MEMORANDO

Radicado No: 202643300000046643

Para: ALEXANDRA CHAMORRO LOPEZ
Coordinadora Financiera

Asunto: SOLICITUD DE TRÁMITE DESEMBOLSO POR CONCEPTO DE ACOMPAÑAMIENTOS HOSPITALARIOS CONTRATO 23006922025.

Fecha: 22 de mayo de 2026

Cordial Saludo.

Mediante el presente documento hago envío de solicitud de desembolso N° 6.1 del contrato 23006922025 del operador FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ, por concepto de acompañamientos hospitalarios.

Cuenta de Cobro, Pago de Seguridad Social mes de Abril de 2026 y Certificación de Parafiscales, Historias Clínicas, Planilla con relación de los niños que fueron atendidos por acompañamiento hospitalario, detalle de turnos y valor cancelado a las acompañantes, Comprobante de pagos efectuados a las acompañantes hospitalarias, Autorizaciones de los acompañamientos por parte del supervisor, RUT Fundación labriegos, Certificación Bancaria, Cédula Representante Legal, Seguridad social talento humano y demás documentos requeridos para el trámite.

Atentamente,

SANDRA MILENA VESGA PARRA
Coordinadora Grupo de Protección Especial y Autoridad Administrativa

Anexo: 181 folios

Aprobó: Sandra Vesga Parra /Coordinadora- Equipo de Protección
Revisó: Sandra Vesga Parra /Coordinadora- Equipo de Protección
Proyectó: Patricia Ojeda Estrada/Prof. Universitario- Equipo de Protección

Yo, **PATRICIA TERESA OJEDA ESTRADA**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA: **FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ**

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: Nit — No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **900064245-7**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: CONTRATO — NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: **23006922025** — FECHA SUSCRIPCIÓN: 30 (día) diciembre (mes) 2025 (año)

PLAZO DE EJECUCIÓN — DESDE: 31 (día) diciembre (mes) 2025 (año) — HASTA: 31 (día) julio (mes) 2026 (año) — RÉGIMEN TRIBUTARIO: **NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: 21 (día) mayo (mes) 2026 (año)

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: Vigencia — PAGO No: 6,1 DE 8

VALOR A PAGAR: **$ 4.983.336,00** — EN LETRAS: **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE**

PERÍODO DE PAGO — DESDE: 1 (día) abril (mes) 2026 (año) — HASTA: 30 (día) abril (mes) 2026 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	9426	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02-	112	A-02-02-02-006-003-02 OTROS SERVICIOS DE ALOJAMIENTO	$ 4.983.336,00
						$ 4.983.336,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO: **BANCO AV VILLAS** — NÚMERO DE CUENTA: **550084198** — TIPO DE CUENTA: **AHORROS**

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR: $ - A — EN LETRAS:

AMORTIZACIÓN ANTICIPO: $ - — CUOTA NÚMERO: — DE:

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 4.983.336,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 4.983.336,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 4.983.336,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
PATRICIA TERESA OJEDA ESTRADA	**SUPERVISORA**	**CÓRDOBA**	**PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDAD ADMINISTRATIVA**	Patricia Ojeda Estrada
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ROCIO CORREA PACHECO	APOYO FINANCIERO	CORDOBA	PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDAD ADMINISTRATIVA	Rocío Correa

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ROCIO CORREA PACHECO	**PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDAD ADMINISTRATIVA**	Rocío Correa	**21/05/2026**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada
No. 202643400000038352
Cógigo web: diX3QtSfmQ+tOUk8UOi8euH8eo8=
Radicador: MAIDY MILENA PADILLA Fecha: 2026-05-20 15:47 Folios: 1
Remitente: FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
Destino: Grupo de Asistencia Tecnica (Cordoba)
Asunto: CUENTA ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO CTO 692-2

Montería, 20 de Mayo de 2026

PARA: PATRICIA OJEDA ESTRADA
Supervisora Contrato 23006922025

ASUNTO: Remisión Cuenta de Cobro Fundación Labriegos por la paz

Envío documentos correspondientes a la cuenta de cobro del Contrato No. 692 A nombre del operador FUNDACIÓN LABRIEGOS POR LA PAZ, con NIT. No. 900.064.245-7 con el fin de que se realicen los desembolsos por concepto de acompañamientos hospitalarios.

- Cuenta de Cobro.
- Pago de Seguridad Social mes de Abril de 2026 y Certificación de Parafiscales
- Historias Clínicas
- Planilla con relación de los niños que fueron atendidos por acompañamiento hospitalario, detalle de turnos y valor cancelado a las acompañantes.
- Comprobante de pagos efectuados a las acompañantes hospitalarias
- Autorizaciónes de los acompañamientos por parte del supervisor.
- RUT Fundación labriegos
- Certificación Bancaria
- Cedula Representante Legal
- Seguridad social talento humano

FOLIOS (180)

Cordialmente,

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT: 900.064.245-7
R/LEGAL.KATIA CECILIA BRUNAL CABRALES
C.C N° 50.921.046

Dirección: Carrera 15 No.16-08 Barrio Urbina,
Celular 3123935483-3112168278 funlapazhs@gmail.com
Montería - Córdoba

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CON NIT 899.999.239-2

DEBE A:

LA FUNDACIÓN LABRIEGOS POR LA PAZ

CON NIT 900.064.245-7

LA SUMA DE:

COSTO TOTAL…… $ 4.983.336

VALOR EN LETRAS: Cuatro millones novecientos ochenta y tres mil trescientos treinta y seis pesos m/cte.

POR CONCEPTO DE:

Servicio hogares sustitutos Acompañamiento hospitalario a SEVERIANO JARUPIA DOMICO ……$ **1.072.344**

Servicio hogares sustitutos Acompañamiento hospitalario a MILAGROS PATERNINA CUADRADO ……$ **269.052**

Servicio hogares sustitutos Acompañamiento hospitalario a ANGEL PEREZ SALAZAR……$ **2.483.940**

Servicio hogares sustitutos Transporte para gestion de a ESPERANZA DOMICO ……$ **108.000**

Servicio hogares sustitutos Gasto Funerario MILAGROS MARTINEZ CUADRADO ……$ **1.050.000**

CONTRATO DE APORTE: 23006922025
PERIODO: 1 al 30 de Abril de 2026.

OBJETO DEL CONTRATO: BRINDAR ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO ONG - VULNERACIÓN / ACOGIMIENTO FAMILIAR - HOGAR SUSTITUTO ONG – VULNERACIÓN Y HOGAR SUSTITUTO ONG - DISCAPACIDAD / ACOGIMIENTO FAMILIAR HOGAR SUSTITUTO ONG – DISCAPACIDAD, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

CUENTA DE AHORROS: N° 550084198 BANCO AV VILLAS

Se expide para efectos de pago el día 20 del mes de Mayo de 2026 en la ciudad de Montería - Colombia.

KATIA CECILIA BRUNAL CABRALES
C.C. 50.921.046 de Montería
Representante Legal Fundación labriegos por la paz

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

SEVERIANO JARUPIA DOMICO

Montería - Córdoba

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ

NIT. 900064245-7

DEBE A:

MARIA TRINIDAD MARZOLA BORJA
C.c No. 34.990.194 de monteria
LA SUMA DE: UN MILLON SETENTA Y DOS MIL TRECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS ($ 1.072.344) MCTE.

POR CONCEPTO DE ACOMPAÑAMIENTO HOZPITALARIO DE EL NIÑO SEVERIANO JARUPIA DOMICO QUIEN ESTABA HOSPITALIZADA EN CLINICA MATERNO INFANTIL CASA DEL NIÑO CON FECHA DE INGRESO 27/03/2026 04:06PM HASTA 02/04/2026 12:36 PM

DESCRIPCION:

NOMBRE:	MARIA TRINIDAD MARZOLA BORJA				CC:	34.990.194		TELEFONO:	3004182740		
TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
SABADO 28 11:30AM-7PM	DOMINGO 29 7AM-7PM	LUNES 30 7AM-7PM	MARTES 31 7AM-7PM	MIERCOLES 01 7AM-7PM	JUEVES 02 7AM-1PM						**TOTAL**
$ 48.750	$ 136.476	$ 78.000	$ 78.000	$ 78.000	$ 68.238						**$ 487.464**

NOMBRE:	MARIA TRINIDAD MARZOLA BORJA				CC:	34.990.194		TELEFONO:	3004182740		
TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
SABADO 28 7PM-7AM	DOMINGO 7PM-7AM	LUNES 30 7PM-7AM	MARTES 31 7PM-7AM	MIERCOLES 01 7PM-7AM							**TOTAL**
$ 105.276	$ 163.776	$ 105.276	$ 105.276	$ 105.276							**$ 584.880**

ESTOS FUERON LOS DIAS QUE ESTUVE COMO ACOMPAÑANTE DEL NNA
MUCHAS GRACIAS QUEDO ATENTA A CUALQUIER INQUIETUD

Atentamente

MARIA TRINIDAD MARZOLA BORJA

C.C NO. 34.990.194 DE MONTERIA

VALOR POR HORAS DE ACOMPAÑAMIENTO	
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNA	$ 8.773
DO. DIURNA	$ 11.373
DO. NOCTIRNA	$ 13.648

DATOS DEL PACIENTE				
Paciente:	SEVERIANO JARUPIA DOMICO		No de historia:	RC 1071440835
Identificacion	RC 1071440835			
fecha de Naci:	17/03/2021	Edad	5 Año(s), 1 Mes(es)	
Empresa:	MUTUAL SER		Estrato	SUBSIDIADO
Direccion	VEREDA BESITO BOLAO		Sexo:	M
Telefono			Municipio	MONTERIA
Tipo	Celular Movil Privado		acompañamineto hospitalario	
fecha de Ingreso:			fecha inicial de atencion:	28/03/2026 11:30
Ingreso:	27/03/2026 04:06PM		fecha final de atencion:	02/04/2026 01:00PM
Egreso:	02/04/2026 12:36PM			

URNOS DIURNO	NOMBRE:	MARIA TRINIDAD MARZOLA BORJA				CC:	34.990.194		TELEFONO:	3004182740		
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	SABADO 28 11:30AM-7PM	DOMINGO 29 7AM-7PM	LUNES 30 7AM-7PM	MARTES 31 7AM-7PM	MIERCOLES 01 7AM-7PM	JUEVES 02 7AM-1PM						TOTAL
	$ 48.750	$ 136.476	$ 78.000	$ 78.000	$ 78.000	$ 68.238						$ 487.464

NOS NOCTUR	NOMBRE:	MARIA TRINIDAD MARZOLA BORJA				CC:	34.990.194		TELEFONO:	3004182740		
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	SABADO 28 7PM-7AM	DOMINGO 7PM-7AM	LUNES 30 7PM-7AM	MARTES 31 7PM-7AM	MIERCOLES 01 7PM-7AM							TOTAL
	$ 105.276	$ 169.776	$ 105.276	$ 105.276	$ 105.276							$ 584.880

