Se cuenta con RMN y TAC cerebro normales, EEG con descargas epileptiformes en region centrotemporal derecha.
Considero ante tipo de crisis y edad de paciente, Lina se beneficia de estudios moleculares de extensión motivo por el cual se da orden de panel NGS + CNVs para los genes AARS, AARS2, ABAT, ABCC8, ABHD16A, ACOX1, ACTB, ACTG1, ACTL6B, ACY1, ADAM22, ADAR, ADARB1, ADAT3, ADCY5, ADGRG1, ADGRL1, ADGRV1, ADNP, ADPRHL2, ADRA2B, ADSL, AFDN, AFF3, AFG3L2, AGA, AGMO, AGO1, AHDC1, AHI1, AIMP1, AKT1, AKT3, ALDH3A2, ALDH4A1, ALDH5A1, ALDH7A1, ALG1, ALG11, ALG12, ALG13, ALG14, ALG2, ALG3, ALG6, ALG8, ALG9, ALKBH8, ALPL, AMACR, AMPD2, AMT, ANK3, ANKRD11, ANKRD17, AP1G1, AP2M1, AP3B2, AP3D1, AP4B1, AP4M1, APC2, ARF1, ARFGEF1, ARFGEF2, ARG1, ARHGEF15, ARHGEF9, ARID1A, ARID1B, ARL13B, ARSA, ARSB, ARV1, ARX, ASAH1, ASH1L, ASNS, ASPA, ASPM, ASTN1, ASXL2, ASXL3, ATAD1, ATIC, ATN1, ATP13A2, ATP1A1, ATP1A2, ATP1A3, ATP2A2, ATP2B1, ATP5F1A, ATP5F1E, ATP5MC3, ATP5PO, ATP6AP2, ATP6V0A1, ATP6V0A2, ATP6V0C, ATP6V1A, ATP6V1B2, ATP7A, ATPAF2, ATRX, AUH, AUTS2, B3GALNT2, B4GALT1, B4GAT1, BAP1, BCAS3, BCKDHA, BCKDHB, BCKDK, BCL11A, BCS1L, BICD2, BOLA3, BPTF, BRAF, BRAT1, BRD2, BSCL2, BTD, BUB1B, C12orf57, C19orf12, C2orf69, CACNA1A, CACNA1B, CACNA1C, CACNA1D, CACNA1E, CACNA1G, CACNA1H, CACNA1I, CACNA2D1, CACNA2D2, CACNB4, CAD, CAMK2A, CAMK2B, CAMSAP1, CAMTA1, CAPRIN1, CARS2, CASK, CASR, CBL, CC2D2A, CCDC186, CCDC22, CCDC88A, CCDC88C, CCL2, CCM2, CCND2, CDC42BPB, CDK13, CDK19, CDK5, CDKL5, CELF2, CENPF, CENPJ, CEP290, CEP85L, CERS1, CHD1, CHD2, CHD3, CHD4, CHD5, CHKA, CHRNA2, CHRNA4, CHRNB2, CLCN2, CLCN3, CLCN4, CLCN6, CLDN5, CLN3, CLN5, CLN6, CLN8, CLPB, CLTC, CNKSR2, CNNM2, CNOT9, CNPY3, CNTN2, CNTNAP1, CNTNAP2, COG4, COG5, COG6, COG7, COG8, COL18A1, COL3A1, COL4A1, COL4A2, COL4A3BP, COQ2, COQ4, COQ6, COQ8A, COQ9, COX10, COX15, CP, CPA6, CPLX1, CPSF3, CPT2, CRADD, CREBBP, CRH, CSF1R, CSNK1E, CSNK2A1, CSNK2B, CSTA, CSTB, CTNNA2, CTNNB1, CTSA, CTSD, CTSF, CTU2, CUL3, CUL4B, CUX2, CWF19L1, CXorf56, CYFIP2, CYP27A1, D2HGDH, DAG1, DBT, DCHS1, DCX, DDC, DDX3X, DEAF1, DEGS1, DENND5A, DEPDC5, DHCR24, DHCR7, DHDDS, DHFR, DHPS, DHX16, DHX30, DHX9, DIAPH1, DLD, DLG4, DLL1, DMRTA2, DMXL2, DNAH14, DNAJC5, DNAJC6, DNM1, DNM1L, DOCK7, DOHH, DOLK,

