SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PR

Código Regional	**25**
Código Centro	**951010**
Fecha Elaboración	**30 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**59576-937640**

DATOS DEL CONTRATISTA

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

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86043311257

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1342883/2020 **Nº Compromiso SIIF** **15020**

Valor Total del Contrato	$ 39.291.221	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.811.563	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.021.413		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.790.150**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.234.201**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7763480789**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.900	$ 15.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 379.015	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.734	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	33.580,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.756.570,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Actividades de planeación, evaluación y preparación de informe por equipos ejecutores para entrega trimestral.
2. Participación en jornadas de ejecución y desarrollo curricular del programa en Gestión Documental de la FPI y Planeación Pedagógica
3. Desarrollo de procesos en la plataforma Territorium y Sofia Plus.
4. Organización de la plataforma Drive para la evidencia de las actividades desarrolladas en ambientes de formación.
5. Diseño de actividades de aprendizaje: Talleres, guías, instrumentos y propuestas de conocimiento.
6. Orientar FPI de los programas titulados fichas 1967467 y 2142868; lunes - viernes/12:00 - 22:00.
7. Instructor participa en 1er Congreso Internacional ENI y en Curso Ejercicio Derechos Fundamentales del Trabajo.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

EDGAR HUMBERTO CHACON PAEZ
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

JIMMY GONZALO MALDONADO NOVOA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	75088018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	MANZANA 36 CASA 5A BARRIO	TELÉFONO:	8810582
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7763480789**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		765456403

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 242.600
SUBTOTAL:			1	**$ 242.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 189.600
SUBTOTAL:			1	**$ 189.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.900
SUBTOTAL:			1	**$ 15.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 448.100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	75088018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES MAURICIO GARZON LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	MANZANA 36 CASA 5A BARRIO LA ISABELA	TELÉFONO:	8810582
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7763480789**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			765456403

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.600	$ 0	$ 242.600
SUBTOTALES:										**$ 242.600**	**$ 0**	**$ 242.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 189.600
SUBTOTALES:													**$ 189.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 189.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.900	$ 15.900	$ 0	$ 0	$ 15.900
SUBTOTALES:									**$ 15.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 75088018	GARZON LOPEZ ANDRES MAURICIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.516.060				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.516.060	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 242.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.516.060	$ 189.600	$ 0	$ 189.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.516.060	75088018	$ 15.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 448.100**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Fusagasugá, 30 de noviembre de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**30.239.381**	**GLORIA JOHANNA GARZON LOPEZ**	**HERMANO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

Andrés Mauricio Garzón López

_____
FIRMA

Nombre: ANDRÉS MAURICIO GARZÓN LÓPEZ

C.C. 75.088.018 de Manizales - Caldas

AVISO

LA SUSCRITA SECRETARIA DEL JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DE MANIZALES CALDAS

A V I S A:

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

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

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

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

JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA
SECRETARIA

CLEMENCIA DEL PILAR ALZATE RAMÍREZ
SECRETARIA

Recibí Gloria Stella Queva
CASA EDITORIAL EL TIEMPO
Cra 24 # 22-02 Ed. Plaza Centro L-11
Tels: - 8840480
Manizales
Edicto Julio 20.
Tel 8840480 $72.700

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

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

OFICIO No. 1275

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
MONICA HENAO HENAO
Notaría Encargada
Manizales
(CALDAS)

Señores:
NOTARIA TERCERA DEL CÍRCULO
Armenia – Quindío

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

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

Cordialmente,

SECRETARIA

CLEMENCIA DEL PILAR ALZATE RAMIREZ
SECRETARIA

SaludCoop EPS

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Manizales, Julio 18 de 2012

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

Dra. Bibiana Galindo Rios

R.M. 15514

CERTIFICADO CALIFICACIÓN PERDIDA CAPACIDAD LABORAL

Coomeva | EPS

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	LUGAR EXAMEN
MANIZALES	16	1	2015	MANIZALES

INFORMACION E IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

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

MOTIVO SOLICITUD: 0

INFORMACIÓN E IDENTIFICACIÓN PERSONA CON DISCAPACIDAD

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

MANO DOMINANTE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD
IZQUIERDA	33	HERMANA	EN INSTITUCION ESPECIAL

OCUPACIÓN ACTUAL:	NINGUNA	ESTADO CIVIL:	SOLTERO

DIAGNÓSTICO (S):

1	G408 Otras epilepsias
2	R620 Retardo del desarrollo
3	0

CONCEPTOS CALIFICACIÓN PERDIDA CAPACIDAD LABORAL

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

CALIFICACIÓN ORIGEN:	COMUN		
FECHA DECLARACIÓN PERDIDA:	16-01-15		
CALIFICACIÓN PERDIDA CAPACIDAD LABORAL (C/PCL):	51,55	%	

CONDUCTA AFILIACION

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

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

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

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

Fecha Impresion:08/02/2019 10:17

HISTORIA CLINICA EVOLUCION NEUROLOGICA CLINICA

Clínica La Sagrada Familia

Clínica La Sagrada Familia

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

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

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

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

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

TELEFONO: 3042035533--7354712

PROBLEMAS

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

DATOS

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

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

DOSIS PRESCRITAS.

INTERPRETACIÓN: I/ EILEPSIA CONTROLADA

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

DIAGNÓSTICO

DX. PRINCIPAL: EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)

(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS G402

DX. RELACIONADO 1: ESCLEROSIS TUBEROSA Q851

RIPSPag 1
Usuario que imprime: BNLUGO

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

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

TIPO DE DIAGNOSTICO PRINCIPAL: CONFIRMADO REPETIDO

FIRMA

NOMBRE PROFESIONAL: RAFAEL EDUARDO LOPEZ MOGOLLON

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



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

PLAN DE ESTUDIO Y MANEJO

CONSULTAS E INTERCONSULTAS

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

MEDICAMENTOS

0 - ACIDO VALPROICO CAP|-|CAP	
0 - CARBAMAZEPINA TAB|-|TAB	540
0 - VIGABATRINA TAB|-|TAB	540
	360



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

EVOLUCIONES

FIN DEL DOCUMENTO

Pag 2 Usuario que imprime: BNLUGO

Clínica La Sagrada Familia

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

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

Fecha Nacimiento: 27/04/1981

Doc: CC 30239381
No Historia: 30239381
Convenio: MEI001MEINTSVIDA
Edad: 37 Años Teléfono: 3042035533--7354712

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

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

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

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

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

Clínica La Sagrada Familia

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

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

Fecha Nacimiento: 27/04/1981

Doc: CC 30239381
No Historia: 30239381
Convenio: MEI001MEINTSVIDA
Edad: 37 Años Teléfono: 3042035533--7354712

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

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

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

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

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

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

11-02-19
Autorizado
entrega 1 de 6

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30239381**

GARZON LOPEZ
APELLIDOS

GLORIA JOHANNA
NOMBRES

Johana Garzon
FIRMA





INDICE DERECHO

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

1.62 ESTATURA | **AB+** G.S. RH | **F** SEXO

25-JUN-2002 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0900100-35106261-F-0030239381-20020918 **07091** 02260C 02 130665990