#REF!	
CUENTA DE NEQUI N°	$ 1.072.344
3004182740	

CUENTA DE NEQUI N°	

IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34.990.194**

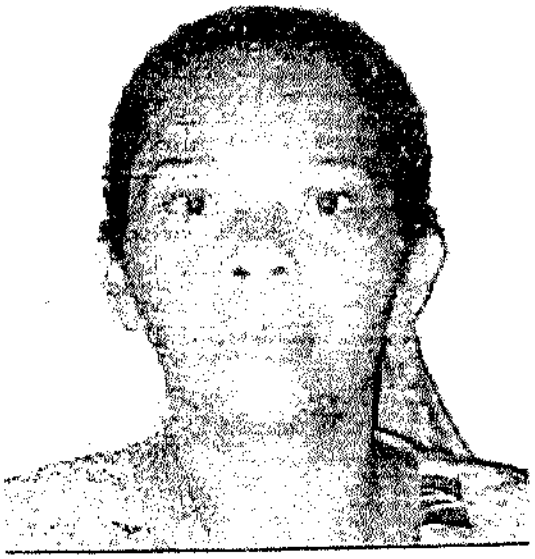
MARZOLA BORJA

APELLIDOS

MARIA TRINIDAD

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-1965**

VALENCIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-OCT-1984 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0303700-00045521-F-0034990194-20080812 **0002014494A 1** 4130000303

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

4. Número de formulario: 14700276945

6. DV: 0

12. Dirección seccional:

14. Buzón electrónico: 2

IDENTIFICACIÓN

25. Tipo de documento: 3 Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación: 34990104

27. Fecha expedición:

29. Departamento: 23 Córdoba

30. Ciudad/Municipio: 001 Montería

MARZOLA

10. Tipo de apellido: BORJA

11. Primer nombre: MARIA

12. Otros nombres: TRINIDAD

UBICACIÓN

Dirección principal: 108

31. Departamento: 08 Atlántico

32. Ciudad/Municipio: 573 Puerto Colombia

CALLE 18 SE BRR NUEVO HORIZONTE

Correo electrónico: [illegible]@gmail.com

41. Teléfono 1: 3004182749

42. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal: 4. Código: 9101

Actividad secundaria: 40. Código: 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades: 50. Código 1: 2:

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

24. Número resolución DIAN:

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma: 56. Tipo: Sector: 1 2 3

57. Moda:

58. CPC:

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

Para uso exclusivo de la DIAN

60. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2020-07-27 15:57:57

La información suministrada a través del formulario único de inscripción, actualización, cancelación y clasificación del Registro Único Tributario (RUT) debera ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos establecidos en el ordenamiento tributario. Artículo 4º. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 de 2016. Tratándose del formulario de cambio de domicilio fue diligenciado y exigido la política de [illegible] ley 1437 de 2012.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

584. Nombre: MARZOLA BORJA MARIA TRINIDAD

585. Cargo: CONTRIBUYENTE

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO PROTECCIÓN**	F1.P13.P	31/12/2020
	FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO HOGAR SUSTITUTO	Versión 2	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **GISELA VILORIA** para que se autorice el acompañamiento durante la hospitalización del usuario **SEVERIANO JARUPIA DOMICO.** Identificado con **R.C N° 1.071.440 835** quien se encuentra ubicado(a) en el **HOGAR SUSTITUTO** a cargo de **LUZ MARINA MENDOZA LUGO C.C N°50.909.974**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **SEVERIANO JARUPIA DOMICO,** que será realizado por **MARIA TRINIDAD MARZOLA BORJA** identificada con cedula de ciudadanía N° 34990194, durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la clínica Materno infantil Casa del niño la ciudad de Montería.

La presente se expide en la ciudad de Montería a los 28 días del mes Marzo del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA

nombre Patricia Gerdes Gutierrez

Cargo: Supervisora de CA # 23006922025

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

CERTIFICADO DE IDONEIDAD
(ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO)

La fundación labriegos por la paz certifica que María Trinidad Marzola Borja identificada con cedula de ciudadanía N° 34990194, luego de realizada la revisión de referencias personales, familiares y laborales y luego de realizado el estudio a sus hojas de vida han demostrado idoneidad en el desempeño de sus actividades laborales, se verifica antecedentes judiciales, disciplinarios, fiscales y medidas correctivas, adicionalmente se constata que son personas responsables y con experiencia en el manejo de la población de niños, niñas y adolescentes.

Cordialmente,

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT: 900.064.245-7
R/LEGAL. KATIA CECILIA BRUNAL CABRALES
C.C N° N°50.921.046

CARRERA 15 #16-08
BARRIO URBINA MONTERÍA -CORDOBA TEL: 3123935483 - 3112168278 E-MAIL:
funlapazhs@gmail.com

Gmail

FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>

Hospitalizacion Severiano Jarupia Domico

2 mensajes

FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com> 27 de marzo de 2026 a las 18:20
Para: Gisela Lucia Viloria Montalvo <gisela.viloria@icbf.gov.co>

Buenas Tardes
Doctora
Gisela Viloria Montalvo
Defensora de Familia

Me permito informarle que el beneficiario mencionado se encuentra actualmente hospitalizado en la Clínica Materno Infantil Casa del Niño. Por tal motivo, se requiere su aval para gestionar el acompañamiento hospitalario, ya que la madre sustituta no puede permanecer al cuidado del menor debido a que atiende a otros usuarios en el servicio de Discapacidad. En este sentido, solicitamos amablemente que realice la solicitud correspondiente para iniciar dicho acompañamiento a la mayor brevedad posible.

Angela Araujo Diaz
Nutricionista Dietista
Funlapaz

Gisela Lucia Viloria Montalvo <Gisela.Viloria@icbf.gov.co> 27 de marzo de 2026 a las 18:47
Para: FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>

Buenas noches

Cordial saludo

En atención al correo precedente, me permito solicitar acompañamiento hospitalario a favor del niño Severiano Jarupia Domico,ello teniendo en cuenta que la madre sustituta tiene en el unidad de servicio ubicados otros beneficiarios que requiere de cuidado de la madre, por tanto se hace imperioso el requerimiento

Gisela Viloria Montalvo
Defensora de familia

Obtener Outlook para iOS

De: FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>
Enviado: Friday, March 27, 2026 6:20:17 PM
Para: Gisela Lucia Viloria Montalvo <Gisela.Viloria@icbf.gov.co>
Asunto: Hospitalizacion Severiano Jarupia Domico

[El texto citado está oculto]

Gmail

HOGARES SUSTITUTOS <funlapazhs@gmail.com>

Fw: Solicitud de acompañamiento hospitalario para Severiano Jarupia

1 mensaje

Patricia Teresa Ojeda Estrada <Patricia.Ojeda@icbf.gov.co> 28 de marzo de 2026 a las 11:15 a.m.
Para: funlapazhs <funlapazhs@gmail.com>, FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>
CC: Rocio Ines Correa Pacheco <Rocio.Correa@icbf.gov.co>, Erica Maria Herrera Orjuela <Erica.Herrera@icbf.gov.co>, Gisela Lucia Viloria Montalvo <Gisela.Viloria@icbf.gov.co>

Cordial saludo operador Funlapaz:

Atendiendo la solicitud del correo que antecede, a la justificación de la AA DF Gisela Viloria y a los soportes aportados por ustedes adjuntos,me permito autorizar el acompañamiento hospitalario requerido para el usuario Severiano Jarupia a partir del día de hoy 28 de marzo 2206

Cordialmente

Patricia Ojeda Estrada
Profesional Universitario
Grupo de protección
Supervisora de contrato 23006922025

Obtener Outlook para Android

From: FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>
Sent: Saturday, March 28, 2026 9:17:21 AM
To: Patricia Teresa Ojeda Estrada <Patricia.Ojeda@icbf.gov.co>
Subject: Solicitud de acompañamiento hospitalario para Severiano Jarupia

Buenos dias

Doctora Patricia Ojeda

Saludos cordiales.

A través de la presente me permito solicitar a usted se apruebe acompañamiento hospitalario al niño Severiano Jarupia, el cual se encuentra hospitalizado y la madre sustituta tienen otros beneficiarios a su cargo y requiere cumplir con cuidados y atenciones, por lo cual no se puede quedar en clinica a prestar el acompañamiento.

Adjunto se encuentran los soportes requeridos.

Quedamos atentos a sus comentarios.

Cordialmente

FUNLAPAZ

5 archivos adjuntos

CERTIFICADOS DE IDONEIDAD MARIA TRINI MARZOLA (2).pdf
132K

certificado Hospitalario Severiano .pdf
275K

Gmail - Hospitalizacion Severiano Jarupia Domico.pdf
105K

formato autorizacion Acompa Hospitalario Severiano Jarupia.pdf
127K

Hoja de vida Maria Trini enferemera.pdf
2847K

Clínica Casa del Niño

RESUMEN DE EPICRISIS

PACIENTE: SEVERIANO JARUPIA DOMICO	IDENTIFICACION: RC 1071440835	HC: 1071440835 - RC
FECHA DE NACIMIENTO: 17/3/2021 EDAD: 9 AÑOS	SEXO: M	TIPO AFILIADO: SUBSIDIADO
RESIDENCIA: VEREDA BESITO BOLAO SECTOR LA ISLA VIA AL SABANAL	CORDOBA-TIERRALTA	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 27/03/2026 04:06 PM	FECHA EGRESO: 02/04/2026 12:36 PM	CAMA: CMOBSP3
DEPARTAMENTO INGRESO: 110103 - URGENCIAS CONSULTORIOS	SERVICIO INGRESO: URGENCIAS	
DEPARTAMENTO EGRESO: 110302 - HOSPITALIZACION TORRE B (ALA A)	SERVICIO EGRESO: HOSPITALARIO	
CLIENTE: ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EPS-S	PLAN: MUTUAL SER EPS SUBSIDIADO	

DATOS DEL INGRESO

- **MOTIVO CONSULTA**
  HA BAJADO MUCHO DE PESO Y NO HA HECHO POPO

- **ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL**
  PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE PARALISIS CEREBRAL, PORTADOR DE GASTROSTOMIA, INGRESA EN COMPAÑIA DE MADRE SUSTITUTA DEL ICBF QUIEN NO CONOCE ANTECEDENTES PERSONALES NI FAMILIARES REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA DE PESO Y MASA MUSCULAR , REFIERE CUIDADORA QUE HA BAJADO 600GR EN 4 DIAS , CUADRO ADEMAS ACOMPAÑADO DE IRRITABILIDAD Y DE AUSENCIA DE DEPOSICIONES. SE INGRESA PACIENTE PARA REALIZACION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA.