Powered by CamScanner

DPAGT1, DPM1, DPM2, DPM3, DPYD, DROSHA, DYNC1H1, DYNC2H1, DYRK1A, EARS2, ECHS1, ECM1, EED, EEF1A2, EEF1B2, EFHC1, EFTUD2, EHMT1, EIF2AK2, EIF2B1, EIF2B2, EIF2B3, EIF2B4, EIF2B5, EIF2S3, EIF3F, EIF4A2, ELOVL4, EMC1, EMC10, EML1, EMX2, EOMES, EPG5, EPM2A, ERMARD, ESAM, ETFDH, ETHE1, EXOC7, EXOSC3, EXT2, FA2H, FAR1, FARS2, FASN, FASTKD2, FBXL4, FBXO11, FBXO28, FDFT1, FGD1, FGF12, FGF13, FGFR3, FH, FIG4, FKRP, FKTN, FLNA, FOLR1, FOXG1, FOXP1, FOXRED1, FRA10AC1, FRMD5, FRRS1L, FUCA1, FUK, FUT8, FZR1, GABBR2, GABRA1, GABRA2, GABRA3, GABRA4, GABRA5, GABRB1, GABRB2, GABRB3, GABRD, GABRG2, GAD1, GALC, GALNT2, GAMT, GATAD2B, GATM, GBA, GCDH, GCH1, GCSH, GFAP, GFM1, GLB1, GLDC, GLI2, GLI3, GLRA1, GLRB, GLS, GLUD1, GLUL, GLYCTK, GM2A, GMPPA, GMPPB, GNAI1, GNAO1, GNB1, GNB5, GNE, GNS, GOSR2, GOT2, GPAA1, GPC3, GPHN, GPSM2, GPT2, GRIA1, GRIA2, GRIA3, GRIA4, GRIK2, GRIN1, GRIN2A, GRIN2B, GRIN2D, GRM7, GRN, GSS, GTPBP2, GTPBP3, H3F3A, H3F3B, HACE1, HAX1, HCCS, HCFC1, HCN1, HCN2, HCN4, HDAC4, HDAC8, HECW2, HEPACAM, HEXA, HEXB, HGSNAT, HID1, HIVEP2, HLCS, HMGCL, HNRNPH2, HNRNPK, HNRNPR, HNRNPU, HOXA1, HPD, HPDL, HPRT1, HRAS, HSD17B10, HSD17B4, HSPD1, HTRA2, HTT, IARS2, IBA57, IDH2, IDS, IER3IP1, IFIH1, INTS8, IQSEC2, IRF2BPL, ISPD, ITGB4, ITPA, JARID2, JMJD1C, KANSL1, KARS, KAT5, KAT6A, KAT8, KATNB1, KCNA1, KCNA2, KCNA6, KCNAB2, KCNB1, KCNC1, KCNC2, KCND2, KCND3, KCNH1, KCNH2, KCNH5, KCNJ10, KCNJ11, KCNK4, KCNMA1, KCNN2, KCNQ2, KCNQ3, KCNQ5, KCNT1, KCNT2, KCNV2, KCTD3, KCTD7, KDM2B, KDM4B, KDM5A, KDM5C, KDM6A, KIAA1109, KIF1A, KIF1BP, KIF2A, KIF5A, KIF5B, KIF5C, KLHL20, KMT2A, KMT2B, KMT2D, KMT2E, KMT5B, KPNA7, KPTN, KRAS, KRIT1, L2HGDH, LAMA2, LAMC3, LARGE1, LARS, LBR, LGI1, LIAS, LIG3, LIPT2, LMBRD2, LMNB2, LMX1B, LNPK, LRBA, LRPPRC, LSS, LYST, MACF1, MADD, MAF, MANBA, MAP1B, MAP2K1, MAP2K2, MAPK10, MARCH6, MAST1, MAST3, MAST4, MBD5, MBOAT7, MCM3AP, MCOLN1, MCPH1, MDH1, MDH2, ME2, MECP2, MED11, MED12, MED13L, MED17, MED23, MED27, MEF2C, MFF, MFSD8, MGAT2, MICAL1, MINPP1, MLC1, MMACHC, MMADHC, MOCS1, MOCS2, MOGS, MPDU1, MTHFR, MTHFS, MTOR, MTR, MYCBP2, MYT1L, NAA10, NAA15, NACC1, NAGLU, NALCN, NAPB, NARS, NARS2, NAXE, NBEA, NCDN, NDE1, NDP, NDST1, NDUFA1, NDUFA10, NDUFA11, NDUFA2, NDUFA6, NDUFAF2, NDUFAF3, NDUFAF4, NDUFAF5, NDUFS1, NDUFS2, NDUFS3, NDUFS4, NDUFS6, NDUFS7, NDUFS8, NDUFV1, NECAP1, NEDD4L, NEU1, NEUROD2, NEXMIF, NF1, NGLY1, NHLRC1, NHLRC2, NIPBL, NOTCH3, NOVA2, NPC1, NPC2, NPHP1, NPRL2, NPRL3, NR2F1, NR4A2, NRAS, NRROS, NRXN1, NSD1, NSDHL, NSRP1, NTNG1, NTRK2, NUBPL, NUP214, NUS1, OCLN, OCRL, OFD1, OGDHL, OPHN1, OSGEP, OTUD5, OTUD6B, OTX2, OXR1, P4HTM, PACS1, PACS2, PAFAH1B1, PAH, PAK1, PAK2, PAK3, PANK2, PARP6, PARS2, PAX6, PC, PCCA, PCCB, PCDH12, PCDH19, PCDHGC4, PCLO, PCNT, PCYT2, PDCD10, PDE2A, PDHA1, PDHX, PDSS2, PET100, PEX1, PEX10, PEX12, PEX13, PEX14, PEX16, PEX19, PEX2, PEX26, PEX3, PEX5, PEX6, PEX7, PGAP2, PGAP3, PGK1, PHACTR1, PHF21A, PHF6, PHGDH, PI4K2A, PIDD1, PIGA, PIGB, PIGC, PIGF, PIGG, PIGH, PIGK, PIGL, PIGM, PIGN, PIGO, PIGP, PIGQ, PIGS, PIGT, PIGU, PIGV, PIGW, PIK3C2B, PIK3CA, PIK3R2, PINK1, PIP5K1C, PLA2G6, PLAA, PLCB1, PLK1, PLP1, PLPBP, PLXNA1, PLXNC1, PMM2, PMPCB, PNKD, PNKP, PNPLA8, PNPO, PNPT1, POGZ, POLG, POLG2, POLR1A, POLR3B, POMGNT1, POMGNT2, POMK, POMT1, POMT2, POU3F3, PPFIBP1, PPIL1, PPP2CA, PPP2R1A, PPP2R5D, PPP3CA, PPT1, PQBP1, PRDM8, PRICKLE1, PRICKLE2, PRIMA1, PRMT7, PRNP, PRODH, PROSC, PRPF8, PRRT2, PRUNE1, PSAP, PSAT1, PSPH, PTBP1, PTCH1, PTEN, PTF1A, PTPN11, PTPN23, PTS, PUF60, PUM1, PURA, PUS3, QARS, QDPR, RAB11A, RAB11B, RAB18, RAB39B, RAB3GAP1, RAB3GAP2, RAB5C, RABGAP1, RAC3, RAI1, RALA, RALGAPA1, RANBP2, RAPGEF2, RARS2, RBFOX1, RBFOX3, RELN, RERE, RFT1, RHOBTB2, RMND1, RNASEH2A, RNASEH2B, RNASEH2C, RNASET2, RNF113A, RNF13, RNU4ATAC, ROGDI, RORA, RORB, RPGRIP1L, RPH3A, RPIA, RPS6KA3, RRM2B, RTN4IP1, RTTN, RUSC2, RXYLT1, RYR3, SACS, SAMD12, SAMHD1, SATB1, SATB2, SCAF4, SCAMP5, SCARB2, SCN10A, SCN1A, SCN1B, SCN2A, SCN3A, SCN4A, SCN5A, SCN8A, SCN9A, SCO1, SCO2, SCP2, SDHA, SEMA6B, SEPSECS, SERAC1, SERPINI1, SETBP1, SETD1A, SETD1B, SETD5, SGCE, SGSH, SHANK3, SHH, SHOC2, SIK1, SIX3, SLC12A5, SLC13A5, SLC16A2, SLC17A5, SLC19A3, SLC1A2, SLC1A3, SLC1A4, SLC22A5, SLC25A1, SLC25A12, SLC25A15, SLC25A19, SLC25A22, SLC2A1, SLC32A1, SLC35A1, SLC35A2, SLC35A3, SLC35C1, SLC38A3, SLC39A8, SLC45A1, SLC46A1, SLC4A10, SLC5A6, SLC6A1, SLC6A5, SLC6A8, SLC7A6OS, SLC9A6, SMARCA2, SMARCA4, SMARCB1, SMARCC2, SMARCE1, SMC1A, SMC3, SMS, SNAP25, SNAP29, SNIP1, SNX27, SON, SOX11, SOX2, SPATA5, SPATA5L1, SPR, SPRED1, SPTAN1, SPTBN1, SPTBN4, SRCAP, SRGAP2, ST3GAL3, ST3GAL5, STAG1, STAG2, STAMBP, STARD7, STIL, STRADA, STX1A, STX1B, STXBP1, STXBP2, SUCLA2, SUCLG1, SUMF1, SUOX, SURF1, SYN1, SYNE1, SYNGAP1, SYNJ1, SYP, SZT2, TACO1, TAF1C, TAF8, TANC2, TANGO2, TAOK1, TARS2, TBC1D20, TBC1D24, TBC1D2B, TBC1D7, TBCD, TBCK, TBL1XR1, TBX1, TBX19, TCEAL1, TCF4, TDP2, TELO2, TET3, TFE3, TGIF1, TH, THG1L, THOC2, TIAM1, TIMM50, TK2, TLK2, TMEM106B, TMEM222, TMEM63B, TMEM67, TMEM70, TMTC3, TMX2, TNK2, TNPO2, TNRC6A, TPK1, TPP1, TRA2B, TRAF7, TRAK1, TRAPPC10, TRAPPC11, TRAPPC12, TRAPPC4, TRAPPC6B, TREM2, TREX1, TRIM8, TRIO, TRIP12, TRIT1, TRMT1, TRMT10A, TRPM3, TRPM6, TRRAP, TSC1, TSC2, TSEN15, TSEN2, TSEN34, TSEN54, TSFM, TSPYL1, TTC5, TUBA1A, TUBA8, TUBB, TUBB2A, TUBB2B, TUBB3, TUBB4A, TUBG1, TUBGCP2, TUBGCP6, TWNK, U2AF2, UBA5, UBAP2L, UBE2A, UBE3A, UBR7, UBTF, UFM1, UFSP2, UGDH, UGGT1, UGP2, UMPS, UNC79, UNC80, USP18, VAMP2, VARS, VARS2, VLDLR, VPS11, VPS13A, VPS13B, VPS13D, VPS4A, WAC, WARS2, WASF1, WASHC4, WDFY3, WDR26, WDR37, WDR45, WDR45B, WDR5, WDR62, WDR73, WNK3, WWOX, XPR1, YEATS2, YIF1B, YIPF5, YWHAE, YWHAG, ZBTB18, ZDHHC9, ZEB2, ZIC2, ZMIZ1, ZMYND11, ZMYND8, ZNF142, ZNF148, ZNF335, ZNF526, ZNHIT3, ZSWIM6.
Se explica a madre finalidad del estudio, metodología, posibles resultados. Refieren entender y aceptar conducta.