- **ANTECEDENTES PERSONALES**

GRUPO	ANTECEDENTE	OP	DETALLE

- **EXAMEN FISICO**

SISTEMA		HALLAZGO
CARDIO PULMONAR	NORMAL	TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN	ANORMAL	ABDOMEN BLANDO, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN HIPOGASTRIO. ZONA DE GASTROSTOMIA LIMPIA, SIN SECRECIONES NI SIGNOS DE INFECCIÓN.
EXTREMIDADES	ANORMAL	HIPOTROFIA MUSCULAR EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.
GENITOURINARIO	NORMAL	SIN ALTERACIONES ESTRUCTURALES. GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIRUGADOS
PIEL Y FANERAS	NORMAL	SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO	ANORMAL	RESPUESTA A ESTÍMULOS DE FORMA LIMITADA
ESTADO GENERAL	ANORMAL	REGULARES CONDICIONES GENERALES
EXAMEN MENTAL	ANORMAL	NO EVALUADO
CABEZA Y CUELLO	NORMAL	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR NO SE OBSERVAN MASAS, CUELLO SIMETRICO

- **REVISION POR SISTEMA**

Cabeza y cuello	NIEGA
Cardio Pulmonar	NIEGA
Abdomen	ABDOMEN BLANDO, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN HIPOGASTRIO. ZONA DE GASTROSTOMIA LIMPIA, SIN SECRECIONES NI SIGNOS DE INFECCIÓN.
Extremidades	HIPOTROFIA MUSCULAR EN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.
Genitourinario	NIEGA

Piel y Faneras	NIEGA
Neurologico	RESPUESTA A ESTIMULOS DE FORMA LIMITADA
Estado General	REGULARES CONDICIONES GENERALES
Examen Mental	NIEGA

ANALISIS DE INGRESO

FECHA	DESCRIPCION

- **APOYOS DIAGNOSTICOS**

- **DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO
E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA NO ESPECIFICADA	IMPRESION DIAGNOSTICA	P

DATOS DE LA EVOLUCION

- **DATOS DE LA EVOLUCION**

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-03-27 04:41 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO PACIENTE CON DX

H. SUBJETIVO: UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO
EVOLUCION DE LA TARDE.

PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD, DIAGNOSTICOS;

-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUINZENCEFALIA (TAC 2025)
-PCI
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA

--HALLAZGO OBJETIVO: PESO:5.7KG TALLA:88CMT

CCC: MICROCEFALO, CABELLOS CORTOS, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, LEVE ESPASTICIDAD, NARINAS PERMEABLES CON SECRECIONES HIALINAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES, SIALORREICO
*HEMODINAMICO: PRECORDIO CALMO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PERFUSION DISTAL MENOR 3 SEGUNDOS, PULSOS DE BUEN TONO
*RESPIRATORIO: TÓRAX SIMÉTRICO, AUTOMATISMO RESPIRATORIO REGULAR, ENTRADA DE AIRE SIMETRICA SIN AGREGADOS
*RENAL: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, DIURESIS PRESENTE
*GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS AUDIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL , LIGERAMENTE DISTENDIDO,NO DOLOROSO PORTADOR DE GASTROSTOMIA
*METABOLICO: EMACIADO,
*INFECCIOSO: NO FIEBRE
*HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO ACTIVO
*NEUROLOGICO: SECUELAR, ESPASTICO, NO CONVULSIONES, DESCONECTADO DEL MEDIO, NO SEDENTE.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE PARALISIS CEREBRA PORTADOR DE GASTROSTOMIA, INGRESA EN COMPAÑIA DE MADRE SUSTITUTA DEL ICBF QUIEN NO CONOCE ANTECEDENTES PERSONALES NI FAMILIARES REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA DE PESO Y MASA MUSCULAR , REFIERE CUIDADORA QUE HA BAJADO 600GR EN 4 DIAS , CUADRO ADEMAS ACOMPAÑADO DE IRRITABILIDAD AUSENCIA DE DEPOSICIONES.

VALORO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES, EMACIADO, FASCIE DE DOLOR, SE INDICAN PARACLINICOS, IMAGENES, VALORACIONES PERTINENTES. SE INFORMA A CUIDADORA.

--PLAN (DESCRIPCIÓN): PESA7.6KG

1.HOSPITALIZAR
2.ALIMENTACION CON LICUADOS POR GASTROSTOMIA
3.HARTMAN 32CC HORA
4.PARACLINICOS
-S/S HEMOGRAMA, TP, TPT, GLUCOSA, IONOGRAMA, UROANALISIS, PCR, VSG , CREAT, BILIRRUBINAS, TRANSAMINASAS
-S/S RADIOGRAFIA DE ABDOMEN
-S/S ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
5.INTERCONSULTA
-S/S VALORACION POR NUTRICION, TRABAJO SOCIAL
6.MEDIDAS GENERALES
-CSV Y AV

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-03-28 01:09 AM
--HALLAZGO SUBJETIVO ESCOLAR CON DIAGNOSTICO DE:

-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO

PARACLINICOS SOLICITADOS.: GLUCOSA: 80.6, CREATININA: 0.43, SODIO: 146.6, POTASIO: 4.85, CLORO: 104.5, ALBUMINA: 5.06, ALTV: 21.14, PCR: 0.30, BT: 0.30, BC: 0.00, BNC: 0.09, BDELTA: 0.31, TODOS DE BAJO RIESGO. HEMOGRAMA: HB: 11.4, LEUCOCITOS 7.330, PLAQUETAS: 300.000, TPT: 40.2 SEG, PT: 10.8 SEG. GLUCOSA, CREATININA, SODIO, POTASIO, ALBUMINA, TRANSAMINASAS DENTRO DE LIMITES NORMALES, SE LE INFORMA A LA MADRE SUSTITUTA REPORTE DE PARACLINICO Y CONDUCTA PEDIATRICA A SEGUIR, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

--PLAN (DESCRIPCIÓN): PESO: 7.8KG

1.HOSPITALIZAR
2.ALIMENTACION CON LICUADOS POR GASTROSTOMIA
3.HARTMANN 500 C IV PARA PASAR 32 CC HORA
4. P/ S/S RADIOGRAFIA DE ABDOMEN, ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
5.INTERCONSULTA
-S/S VALORACION POR NUTRICION, TRABAJO SOCIAL
6.MEDIDAS GENERALES
-CSV Y AV

FECHA EVOLUCION: 2026-03-26 11:13 AM
--HALLAZGO SUBJETIVO URGENCIAS PEDIATRICA
EVOLUCION DE NUTRICION
PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO, EDAD 5 AÑOS 11 DIAS DE VIDA, DIAGNOSTICO:
1- MARASMO NUTRICIONAL SECUNDARIO
2- DELGADEZ
3.RETRASO EN TALLA
4.PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE
5-ESQUINZENCEFALIA (REPORTE DE TAC 2025)
6-PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
7-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO

--HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO, EDAD 5 AÑOS 11 DIAS DE VIDA, PESO 7.7 KG, TOLERANDO A AMBIENTE, CON DIAGNOSTICO ESQUINZENCEFALIA (REPORTE DE TAC 2025) PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO, DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA, (TIPO MARASMO), PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE, INDICACION DE LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 220 ML, SEGUN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), INICIAR PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGUN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM), APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, CON LA FINALIDAD DE CUBRIR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES, ASISTIDO POR ENFERMERIA.
REPORTE DE LABORATORIOS (27/03/2026)
ALBUMINA 5.06 G/DL
HEMOGLOBINA 11.4 G/DL , HEMATOCRITO 34.7%
CREATININA 0.43 MG/DL

--ANALISIS (JUSTIFICACION): ANTROPOMETRIA, F N 17/03/2021
PESO 7.7 KG, TALLA 87 CM, PC 45 CM, PT 48 CM, PB 11 CM, IMC 12.17%
T/E Z -3.07 <-2 RETRASO EN TALLA
IMC/E Z -5.84 <-2 DELGADEZ
REQUERIMIENTO ENERGETICO 600-800 KCAL/DIA.

--PLAN (DESCRIPCION): - CUIDADOS E HIGIENE DE LA GASTROSTOMIA
- LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 220 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGUN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO ENFERMERIA
- PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGUN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM), APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- EDUCACION NUTRICIONAL, MADRE SUSTITUTA (CBF, SEÑORA LUZ MARINA MENDOZA, TEMA: ESTADO NUTRICIONAL, PLAN DE ALIMENTACION NUTRICIONAL ESTABLECIDO, (26/03/2026)

FECHA EVOLUCION: 2026-03-29 02:39 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO RONDA MEDICA 6AM
EVOLUCION PEDIATRIA
MEDICO GENERAL: ANDREA GARCIA

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE SE ENCUENTRA BAJO DIAGNOSTICO DE:
-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUINZENCEFALIA (TAC 2025)
-PCI
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA

*NEUROLOGICO: SECUELAR, ESPASTICO, NO CONVULSIONES, DESCONECTADO DEL MEDIO, NO SEDENTE,

REPORTE DE ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: PIELECTASIA IZQUIERDA GRADO I (HIDRONEFROSIS IZQUIERDA LEVE Y PIELECT...
DE 12 MM DE DIAMETRO AP)
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS ANTES REFERIDOS, EN SEGUIMIENTO CLÍNICO. DURANTE LA VALORACIÓN ACTUAL SE OBSERVA COMPROMISO IMPORTANTE DEL ESTADO NUTRICIONAL, CON BAJO PESO PARA LA EDAD, DISMINUCIÓN DE MASA MUSCULAR Y TEJIDO ADIPOSO, ASÍ COMO SIGNOS CLÍNICOS DE DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA. SE EVIDENCIA ADEMÁS LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA, ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR Y DEPENDENCIA PARA LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS, ALIMENTACIÓN ATRAVES DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA FUNCIONAL SIN SIGNOS DE INFECCIONES O EXTRAVACCION DE ALIMENTACION, PACIENTE CON ANTENCEDENTE DE ESTREÑIMIENTO EN MANEJO CON PEG SIN EMBARGO QUIEN REFIERE LA AUSENCIA DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 72 HORAS POR LO QUE SE ORDENA ENE JABONOSO EVACUATORIO , SE CONTINÚA MANEJO INTERDISCIPLINARIO, CON ÉNFASIS EN SOPORTE NUTRICIONAL INTENSIVO, AJUSTE DE REQUERIMIENTOS CALÓRICO-PROTEICOS Y VALORACIÓN POR NUTRICIÓN, SE CONSIDERA NECESIDAD DE SEGUIMIENTO ESTRECHO PARA MONITORIZACIÓN DE GANANCIA PONDERAL, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS, MANTENIENDO PRONÓSTICO RESERVADO DADA LA SEVERIDAD DEL CUADRO.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): PESO 7.6KG

1.HOSPITALIZAR
2.ALIMENTACION :
- LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO POR ENFERMERIA. /// NUEVO//
- PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM), APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA. // NUEVO//
3.HARTMAN 32CC HORA
4.PARACLINICOS
-NO
5.INTERCONSULTA
-SEGUIMIENTO POR NUTRICION,
- PTE VALORACION POR TRABAJO SOCIAL
6.MEDIDAS GENERALES
-CSV Y AV

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-03-28 02:51 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO
PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE SE ENCUENTRA BAJO DIAGNOSTICO DE:
-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUINZENCEFALIA (TAC 2025)
-PCI
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA
- ESTREÑIMIENTO POR AP
--HALLAZGO OBJETIVO: -TRABAJO SOCIAL.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE PREVIAMENTE CONOCIDO EN LA INSTITUCIÓN. CASO REPORTADO AL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF) DURANTE SU PRIMERA ESTANCIA HOSPITALARIA. EN EL INGRESO ACTUAL, EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DEL ICBF, CON ACOMPAÑAMIENTO DE MADRE SUSTITUTA.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): -ATENTA A CUALQUIER EVENTUALIDAD.