Powered by CamScanner

Ingreso: BCD3AA1B1F **Fecha Historia:** 1/10/2025 10:37:34 a. m. **# Autorización:** 287842267
Fecha ingreso: 1/10/2025 9:39:33 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1054572382 **Nombres:** LINA **Apellidos:** NEIZA GARCIA
Número de folio: 4 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

ANTECEDENTES

Médicos: / G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

Oftalmológicos: -- No Refiere --

Quirúrgicos: -- No Refiere --

Transfusionales: -- No Refiere --

Inmunológicos: -- No Refiere --

Alérgicos: -- No Refiere --

Traumáticos: -- No Refiere --

Psicológicos: -- No Refiere --

Farmacológicos:

Familiares: > Fecha: 14/07/2025
ABUELA HTA FALLECIO DE INSUFICIENCIA RENAL, ABUELO CON EPOC

Tóxicos: -- No Refiere --

Hábitos de vida: -- No Refiere --

Escolares: -- No Refiere --

Laborales: -- No Refiere --

Nutricionales: -- No Refiere --

Odontológicos: -- No Refiere --

Socioeconómicos: -- No Refiere --

Otros: > Fecha: 14/07/2025
FARMACOLOGICOS: CARBAMAZEPINA 7 CC CADA 8 HORAS. PERINATALES: SEGUNDA GESTACION, MADRE DE 34 AÑOS G2C2V2, NACIEMNT POR CESAREA POR ITERATIVA, 39 SEMANAS, PESO 3335 GRAMOS, SIN COMPLICACIONES, EGRESO CONJUNTO.

REVISIÓN POR SISTEMAS

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

Presión arterial :	1/0 mmHg	**Frecuencia respiratoria :**	16 respiraciones/min	**Temperatura :**	36.4 °C
Presión arterial media :	,33 mmHg	**Frecuencia cardíaca :**	79 latidos/min	**SpO2 :**	97%
Perímetro abdominal :	1 cm	**Índice de masa corporal :**	14,14 Kg/m²	**Dolor:**	0
Perímetro cefálico :	cm	**Perímetro torácico :**	cm	**Talla:**	124,5 cm
Perímetro braquial :	1,0 cm	**Superficie corporal :**	0,85 m²		
Peso actual:	22,10 KG				

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:	☑N	☐AN
Ojos:	☑N	☐AN
ORL:	☑N	☐AN
Cuello:	☑N	☐AN
Tórax:	☑N	☐AN
Abdomen:	☑N	☐AN
Genitourinario:	☑N	☐AN
Extremidades:	☑N	☐AN
Neurológica:	☑N	☐AN
Piel:	☑N	☐AN

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO **Identificación:** 1054572382
Especialidad: GENETICA HUMANA **Nombre:** LINA
Tarjeta Prof. # 1014278697 **Apellido:** NEIZA GARCIA

Powered by CamScanner

Ingreso: BCD3AA1B1F **Fecha Historia:** 1/10/2025 10:37:34 a. m. **# Autorización:** 287842267
Fecha ingreso: 1/10/2025 9:39:33 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatria
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1054572382 **Nombres:** LINA **Apellidos:** NEIZA GARCIA
Número de folio: 4 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

Observaciones:

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso para la Talla:

Peso para la Edad:

Perimetro Cefálico:

Talla para la Edad: >=-1 / Talla adecuada para la edad.

Indice Masa Corporal: >=-1 a <=+1 / IMC Adecuado para la edad.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO		Confirmado repetido	☑

ESCALAS DE SALUD

ESCALA (NRS) NUMÉRICA DEL DOLOR

Puntaje total : 0 puntos **Interpretación :** Sin dolor

ANÁLISIS

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si ☐ No ☐

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

LABORATORIOS EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Fecha sugerida toma	Cantidad
908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) |. // PANEL NGS + ANALISIS DE CNV - ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS)	1/10/2025 10:36:00 a. m.	1

Observaciones: GENES ESCRITOS EN ENFERMEDAD ACTUAL, RELACIONADOS CON EPILEPSIA

SERVICIOS DE CONTROL:

Código Servicio	Servicio
890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA.

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad
890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA.	1

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 4 Mes(es) con la Especialidad de GENETICA HUMANA