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-03-29 12:59 AM
--HALLAZGO SUBJETIVO ******* INGRESO A SALA DE HOSPITALIZACION TORRE B ALA A *******

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE SE ENCUENTRA BAJO DIAGNOSTICO DE:

-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUINZENCEFALIA (TAC 2025)
-PCI
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA
- ESTREÑIMIENTO POR AP
--HALLAZGO OBJETIVO: SV FC: 95 FR: 21 TEM: 36.2 SAT: 98

CCC: MICROCEFALO, CABELLOS CORTOS, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, LEVE ESPASTICIDAD, NARINAS PERMEABLES CON SECRECIONES HIALINAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES, SIALORREICO
*HEMODINAMICO: PRECORDIO CALMO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PERFUSION DISTAL MENOR 3 SEGUNDOS, PULSOS DE BUEN TONO
*RESPIRATORIO: TÓRAX SIMÉTRICO, AUTOMATISMO RESPIRATORIO REGULAR, ENTRADA DE AIRE SIMETRICA SIN AGREGADOS
*RENAL: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, DIURESIS PRESENTE
*GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS AUDIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL , LIGERAMENTE DISTENDIDO,NO DOLOROSO PORTADOR DE GASTROSTOMIA
*METABOLICO: EMACIADO,
*INFECCIOSO: NO FIEBRE
*HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO ACTIVO
*NEUROLOGICO: SECUELAR, ESPASTICO, NO CONVULSIONES, DESCONECTADO DEL MEDIO, NO SEDENTE,

28/03/26
GLUCOSA 80 CREAT 0.43 NA 140 K 4.65 104 ALBUMINA 5.06
AST 40 ALT 21.14 PCR <0.60 BT 0.30 BC 0.0 BNC 0.09
HB 11.4 HTO 34.7 LEUC 7.33 NEUT 48.2% LINF 46.1% PLQ 300.000 PTT 40.2 PT 10.9 INR 1.13

ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: PIELECTASIA IZQUIERDA GRADO I (HIDRONEFROSIS IZQUIERDA LEVE Y PIELECTASIA DE 12 MM DE DIAMETRO AP)

—ANALISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA A SALA DE HOSPITALIZACION CON DIAGNOSTICOS Y ANTECEDENTES MENCIONADOS. EN SEGUIMIENTO CLÍNICO. DURANTE LA VALORACIÓN ACTUAL SE OBSERVA COMPROMISO IMPORTANTE DEL ESTADO NUTRICIONAL, CON BAJO PESO PARA LA EDAD, DISMINUCIÓN DE MASA MUSCULAR Y TEJIDO ADIPOSO, ASÍ COMO SIGNOS CLÍNICOS DE DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA. SE EVIDENCIA ADEMÁS LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA. ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR Y DEPENDENCIA PARA LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS. ALIMENTACION ATRAVES DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA FUNCIONAL SIN SIGNOS DE INFECCIONES O EXTRAVACCION DE ALIMENTACION. SE ESPERA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN. SE CONSIDERA NECESIDAD DE SEGUIMIENTO ESTRECHO PARA MONITORIZACIÓN DE GANANCIA PONDERAL. POR LO ANTERIOR, PACIENTE CONTINÚA EN ESTANCIA HOSPITALARIA BAJO VIGILANCIA CLÍNICA. EN VIGILANCIA CLÍNICA. ACOMPAÑANTE INFORMADA SOBRE EL ESTADO ACTUAL, IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y PLAN DE MANEJO. QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LO INDICADO.

—PLAN (DESCRIPCION): PESO 7.6KG

1.-HOSPITALIZAR
2.-ALIMENTACION :
-LOCLADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML. POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA); ASISTIDO POR ENFERMERIA. (NUEVO)
- PEDISURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML. DAR 146.66 ML. POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM) APORTE 440 ML. 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA. ///
3.-HARTMAN 30CC HORA
4.-PARACLINICOS
-NO
5.-INTERCONSULTA
-SEGUIMIENTO POR NUTRICION.
-TRABAJO SOCIAL
6.-MEDIDAS GENERALES
-OS Y AV

FECHA EVOLUCION: 2025-03-29 03:01 PM
—HALLAZGO SUBJETIVO RONDA PEDIATRICA: DRA GLADYS CUARTAS
MEDICO GENERAL: ANA MEDRANO

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE SE ENCUENTRA BAJO DIAGNOSTICO DE:

-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUIZENCEFALIA (TAC 2025)
-PC
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA
- ESTREÑIMIENTO POR AP
—HALLAZGO OBJETIVO: CCC: MICROCEFALO, CABELLOS CORTOS, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, LEVE ESPASTICIDAD, NARINAS PERMEABLES CON SECRECIONES HIALINAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES, SIALORREICO
-HEMODINAMICO: PRECORDIO CALMO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. PERFUSION DISTAL MENOR 3 SEGUNDOS, PULSOS DE BUEN TONO
-RESPIRATORIO: TORAX SIMETRICO, AUTOMATISMO RESPIRATORIO REGULAR, ENTRADA DE AIRE SIMETRICA SIN AGREGADOS
-RENAL: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, DIURESIS PRESENTE
-GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS AUDIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL , LIGERAMENTE DISTENDIDO,NO DOLOROSO PORTADOR DE GASTROSTOMIA
-METABOLICO: EMACIADO.
-INFECCIOSO: NO FIEBRE
-HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO ACTIVO
-NEUROLOGICO: SECUELAR, ESPASTICO, NO CONVULSIONES, DESCONECTADO DEL MEDIO, NO SEDENTE.

—ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES MENCIONADOS. DURANTE LA VALORACIÓN ACTUAL SE OBSERVA COMPROMISO DEL ESTADO NUTRICIONAL, CON BAJO PESO PARA LA EDAD, DISMINUCIÓN DE MASA MUSCULAR Y TEJIDO ADIPOSO, ASÍ COMO SIGNOS CLÍNICOS DE DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA. SE EVIDENCIA ADEMÁS LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA. ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR Y DEPENDENCIA PARA LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS. ALIMENTACION ATRAVES DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA FUNCIONAL SIN SIGNOS DE INFECCIONES O EXTRAVACCION DE ALIMENTACION. SE ESPERA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN. SE CONSIDERA NECESIDAD DE SEGUIMIENTO ESTRECHO PARA MONITORIZACION DE GANANCIA PONDERAL. POR LO ANTERIOR, PACIENTE CONTINÚA EN ESTANCIA HOSPITALARIA BAJO VIGILANCIA CLÍNICA. EN VIGILANCIA CLÍNICA. ACOMPAÑANTE INFORMADA SOBRE EL ESTADO ACTUAL, IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y PLAN DE MANEJO. QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LO INDICADO.
—PLAN (DESCRIPCION): VER ORDENES MEDICAS

FECHA EVOLUCIÓN: 2025-03-30 11:20 AM
—HALLAZGO SUBJETIVO HOSPITALIZACION TORRE B
EVOLUCION DE NUTRICION
PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO , EDAD 5 AÑOS 13 DIAS DE VIDA, DIAGNOSTICO:
1.- MARASMO NUTRICIONAL SECUNDARIO
2.- DELGADEZ
3.- RETRASO EN TALLA
4.- PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE
5.- ESQUIZENCEFALIA (REPORTE DE TAC 2025)
6.- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

7- TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
8- ESTREÑIMIENTO POR ANTECEDENTE
--HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO, EDAD 5 AÑOS 13 DIAS DE VIDA, PESO 7.7 KG, CON DIAGNOSTICO ANOTADO. NUTRICIONALMENTE CON MARASMO NUTRICIONAL, RETRASO EN TALLA, DELGADEZ. INDICACION DE LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, MAS PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, SEGUN HORARIO ESTABLECIDO, POR GASTROSTOMIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA.

--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): - ANTROPOMETRIA, F.N 17/03/2021
PESO 7.7 KG, TALLA 87 CM, PC 45 CM, PT 48 CM, PB 11 CM, IMC 10.17%
T/E Z: -5.07, <-2, RETRASO EN TALLA
IMC Z: -5.64, <-2, DELGADEZ
REQUERIMIENTO ENERGETICO 900 KCAL/DIA.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): - CUIDADOS E HIGIENE DE LA GASTROSTOMIA
- LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM). - APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- EDUCACION NUTRICIONAL, MADRE SUSTITUTA ICBF, SEÑORA LUZ MARINA MENDOZA, TEMA: ESTADO NUTRICIONAL, PLAN DE ALIMENTACION NUTRICIONAL ESTABLECIDO, (28/03/2026).
- EDUCACION NUTRICIONAL , SRA. MARIA MARZOLA , (AUX. DE ENFERMERIA DE FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ) , TEMA ESTADO NUTRICIONAL , DIETA Y RECOMENDACIONES (30/03/2026).