DESTINO

SALIDA

CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - OTROS

TALLA PARA LA EDAD

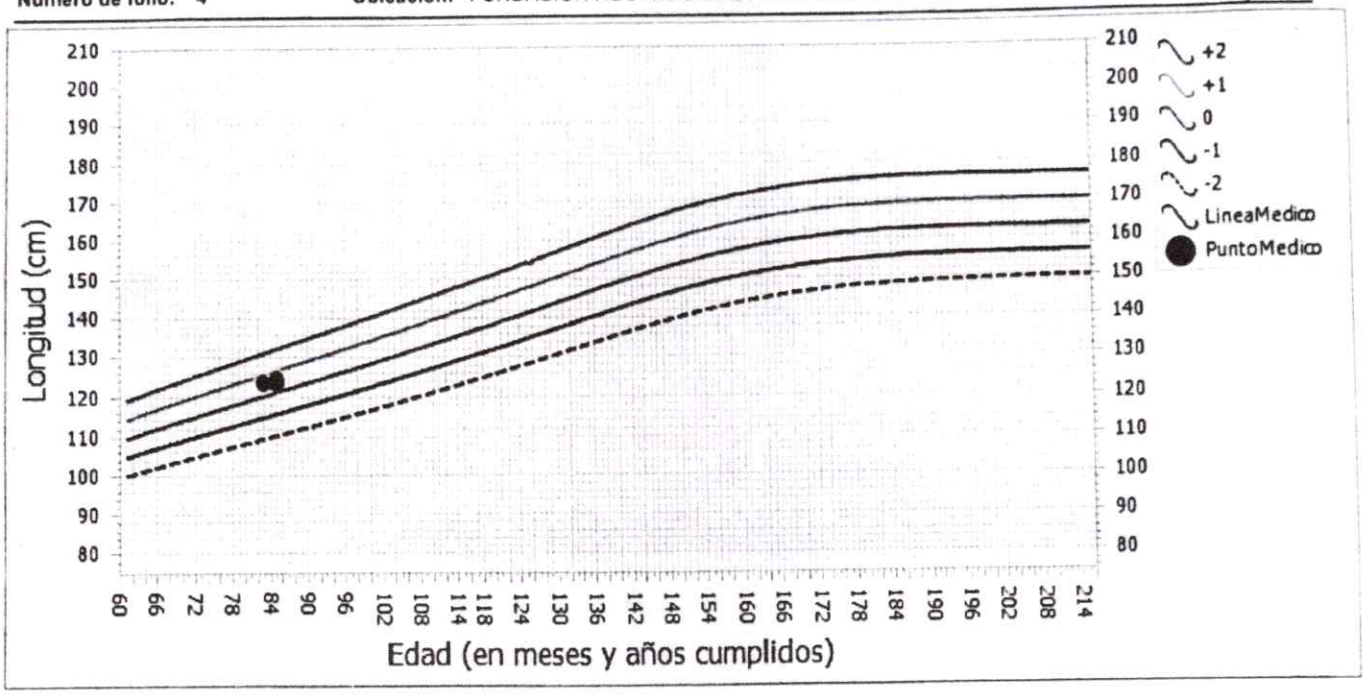
Interpretación: >=-1 / Talla adecuada para la edad.

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO
Especialidad: GENETICA HUMANA
Tarjeta Prof. # 1014278697