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-03-30 12:26 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO RONDA PEDIATRIA: DR JORGE ABUCHAR
MEDICO GENERAL: JUAN DIEGO LOPEZ

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE SE ENCUENTRA BAJO DIAGNOSTICO DE:

-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUINZENCEFALIA (TAC 2025)
-PCI
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA
- ESTREÑIMIENTO POR AP
--HALLAZGO OBJETIVO: CCC: MICROCEFALO, CABELLOS CORTOS, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, LEVE ESPASTICIDAD, NARINAS PERMEABLES CON SECRECIONES HIALINAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES, SIALORREICO
*HEMODINAMICO: PRECORDIO CALMO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PERFUSION DISTAL MENOR 3 SEGUNDOS, PULSOS DE BUEN TONO
*RESPIRATORIO: TÓRAX SIMÉTRICO, AUTOMATISMO RESPIRATORIO REGULAR, ENTRADA DE AIRE SIMETRICA SIN AGREGADOS
*RENAL: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, DIURESIS PRESENTE
*GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS AUDIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL , LIGERAMENTE DISTENDIDO,NO DOLOROSO PORTADOR DE GASTROSTOMIA
*METABOLICO: EMACIADO.
*INFECCIOSO: NO FIEBRE
*HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO ACTIVO
*NEUROLOGICO: SECUELAR, ESPASTICO, NO CONVULSIONES, DESCONECTADO DEL MEDIO, NO SEDENTE.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES MENCIONADOS, DURANTE LA VALORACIÓN ACTUAL SE OBSERVA COMPROMISO DEL ESTADO NUTRICIONAL, CON BAJO PESO PARA LA EDAD, DISMINUCIÓN DE MASA MUSCULAR Y TEJIDO ADIPOSO, ASÍ COMO SIGNOS CLÍNICOS DE DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA. SE EVIDENCIA ADEMÁS LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA, ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR Y DEPENDENCIA PARA LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS, ALIMENTACION ATRAVES DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA FUNCIONAL SIN SIGNOS DE INFECCIONES O EXTRAVACCION DE ALIMENTACION, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION EL DIA DE HOY CON PESO 7.7 KG, CON DIAGNOSTICO ANOTADO. NUTRICIONALMENTE CON MARASMO NUTRICIONAL, RETRASO EN TALLA, DELGADEZ. INDICACION DE LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, MAS PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, SEGUN HORARIO ESTABLECIDO, POR GASTROSTOMIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA. PACIENTE CONTINÚA EN ESTANCIA HOSPITALARIA BAJO VIGILANCIA CLÍNICA, EN VIGILANCIA CLINICA. ACOMPAÑANTE INFORMADA SOBRE EL ESTADO ACTUAL, IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y PLAN DE MANEJO, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LO INDICADO.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): VER INDICACIONES MEDICAS

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-03-31 10:30 AM
--HALLAZGO SUBJETIVO HOSPITALIZACION TORRE B
EVOLUCION DE NUTRICION
PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO , EDAD 5 AÑOS 14 DIAS DE VIDA, DIAGNOSTICO:
1- MARASMO NUTRICIONAL SECUNDARIO
2- DELGADEZ
3- RETRASO EN TALLA
4- PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE
5- ESQUINZENCEFALIA (REPORTE DE TAC 2025)
6- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
7- TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
8- ESTREÑIMIENTO POR ANTECEDENTE
--HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO, EDAD 5 AÑOS 14 DIAS DE VIDA, PESO 7.7 KG, TOLERA AIRE AMBIENTE. CON DIAGNOSTICO DE PCI, ESQUIZENCEFALIA, DESNUTRICION TIPO MARASMO, PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE. PACIENTE TOLERA PLAN NUTRICIONAL ESTABLECIDO. CONTINUA EN RECUPERACION NUTRICIONAL.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): ANTROPOMETRIA, F.N 17/03/2021
PESO 7.7 KG, TALLA 87 CM, PC 45 CM, PT 48 CM, PB 11 CM, IMC 10.17%
T/E Z: -5.07, <-2, RETRASO EN TALLA

IMC Z: -5.64, <-2, DELGADEZ
REQUERIMIENTO ENERGETICO 900 KCAL/DIA.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): - CUIDADOS E HIGIENE DE LA GASTROSTOMIA.
- LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM), - APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- EDUCACION NUTRICIONAL, MADRE SUSTITUTA ICBF, SEÑORA LUZ MARINA MENDOZA, TEMA: ESTADO NUTRICIONAL, PLAN DE ALIMENTACION NUTRICIONAL ESTABLECIDO, (28/03/2026).
- EDUCACION NUTRICIONAL , SRA. MARIA MARZOLA , (AUX. DE ENFERMERIA DE FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ) , TEMA: ESTADO NUTRICIONAL , DIETA Y RECOMENDACIONES (31/03/2026).

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-03-31 06:23 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE SE ENCUENTRA BAJO DIAGNOSTICO DE:

-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUINZENCEFALIA (TAC 2025)
-PCI
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA
- ESTREÑIMIENTO POR AP
--HALLAZGO OBJETIVO: CCC: MICROCEFALO, CABELLOS CORTOS, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, LEVE ESPASTICIDAD, MUCOSAS PERMEABLES CON SECRECIONES HIALINAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES, SIALORREICO
*HEMODINAMICO: PRECORDIO CALMO, RUIDOS CARDÍACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PERFUSION DISTAL MENOR 3 SEGUNDOS, PULSOS DE BUEN TONO
*RESPIRATORIO: TÓRAX SIMÉTRICO, AUTOMATISMO RESPIRATORIO REGULAR, ENTRADA DE AIRE SIMETRICA SIN AGREGADOS
*RENAL: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, DIURESIS PRESENTE
*GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS AUDIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL , LIGERAMENTE DISTENDIDO,NO DOLOROSO PORTADOR DE GASTROSTOMIA
*METABOLICO: EMACIADO,
*INFECCIOSO: NO FIEBRE
*HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO ACTIVO
*NEUROLOGICO: SECUELAR, ESPASTICO, NO CONVULSIONES, DESCONECTADO DEL MEDIO, NO SEDENTE.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES MENCIONADOS, DURANTE LA VALORACIÓN ACTUAL SE OBSERVA COMPROMISO DEL ESTADO NUTRICIONAL, CON BAJO PESO PARA LA EDAD, DISMINUCIÓN DE MASA MUSCULAR Y TEJIDO ADIPOSO, ASÍ COMO SIGNOS CLÍNICOS DE DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA. SE EVIDENCIA ADEMÁS LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA, ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR Y DEPENDENCIA PARA LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS, ALIMENTACION ATRAVES DE GASTROSTOMIA LA CUAL SE ENCUENTRA FUNCIONAL SIN SIGNOS DE INFECCIONES O EXTRAVACCION DE ALIMENTACION, EN SEGUIMIENTO POR NUTRICION QUE INDICA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE PCI, ESQUIZENCEFALIA, DESNUTRICION TIPO MARASMO, PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE. PACIENTE TOLERA PLAN NUTRICIONAL ESTABLECIDO. CONTINUA EN RECUPERACION NUTRICIONAL. . ACOMPAÑANTE INFORMADA SOBRE EL ESTADO ACTUAL, IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y PLAN DE MANEJO, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LO INDICADO.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): VER ORDENES MEDICAS

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-04-01 10:45 AM
--HALLAZGO SUBJETIVO HOSPITALIZACION TORRE B
EVOLUCION DE NUTRICION
PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO , EDAD 5 AÑOS 15 DIAS DE VIDA, DIAGNOSTICO:
1- MARASMO NUTRICIONAL SECUNDARIO
2- DELGADEZ
3- RETRASO EN TALLA
4- PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE
5- ESQUINZENCEFALIA (REPORTE DE TAC 2025)
6- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
7- TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
8- ESTREÑIMIENTO POR ANTECEDENTE
--HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO, EDAD 5 AÑOS 15 DIAS DE VIDA, PESO 7.7 KG, TOLERA AIRE AMBIENTE. CON DIAGNOSTICO DE PCI, ESQUIZENCEFALIA, DESNUTRICION TIPO MARASMO. PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE. PACIENTE EN RECUPERACION NUTRICIONAL,CON INDICACION DE DIETA LIQUIDA COMPLETA MAS PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL , DAR 146 ML SEGÚN HORARIO (10:00 AM , 3:00 PM , 8:00 PM) , APORTE 440 ML , 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): ANTROPOMETRIA, F.N 17/03/2021
PESO 7.7 KG, TALLA 87 CM, PC 45 CM, PT 48 CM, PB 11 CM, IMC 10.17%
T/E Z: -5.07, <-2, RETRASO EN TALLA
IMC Z: -5.64, <-2, DELGADEZ
REQUERIMIENTO ENERGETICO 900 KCAL/DIA.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): - CUIDADOS E HIGIENE DE LA GASTROSTOMIA
- LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM), - APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- CITA AMBULATORIA PRIORITARIA POR NUTRICION, CON AUTORIZACION DE SU EPS.

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-04-01 10:53 AM
--HALLAZGO SUBJETIVO HOSPITALIZACION TORRE B
EVOLUCION DE NUTRICION
PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO , EDAD 5 AÑOS 15 DIAS DE VIDA, DIAGNOSTICO:
1- MARASMO NUTRICIONAL SECUNDARIO
2- DELGADEZ

4- PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE
5- ESQUINZENCEFALIA (REPORTE DE TAC 2025)
6- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
7- TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
8- ESTREÑIMIENTO POR ANTECEDENTE
--HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE PREESCOLAR, SEXO MASCULINO, EDAD 5 AÑOS 15 DIAS DE VIDA, PESO 7.7 KG, TOLERA AIRE AMBIENTE. CON DIAGNOSTICO DE PCI, ESQUIZENCEFALIA, DESNUTRICION TIPO MARASMO. PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE. PACIENTE EN RECUPERACION NUTRICIONAL,CON INDICACION DE LICUADOS HIPERPROTEICOS MAS PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL , DAR 146.66 ML SEGÚN HORARIO (10:00 AM , 3:00 PM , 8:00 PM) , APORTE 440 ML , 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACION): ANTROPOMETRIA, F.N 17/03/2021
PESO 7.7 KG, TALLA 87 CM, PC 45 CM, PT 48 CM, PB 11 CM, IMC 10.17%
T/E Z: -5.07, <-2, RETRASO EN TALLA
IMC Z: -5.64, <-2, DELGADEZ
REQUERIMIENTO ENERGETICO 900 KCAL/DIA.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): - CUIDADOS E HIGIENE DE LA GASTROSTOMIA
- LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM). - APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- CITA AMBULATORIA PRIORITARIA POR NUTRICION AL EGRESO HOSPITALARIO, CON AUTORIZACION DE SU EPS.