Identificación: 1054572382
Nombre: LINA
Apellido: NEIZA GARCIA

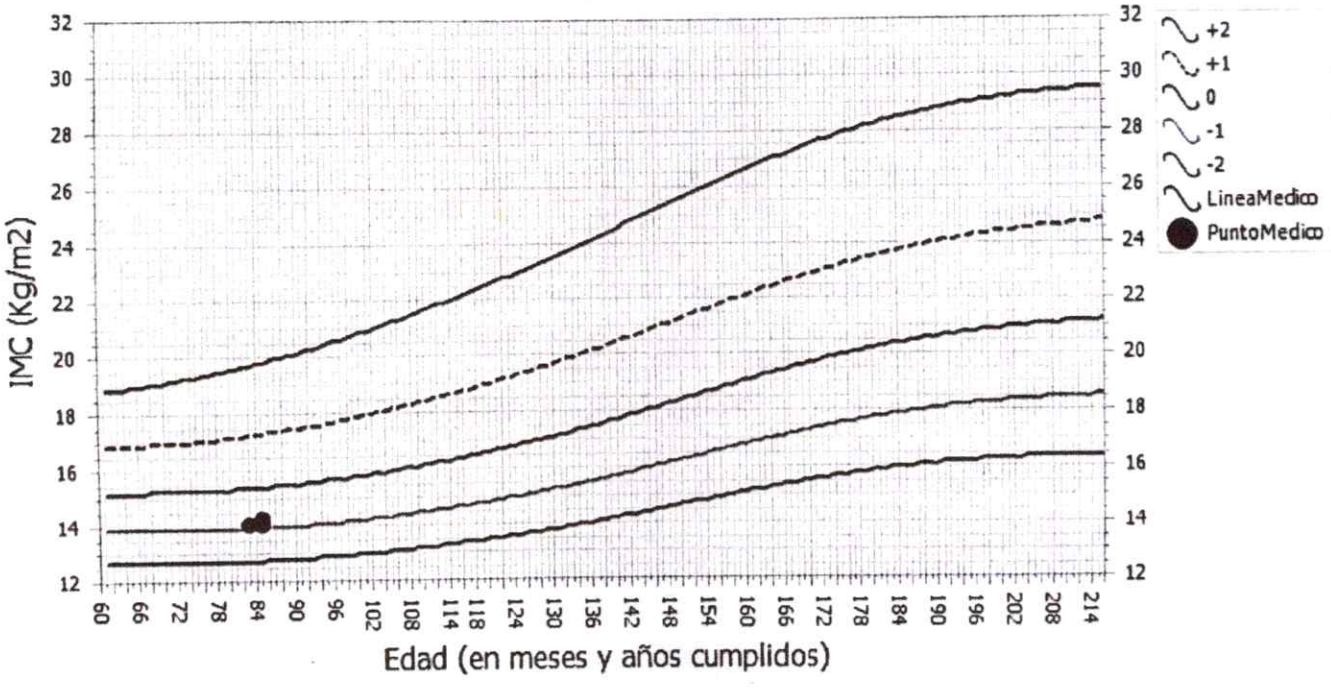
Powered by CamScanner

Ingreso: BCD3AA1B1F **Fecha Historia:** 1/10/2025 10:37:34 a. m. **# Autorización:** 287842267
Fecha ingreso: 1/10/2025 9:39:33 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1054572382 **Nombres:** LINA **Apellidos:** NEIZA GARCIA
Número de folio: 4 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E



INDICE DE MASA CORPORAL

Interpretación: >=-1 a <=+1 / IMC Adecuado para la edad.



Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO
Especialidad: GENETICA HUMANA
Tarjeta Prof. # 1014278697

Identificación: 1054572382
Nombre: LINA
Apellido: NEIZA GARCIA

Powered by CamScanner

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO
Especialidad: GENETICA HUMANA
Tipo de identificación: CC - Cédula de Ciudadanía
Identificación: 1014278697
Tarjeta Prof. # 1014278697

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

SOLICITUD LABORATORIOS EXTRAMURAL

Ingreso: BCD3AA1B1F **Fecha Historia:** 1/10/2025 10:37:34 a. m.

Número de Folio: 4 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: NEIZA GARCIA
Nombres: LINA
Dirección: CARRERA50A # 176-61 - SAN PABLO DE BORBUR - CENTRO - SAN PABLO DE BORBUR - BOYACA - COLOMBIA
Teléfono: 3218250547 - 3218250547
Entidad Responsable: NUEVA EPS S.A.
Seguridad Social: NUEVA EPS S.A.

Tipo Documento: TI **Numero:** 1054572382
Edad: 07 Años 01 Meses 25 Dias (7/08/2018)
Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino
Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

LABORATORIOS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Fecha sugerida toma	Cantidad
908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) |. // PANEL NGS + ANALISIS DE CNV - ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS)	1/10/2025 10:36:00 a. m.	1

Datos Clínicos Relevantes: GENES ESCRITOS EN ENFERMEDAD ACTUAL, RELACIONADOS CON EPILEPSIA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO		Confirmado repetido	☑

Vigencia: (Formula vigente para 30 dias)

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO

CONSULTA EXTERNA

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO
Especialidad: GENETICA HUMANA
Tarjeta Prof. # 1014278697

Powered by CamScanner

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

SOLICITUD INTERCONSULTAS EXTRAMURAL

Ingreso: BCD3AA1B1F **Fecha Historia:** 1/10/2025 10:37:34 a. m.

Número de Folio: 4 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: NEIZA GARCIA

Nombres: LINA

Dirección: CARRERA50A # 176-61 - SAN PABLO DE BORBUR - CENTRO - SAN PABLO DE BORBUR - BOYACA - COLOMBIA

Teléfono: 3218250547 - 3218250547

Entidad Responsable: NUEVA EPS S.A.

Seguridad Social: NUEVA EPS S.A.

Tipo Documento: TI **Numero:** 1054572382

Edad: 07 Años 01 Meses 25 Dias (7/08/2018)

Sexo biológico: FEMENINO **Género:** Femenino

Tipo Paciente: SUBSIDIADO

Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Especialidad	Cantidad
890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA.	GENETICA HUMANA	1

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Tipo	Principal
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO		Confirmado repetido	☑

Vigencia: (Formula vigente para 30 días)