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-04-01 06:13 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO
RONDA PEDIATRIA : DR JORGE ABUCHAR
MEDICO GENERAL ANA MEDRANO

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE SE ENCUENTRA BAJO DIAGNOSTICO DE:

-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUINZENCEFALIA (TAC 2025)
-PCI
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA
- ESTREÑIMIENTO POR AP
--HALLAZGO OBJETIVO: CCC: MICROCEFALO, CABELLOS CORTOS, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, LEVE ESPASTICIDAD, NARINAS PERMEABLES CON SECRECIONES HIALINAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES, SIALORREICO
*HEMODINAMICO: PRECORDIO CALMO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PERFUSION DISTAL MENOR 3 SEGUNDOS, PULSOS DE BUEN TONO
*RESPIRATORIO: TORAX SIMETRICO, AUTOMATISMO RESPIRATORIO REGULAR, ENTRADA DE AIRE SIMETRICA SIN AGREGADOS
*RENAL: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, DIURESIS PRESENTE
*GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS AUDIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL , LIGERAMENTE DISTENDIDO,NO DOLOROSO PORTADOR DE GASTROSTOMIA
*METABOLICO: EMACIADO,
*INFECCIOSO: NO FIEBRE
*HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO ACTIVO
*NEUROLOGICO: SECUELAR, ESPASTICO, NO CONVULSIONES. DESCONECTADO DEL MEDIO, NO SEDENTE.
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES MENCIONADOS, AFEBRIL TOLERA VIA ORAL , SIN CONVULSIONES , BUEN PATRON RESPIRATORIO , VALORADO POR NUTRICION QUIEN INDICA PESO 7.7 KG. TOLERA AIRE AMBIENTE. CON DIAGNOSTICO DE PCI, ESQUIZENCEFALIA, DESNUTRICION TIPO MARASMO. PORTADOR DE GASTROSTOMIA FUNCIONANTE. PACIENTE EN RECUPERACION NUTRICIONAL,CON INDICACION DE DIETA LIQUIDA COMPLETA MAS PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL , DAR 146 ML SEGÚN HORARIO (10:00 AM , 3:00 PM , 8:00 PM) , APORTE 440 ML , 660 KCAL/DIA, ASISTIDO POR ENFERMERIA. . ACOMPAÑANTE INFORMADA SOBRE EL ESTADO ACTUAL, IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y PLAN DE MANEJO, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LO INDICADO.
--PLAN (DESCRIPCIÓN): VER ORDENES MEDICAS

FECHA EVOLUCIÓN: 2026-04-02 12:35 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO RONDA PEDIATRIA : DR NATALIA POSSO
MEDICO GENERAL MOISES RAMOS

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE SE ENCUENTRA BAJO DIAGNOSTICO DE:

-DESNUTRICION AGUDA SEVERA SECUNDARIA TIPO MARASMO
-TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO
-ESQUINZENCEFALIA (TAC 2025)
-PCI
-PORTADOR DE GASTROSTOMIA
- ESTREÑIMIENTO POR AP
--HALLAZGO OBJETIVO: CCC: MICROCEFALO, CABELLOS CORTOS, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, LEVE ESPASTICIDAD, NARINAS PERMEABLES CON SECRECIONES HIALINAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES, SIALORREICO
*HEMODINAMICO: PRECORDIO CALMO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, PERFUSION DISTAL MENOR 3 SEGUNDOS, PULSOS DE BUEN TONO
*RESPIRATORIO: TORAX SIMETRICO, AUTOMATISMO RESPIRATORIO REGULAR, ENTRADA DE AIRE SIMETRICA SIN AGREGADOS
*RENAL: GENITALES NORMOCONFIGURADOS, DIURESIS PRESENTE
*GASTROINTESTINAL: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS AUDIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL , LIGERAMENTE DISTENDIDO,NO DOLOROSO PORTADOR DE GASTROSTOMIA
*METABOLICO: EMACIADO,
*INFECCIOSO: NO FIEBRE
*HEMATOLOGICO: SIN SANGRADO ACTIVO
*NEUROLOGICO: SECUELAR, ESPASTICO, NO CONVULSIONES. DESCONECTADO DEL MEDIO, NO SEDENTE.

--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES MENCIONADOS, AFEBRIL TOLERA VIA ORAL , SIN CONVULSIONES , BUEN PATRON RESPIRATORIO , VALORADO POR NUTRICION QUIEN INDICA PESO 7.7 KG, TOLERA AIRE AMBIENTE. CON DIAGNOSTICO DE PCI, ESQUIZENCEFALIA, DESNUTRICION TIPO MARASMO, PORTADOR DE [illegible] GASTROSTOMIA FUNCIONANTE. PACIENTE EN RECUPERACIÓN NUTRICIONAL CON INDICACION DE DIETA LIQUIDA COMPLETA [illegible] PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL , DAR 146 ML SEGÚN HORARIO (10:00 AM , 3:00 PM , 8:00 PM) , APORTE 440 ML , 660 KCAL/DIA, DADO SU PATOLOGIA SE INFORMA A FAMILIAR QUE NO TENDRÁ UN AUMENTO DE PESO EXPONENCIAL POR LO CUAL SE DECIDE DAR EGRESO MEDICO, CON FORMULACION MEDICA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
--PLAN (DESCRIPCIÓN): EGRESO MEDICO
CUIDADOS E HIGIENE DE LA GASTROSTOMIA
- LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO POR ENFERMERIA.
- PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM). - APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA,
CITA DE CONTROL EN 10 DIAS CON NUTRICION
CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON PEDIATRIA.

- **MEDICAMENTOS**

DATOS DEL EGRESO

- **PLAN DE SEGUIMIENTO**
  EGRESO MEDICO CUIDADOS E HIGIENE DE LA GASTROSTOMIA - LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO POR ENFERMERIA. - PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM). - APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, CITA DE CONTROL EN 10 DIAS CON NUTRICION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON PEDIATRIA.

- **CAUSA DE SALIDA**
  TIPO CAUSA : ORDEN MEDICA
  REMITIDO A : EGRESO MEDICO CUIDADOS E HIGIENE DE LA GASTROSTOMIA - LICUADOS HIPERPROTEICOS, DAR 200 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA), ASISTIDO POR ENFERMERIA. - PEDIASURE CLINICAL 1.5 KCAL/ML, BOTELLA 220 ML, DAR 146.66 ML, POR GASTROSTOMIA, SEGÚN HORARIO (10:00 AM, 3:00 PM, 8:00 PM). - APORTE 440 ML, 660 KCAL/DIA, CITA DE CONTROL EN 10 DIAS CON NUTRICION CITA DE CONTROL EN 15 DIAS CON PEDIATRIA.

Natalia Maria Posso Urzola
CC 1102848994 de Sincelejo

PROFESIONAL : NATALIA MARIA POSSO URZOLA
CC - 1102848994 - T.P 1102848994
ESPECIALIDAD - PEDIATRIA

Casa del Niño

CLINICA MATERNO INFANTIL CASA DEL NINO S.A.S	NIT : 812004939	CL 39 N 5-15 MONTERIA - CORDOBA	TELEFONOS: 3107246412
Fecha Impresión : 2026-04-02			
Identificación: RC 1071440835	Paciente: SEVERIANO JARUPIA DOMICO	Edad : 5 Años Sexo :M Fecha nacimiento:2021-03-17	HC : RC1071440835
Cliente : ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EPS-S	Plan : MUTUAL SER EPS SUBSIDIADO	Tipo Afiliado: SUBSIDIADO	
Profesional: NATALIA MARIA POSSO URZOLA		Especialidad: PEDIATRIA	

SOLICITUD DE SERVICIOS

4259778 - 890383 - (1)CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

Fecha: 2/04/2026

Observación:

Natalia Maria Posso Urzola
C.C. 1102848994 de Sincelejo

Profesional: NATALIA MARIA POSSO URZOLA
CC - 1102848994 **T.P** - 1102848994
Especialidad - PEDIATRIA

4259777 - 890306 - (1)CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA

Fecha: 2/04/2026

Observación:

Natalia Maria Posso Urzola
C.C. 1102848994 de Sincelejo

Profesional: NATALIA MARIA POSSO URZOLA
CC - 1102848994 **T.P** - 1102848994
Especialidad - PEDIATRIA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: E46X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA NO ESPECIFICADA

Natalia Maria Posso Urzola
C.C. 1102848994 de Sincelejo

Banco AV Villas | Grupo AVAL

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Archivos Cargados

Empresa: **FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ**

Tipo Identificación: **Nit persona jurídica** **No. Identificación:** **900064245**

Generado por: **LIZETH CARMEN PADILLA**

Tipo Archivo: Pagos a Terceros

Código Transacción	32
Código Banco Destino	0007
Código Plaza Destino	0025
Número Identificación Destino	34990194
Tipo Identificación Destino	01
Número Producto Destino	38379522359
Tipo Producto Destino	1
Nombre Beneficiario	MARIA MARZOLA
Indicador Mas Adendas	0
Valor Transacción	$1,072,344.00
Indicador Validación	1

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

MILAGROS PATERNINA CUADRADO

Montería - Córdoba

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ

NIT. 900064245-7

DEBE A:

IRANIA ANDREA VILORIA SIERRA
C.c No. 1.067.954.876 de monteria
LA SUMA DE: DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y DOS PESOS ($ 269.052) MCTE.

POR CONCEPTO DE ACOMPAÑAMIENTO HOZPITALARIO DE LA NIÑA MILAGROS MARTINEZ CUADRADO QUIEN ESTA HOSPITALIZADA EN LA FUNDACION AMIGOS DE LA SALUD CON FECHA DE INGRESO 31/03/2026 HASTA EL DIA 19/04/2026.

DESCRIPCION:

TURNOS NOCTURNOS	NOMBRE:	IRANIA ANDREA VILORIA SIERRA		CC:	1.067.954.876			TELEFONO:			3134781725	
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	MIERCOLES 01 7PM-7AM	JUEVES 02 7PM-7AM										**TOTAL**
	$ 105.276	$ 163.776										**$ 269.052**

ESTOS FUERON LOS DIAS QUE ESTUVE COMO ACOMPAÑANTE DEL NNA
MUCHAS GRACIAS QUEDO ATENTA A CUALQUIER INQUIETUD

Atentamente

Irania Viloria

IRANIA ANDREA VILORIA SIERRA

C.C NO. 1.067.954.876 DE MONTERIA

VALOR POR HORAS DE ACOMPAÑAMIENTO	
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNA	$ 8.773
DO. DIURNA	$ 11.373
DO. NOCTIRNA	$ 13.648

DATOS DEL PACIENTE				
Paciente:	MILAGROS MARTINEZ CUADRADO		No de historia:	106595591
Identificacion	RC 1067986755			
fecha de Naci:	12/01/2026	Edad	0 Año(s), 3 Mes(es)	
Empresa:	NUEVA EPS		Estrato	SUBSIDIADO
Direccion	CRA 4A N° 34W JUAN XXIII		Sexo:	F
Telefono			Municipio	MONTERIA
Tipo	Celular Movil Privado		acompañamineto hospitalario	
fecha de ingreso:			fecha inicial de atencion:	1/04/2026 19:00
Ingreso:	31/03/2026	18:23	fecha final de atencion:	02/04/2026 07:00AM
Egreso:	19/04/2026 0:00	20:07		

URNOS DIURN	NOMBRE:	IRANIA ANDREA VILORIA SIERRA				CC:	1.067.954.876		TELEFONO:	3134781725		
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	MIERCOLES 01 7AM-7PM	JUEVES 02 7AM-7PM										TOTAL
												$ -

NOS NOCTUR	NOMBRE:	IRANIA ANDREA VILORIA SIERRA				CC:	1.067.954.876		TELEFONO:	3134781725		
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	MIERCOLES 01 7PM-7AM	JUEVES 02 7PM-7AM										TOTAL
	$ 105.276	$ 163.776										$ 269.052

#¡REF!	
CUENTA DE NEQUI N°	$ 269.052
3134781725	

CUENTA DE NEQUI N°	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.067.954.876**

VILORIA SIERRA

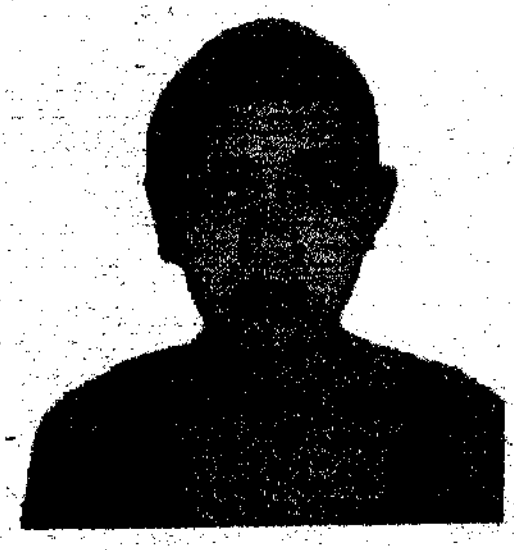
APELLIDOS

IRANIA ANDREA

NOMBRES

Irania Viloria

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1996**

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-JUN-2015 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1300100-00734545-F-1067954876-20150818 **0045**902708A 2 38041354

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Clase: 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14526891551

(415)7707212409984802(8020)0000014526891551

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1067954876 | 6. DV: 3 | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 13. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

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

27. Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VILORIA	SIERRA	IRANIA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: TV 91 CL 131 C 90 15 AP 233 BL 22 CONJ LA PALMA I BRR SUBA

42. Correo electrónico: andreaviloria21@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 4 5 0 0 6 3 3 5 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACION

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 20190522

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión o reactivación del Registro Único Tributario (RUT) deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios a que hubiere lugar, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 de 2016. Decreto número al diligenciar 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:

934. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMATICA

935. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 07-04-2026 10:24:46AM

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO PROTECCIÓN**	F1.P13.P	31/12/2020
	FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO HOGAR SUSTITUTO	Versión 2	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **BLANCA HOYOS VERBEL** para que se autorice el acompañamiento durante la hospitalización del usuario **MILAGROS MARTINEZ CUADRADO,** Identificado con **R.C N° 1067986755** quien se encuentra ubicado(a) en el **HOGAR SUSTITUTO** a cargo de **MILADYS NARVAEZ PADILLA C.C N°50908247**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **MILAGROS MARTINEZ CUADRADO,** que será realizado por **IRANIA ANDREA VILORIA SIERRA** identificada con cedula de ciudadanía No 1067954876, durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la clínica Valle del Sinú de la ciudad de Montería.

La presente se expide en la ciudad de Montería a l 1 día del mes Abril del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA

nombre

Cargo: Supervisora de CA # 23006922025

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

CERTIFICADO DE IDONEIDAD
(ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO)

La fundación labriegos por la paz certifica que **IRANIA ANDREA VILORIA SIERRA** identificada con cedula de ciudadanía N° 1067954876, luego de realizada la revisión de referencias personales, familiares y laborales y luego de realizado el estudio a sus hojas de vida han demostrado idoneidad en el desempeño de sus actividades laborales, se verifica antecedentes judiciales, disciplinarios, fiscales y medidas correctivas, adicionalmente se constata que son personas responsables y con experiencia en el manejo de la población de niños, niñas y adolescentes.

Cordialmente,

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT: 900.064.245-7
R/LEGAL. KATIA CECILIA BRUNAL CABRALES
C.C N° N°50.921.046

CARRERA 15 #16-08
BARRIO URBINA MONTERÍA -CORDOBA TEL: 3123935483 - 3112168278 E-MAIL:
funlapazhs@gmail.com

Gmail

FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>

Solicitud de acompañamiento intrahospitalario - NNA MMC SIM 20499143

Blanca Dolly Hoyos Verbel <Blanca.HoyosV@icbf.gov.co> 1 de abril de 2026 a las 16:16
Para: "funlapazhs2024@gmail.com" <funlapazhs2024@gmail.com>
Cc: Carmenza Cano Buitrago <Carmenza.Canon@icbf.gov.co>

Señores
Fundación Labriegos Cuadrados

SIM 20499143
NNA Milagros Martínez Cuadrado

Atendiendo las recomendaciones y las solicitudes de la madre sustituta encargada del cuidado de la niña Milagros Martínez Cuadrado, respetuosamente solicito se brinde acompañamiento hospitalario, toda vez que se requiere la permanencia de una persona en las instalaciones de la clínica para garantizar el adecuado acompañamiento de la NNA.

Agradezco dar trámite a la presente solicitud con la mayor celeridad posible.

Cordialmente,

BLANCA DOLLY HOYOS VERBEL
Defensora de Familia Supermumeraria

Gmail

HOGARES SUSTITUTOS <funlapazhs@gmail.com>

RV: Solicitud de acompañamiento Hospitalario MILAGROS MARTINEZ

1 mensaje

Patricia Teresa Ojeda Estrada <Patricia.Ojeda@icbf.gov.co> 1 de abril de 2026 a las 5:50 p.m.
Para: funlapazhs <funlapazhs@gmail.com>, FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>
CC: Rocio Ines Correa Pacheco <Rocio.Correa@icbf.gov.co>, Blanca Dolly Hoyos Verbel <Blanca.HoyosV@icbf.gov.co>

Cordial saludo Operador FUNLAPAZ:

En atención a lo solicitado en correo que antecede, a la justificación de la Autoridad Administrativa y a los soportes aportados por ustedes, me permito autorizar en calidad de supervisora de Contrato recursos para acompañamiento hospitalario a la NNA MILAGROS MARTÍNEZ CUADRADO hospitalizada en la fundación amigos de la salud- clínica valle del Sinú, a partir de esta noche

Cordialmente

[cid:image001.png@01DCC1FF.30CA2E50]

De: FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>
Enviado el: miércoles, 1 de abril de 2026 5:19 p. m.
Para: Patricia Teresa Ojeda Estrada <Patricia.Ojeda@icbf.gov.co>
Asunto: Solicitud de acompañamiento Hospitalario MILAGROS MARTINEZ

Buenas tardes Doctora
Patricia Ojeda

Saludos cordiales.

A través de la presente solicito se aprueben recursos para acompañamiento hospitalario a la NNA MILAGROS MARTÍNEZ CUADRADO la cual se encuentra hospitalizada en la clinica Valles del sinú y la madre sustituta no puede quedarse al cuidado del niño en clinica porque tiene otros usuarios a su cuidado.

Adjunto certificado de hospitalización, hoja de vida del acompañante hospitalario, formato de autorización de de acompañamiento hospitalario, certificado de idoneidad del acompañante hospitalario y Correo de solicitud de la autoridad administrativa.

Quedamos atentos

Cordialmente

6 archivos adjuntos

BIENESTAR FAMILIAR

image001.png
122K

formato autorizacion Acompa Hospitalario Milagros Martinez.pdf
128K

CERTIFICADOS DE IDONEIDAD FUNLAPAZ.pdf
167K

certificado de hospitalización.pdf
381K

Gmail - Solicitud de acompañamiento intrahospitalario - NNA MMC SIM 20499143.pdf
91K

HOJA DE VIDA ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO.pdf
3956K

Paciente:
1067986755 - MARTINEZ CUADRADO MILAGRO

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA - URGENCIAS

Datos del afiliado

Identificación: RC 1067986755 Sexo: Femenino Fecha de Nacimiento: 12/01/2026 Edad: 2 meses, 19 días
Departamento: Cordoba Ciudad: MONTERIA
Dirección: CRA 4 A N 34 W BARRIO JUAN 23 Zona: Urbana
Ocupación: No Aplica
Escolaridad:
Programa:
Contratante: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. NUEVA EPS S.A Autorizacion: 306248128
Teléfonos: 3107383904 Plan: ISS01 TARIFACUPS-S
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional
Profesional: 1003048987 - YEIKEN STEVEN PLAZA GARCIA Especialidad: Medicina Rural

Admisión

No Admision: 0100216095 Fecha Ingreso: 31/03/2026 18:23 Fecha Alta: 19/04/2026 20:07
Via de ingreso: URGENCIA
Causa Externa: Enfermedad General Habitación: UCEP_N06
Medico Ingreso: YEIKEN STEVEN PLAZA GARCIA Medico Tratante: ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
DX Ingreso: A689 FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA
Tipo Dx: ImpreDx
Acompañante: MILADIS NARVAEZ Parentesco: MADRE SUSTITUTA Contacto: 3107383904
Responsable:

Diagnósticos

Principal (Impresión Diagnóstica): (A689) FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA.
Relacionado (Impresión Diagnóstica): (T835) INFECCION Y REACCION INFLAMATORIA DEBIDAS A DISPOSITIVO PROTESICO, IMPLANTE E INJERTO EN EL SISTEMA .

Signos Vitales

FC: 55lat/min FR: 14res/min GLASGOW: 0UDS IMC: 15.80Cm PESO: 3.20kg SAT: 0AA
TA: 0mm/hg TALLA: 45.00cm TEMP: 38.00°C

HISTORIA CLINICA INICIAL DE URGENCIA PEDIATRICA

CAUSA EXTERNA: 13. Enfermedad General

MOTIVO DE LA CONSULTA:" LLEVA VARIOS DIAS CON FIEBRE"

ENFERMEDAD ACTUAL: LACTANTE MENOR DE 2 MESES, PRODUCTO DE EMBARAZO A TÉRMINO (38 SEMANAS), CON ANTECEDENTES DE MÚLTIPLES MALFORMACIONES CONGÉNITAS (ANOFTALMIA, ADACTILIA EN AMBOS PIES, MICROCEFALIA), PORTADORA DE GASTROSTOMÍA Y CON ANTECEDENTE NEUROQUIRÚRGICO RECIENTE (DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTERNA Y DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL EL 12/03/2026 POR HIDROCEFALIA), QUIEN ES TRAÍDA POR MADRE SUSTITUTA POR SÍNDROME FEBRIL PERSISTENTE. PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 10 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR PICOS FEBRILES PERSISTENTES, CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN PREVIA EN UCI DONDE SE REALIZARON ESTUDIOS SIN IDENTIFICAR FOCO CLARO, CON EGRESO POSTERIOR. DADO EL ANTECEDENTE DE NEUROCIRUGÍA RECIENTE Y DERIVACIÓN VENTRICULAR, EN VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA SE PLANTEA SOSPECHA DE INFECCIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN, POR LO CUAL ES REMITIDA PARA MANEJO INTRAHOSPITALARIO. A SU INGRESO A URGENCIAS EN REGULAR ESTADO GENERAL, FEBRIL (38 °C), IRRITABLE PERO CONSOLABLE, CON LLENADO CAPILAR CONSERVADO. DEBIDO A SÍNDROME FEBRIL EN CONTEXTO DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL RECIENTE, CON PROBABILIDAD DE INFECCIÓN ASOCIADA A DISPOSITIVO HASTA DEMOSTRAR LO CONTRARIO, POR LO CUAL SE DECIDE INGRESO PARA REALIZACION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y VALORACION POR PEDIATRIA Y NEUROCIRUGIA PEDIATRICA.