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO

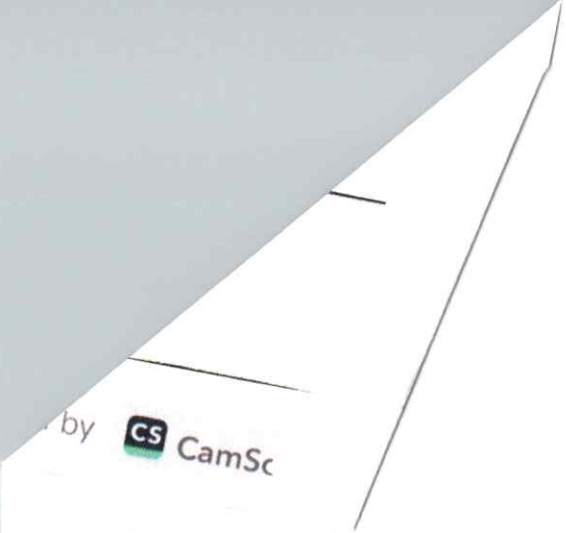
HOMI CONSULTA EXTERNA

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO

Especialidad: GENETICA HUMANA

Tarjeta Prof. # 1014278697

Powered


by
CamSc

DATOS DE LA ENTIDAD QUE EMITE LA ORDEN

Municipio donde es emitida la orden	Nombre de la entidad que emite la orden
San Pablo de Borbur	
Fecha de solicitud de la orden	Fecha de expedición de la orden
05/12/2025	10/12/2025

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre (s) y Apellido (s)		JHON FREDY GIRALDO LOPEZ					
Tipo de Documento	CC	Número de documento	79816444				
Dirección							
Municipio	SAN PABLO DE BORBUR	Teléfono	3212488018				
Correo Electrónico							
Cuenta con certificado de discapacidad		Si		No	X		
EPS	NUEVA EPS	Tipo de régimen	SUBSIDIADO				
Nombre, Apellido del representante (en los casos que aplique)							
Tipo de Documento		Número de documento					
Parentesco							
Municipio		Teléfono					
Correo Electrónico							

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

Código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)				**1557608**				
Fuente de recurso	Ministerio		Departamento		Municipio	X	Empresa Privada		Otro ¿Cuál? _____
Nombre de la IPS que emite la Historia Clínica								
IPS Certificadora para asignación de cita y valoración por equipo multidisciplinario.				CLINIC- SALUD IPS DISGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S.				
Dirección	CHIQUINQUIRA							
Municipio	CHIQUINQUIRA			Teléfono		3118546589		
Correo Electrónico								

INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES

La persona a certificar requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea:

Institucional	X	Domiciliaria	

Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:

a) Movilidad		b) Comunicación y acceso a la comunicación	
c) Persona de apoyo			

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O EMITE LA ORDEN



Firma del secretario de salud y/o Director local de salud
Nombre del funcionario ANYI YULIBETH GONZALEZ TORRES
Cargo del funcionario SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO

PROCESOS PRIORITARIOS		
CLINICSALUD IPS DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN	VERSION:	02
	FECHA EMISION:	06-04-2020
	RESPONSABLE:	GERENCIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: Jhon Freddy Giraldo	Fecha: 13/12/2025
Tipo de identificación: CC	Número: 79816499

SERVICIO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADO PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N°1239 DE 2022 - N° 6

Yo, Jhon Freddy Giraldo Identificado con: CC Nº 79816499
como paciente X o como responsable _____ del paciente: _____
_____ identificado con _____ Nº _____

Autorizo al grupo multidisciplinario certificado para atender y extender la certificación de discapacidad. Teniendo en cuenta que he sido informado por los profesionales de forma clara, sobre el procedimiento y los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento puede haber circunstancias impredecibles o inesperadas, que pueden ocurrir y poner en riesgo mi salud.
Al firmar este documento reconozco que tengo plena claridad sobre el plan de tratamiento y los riesgos inherentes a los procedimientos.
Me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de procedimientos terapéuticos y/o médicos.
Comprendiendo estas limitaciones; doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente: _____
C.C: _____

Firma del responsable del paciente: _____
C.C: _____

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Nombre:	**Nombre:**	**Nombre:**
CC:	**CC:**	**CC:**
profesión	**profesión**	**profesión**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JHON	FREDY	GIRALDO	LOPEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOYACÁ	SAN PABLO DE BORBUR

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo		Registro civil		Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 79816444

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S	2025	12	13

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901011387

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	25.00
Movilidad	25.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.1 d570.1 d879.1

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	Psicología	CC-1018416407
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	Medicina	CC-1020755686
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	Fisioterapia	CC-1053345146

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.