IMPRESION DIAGNOSTICA:
- SINDROME FEBRIL EN ESTUDIO
- INFECCIOND E DERIVACION VENTRICULOPERITONEAL A DESCARTAR

RIEGO SOCIOFAMILIARES

¿ CUENTA CON ACCESO A SERVICIO ?
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

EXAMEN FISICO

Imprime: YULIETH PAOLA PEREZ ORTIZ.

Paciente:
1067986755 - MARTINEZ CUADRADO MILAGRO

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA - URGENCIAS

ASPECTO: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO GLOBALMENTE, COLABORA CON LA ENTREVISTA.

CABEZA, CUELLO, CARA: CABEZA SIN LESIONES EVIDENTES, NO SE PALPAN MASAS EN CUERO CABELLUDO O CRÁNEO.
OJOS CON PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVA A LA LUZ; ANICTERICAS Y CONJUNTIVA PALPEBRAL ROSADA, VISIÓN ADECUADA DE LEJOS Y PARA LA VISIÓN DE CERCA, CAMPO VISUAL POR CONFRONTACIÓN NORMAL. FONDO DE OJO: ROJO PUPILAR PRESENTE, PUPILAS DE BORDES NETOS, RETINA ROSADA, SIN EXUDADOS NI HEMORRAGIAS. FOSAS NASALES: PERMEABLES. SIN EXUDADOS NI HEMORRAGIAS ACTIVAS O ESTIGMAS DE SANGRADO.
BOCA: DIENTES EN BUEN ESTADO; MUCOSA ORAL HÚMEDA Y ROSADA, FARINGE ROSADA SIN ALTERACIONES.
ORL: PABELLONES AURICULARES BIEN IMPLANTADOS, NO OTORRAGIAS, NO OTOLIQUIAS, A LA OTOSCOPIA SE APRECIA MEMBRANA TIMPÁNICA BRILLANTE NORMOTENSA, CONDUCTO PERMEABLE.
CUELLO: SIMÉTRICO, MÓVIL, NO DOLOR A LA PALPACIÓN. GLÁNDULA TIROIDES SE PALPA DE BUEN TAMAÑO. NO SE PALPAN ADENOPATÍAS. NO SE AUSCULTAN SOPLOS CAROTIDEOS, NO HAY INGURGITACIÓN YUGULAR.

ABDOMEN: SIN CAMBIOS CUTÁNEOS, NO TROFISMOS, PERISTALTISMO PRESENTE, CICATRIZ UMBILICAL NORMAL, NO SE ENCUENTRAN HERNIAS EN LA REGIÓN INGUINAL. AL TACTO SUPERFICIAL, MEDIO Y PROFUNDO ES BLANDO DEPRESIBLE, SIN DOLOR .NO MASAS O MEGALIAS, NO ASCITIS; SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. BAZO: NO SE ENCUENTRA AUMENTADO DE TAMAÑO. RIÑONES: NO SE LOGRAN PALPAR.

GENITALES: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS.

EXTREMIDADES: EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIMETRICAS Y MOVILES SIN LIMITACION FUNCIONAL, NO EDEMA NI ERITEMA, NO SIGNOS DE BOSTEZO, NO CAJON, NO SIGNOS DE MENISCOPATIA EN RODILLAS, MANIOBRA DE LASSEGUE NEGATIVA, MANIOBRA BRAGARD; NEGATIVAS, FUERZA MUSCULAR V/V1 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, PULSOS PERIFERICOS NORMALES EN INTESIDAD, FRECUENCIA, RITMO Y AMPLITUD, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL MENOR DE 2 SEGUNDOS EN DEDOS DE MANOS Y PIES, SIN INESTABILIDAD ARTICULAR, COLUMNA VERTEBRAL DE ASPECTO NORMAL, SIN DESVIACIONES EVIDENTES PATOLOGICAS, SIN SIGNOS NI SINTOMAS INFLAMATORIOS

PIEL: SIN LESIONES RELEVANTES

ANALISIS

ASESORIA PRE TEST VIH:

NEXO EPIDEMIOLOGICO: NO APLICA

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS: ALIMENTACION MEDIANTE FORMULA LACTEA

FACTORES DE RIESGO SOCIAL: NO APLICA

Imprime: YULIETH PAOLA PEREZ ORTIZ.

Paciente:
1067986755 - MARTINEZ CUADRADO MILAGRO

EVOLUCION CUIDADOS INTENSIVOS

Datos del afiliado

Identificación: RC 1067986755 Sexo: Femenino Fecha de Nacimiento: 12/01/2025 Edad: 3 meses, 7 días
Departamento: Cordoba Ciudad: MONTERIA
Dirección: CRA 4 A N 34 W BARRIO JUAN 23 Zona: Urbana
Ocupación: No Aplica
Escolaridad:
Programa:
Contratante: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. NUEVA EPS S.A Autorizacion: 308248128
Teléfonos: 3107383904 Plan: ISS01 TARIFACUPS-S
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional
Profesional: 1064990454 - ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA Especialidad: Medicina Critica, Cuidados Intensivos

Admisión

No Admision: 0100216095 Fecha Ingreso: 31/03/2026 18:23 Fecha Alta: 19/04/2026 20:07
Via de Ingreso: URGENCIA Habitación: UCEP_N08
Causa Externa: Enfermedad General Medico Tratante: ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
Medico Ingreso: YEIKEN STEVEN PLAZA GARCIA
DX Ingreso: A689 FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA
Tipo Dx: ImpreDx
Acompañante: MILADIS NARVAEZ Parentesco: MADRE SUSTITUTA Contacto: 3107383904
Responsable:

Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (Q759) MALFORMACION CONGENITA NO ESPECIFICADA DE LOS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA.
Relacionado [Definitivo]: (Z966) OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS.

EVOLUCION SUBJETIVA: EVOLUCIÓN DE LA MAÑANA 19/04/2026
CUIDADOS CRITICOS PEDIÁTRICOS
MILAGRO, MILAGRO, PESO: 3.5 KILOS, TALLA: 50 CENTIMETROS, SCT: 0.2 M2

* CUIDADOS PALIATIVOS*
- POSQUIRÚRGICO INMEDIATO DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DERIVACIÓN CON VÁLVULA DE PRESION MEDIA FIJA PEDIATRICA (16/04/26)
- POSQUIRÚRGICO DE RETIRO DE DERIVACIÓN VENTRICULO PERITONEAL EXTERNA (16/014/2026)
- DISMORFISMO/SINDROME DE MOEBIUS?
- PIE EQUINOVARO BILATERAL.
- FUSIÓN COMPLETA DE HUESOS Y CARTILAGOS EN AMBOS PIES.
- MICROFTALMIA.
- PUNCIÓN LUMBAR 03.04.2026
- NEUROINFECCIÓN DESCARTADA
* REORIENTACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.

INVASIONES:
CATÉTER SUBCLAVIO IZQUIERDO 4 FRENCH X 5 CENTIMETROS
VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (18/04/2026)

TUVO Asistencia invasiva: TUBO 3.5 SIN NEUMOTAPONADOR (16/04/2026-18/04/2026).

EVOLUCION OBJETIVA: OBJETIVO:
PRESIÓN ARTERIAL: 115/65 MILIMETROS DE MERCURIO
PRESION ARTERIAL MEDIA: 85 MMHG (MILIMETOS DE MERCURIO), FRECUENCIA CARDIACA: 100 LATIDOS POR MINUTO. FRECUENCIA RESPIRATORIA: 30 RESPIRACIONES POR MINUTO. TEMPERATURA 36°C, SATURACIÓN DE OXÍGENO: 100%.

BALANCE HIDRICO DE 24 HORAS: INGRESOS: 548 MILILITROS, EGRESOS: 590 MILILITRO, BALANCE: -17 MILILITROS POSITIVO, DIURESIS: 7 MILILITROS/KILO/HORA.

-HEMODINÁMICO: presiones arteriales en percentil P50 para su edad, sin soporte cardiovascular no bajo gasto.
-NEUROLÓGICO: con estado basal, reactiva, pero con estado fluctuante, sin sedación endovenosa,

ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
Especialidad: Medicina Critica, Cuidados Intensivos
Identificación: 1064990454
N° Registro: 1064990454

Imprime: YULIETH PAOLA PEREZ ORTIZ.

EVOLUCION CUIDADOS INTENSIVOS

No impresiona convulsiones.
-VENTILATORIO: en asistencia ventilatoria VMNI, con interfase CPAP NASAL, IPAP: 15, EPAP: 5. Fracción inspirada de oxígeno: 0.40%. Mecánica respiratoria irregular. Murmullo vesicular presente roncus ocasionales.
-GASTROINTESTINAL: abdomen blando, continua en ayuno.
-METABÓLICO: glucometría 135 miligramos/decilitros. Sin clínica de trastorno iónico. Sodio: 139.2, potasio: 4.3, cloro:103.
-RENAL: diuresis conservada. No edemas.
- EXTREMIDADES: ADACTILIA EN AMBOS PIES.
- HEMATOLÓGICO: SIN SANGRADO ACTIVO. HEMOGRAMA 17/04/2026: hemoglobina: 12.3 hematocrito: 36.3, plaquetas: 322.000.
-INFECCIOSO. Afebril. No luce séptico, Leucocitos: 20.530, neutrófilos: 64.1% linfocitos: 18.8%.

ANALISIS: Análisis:

MILAGRO, es una paciente lactante menor de 3 meses de edad, ampliamente conocida en la unidad y con diagnósticos anotados, múltiples malformaciones genéticas por lo cual se encuentra en techo terapéutico, está en su posquirúrgico de ultima cirugía neuroquirúrgica de IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DERIVACIÓN CON VÁLVULA DE PRESION MEDIA FIJA PEDIATRICA (16/04/26), con pronóstico ominoso. En asistencia ventilatoria NO invasiva.
Evoluciona desde el punto de vista hemodinámico, estable sin soporte cardiovascular, sin embargo en oportunidades episodios de bradicardia y no tolera desmonte ventilación mecánica no invasiva, queda totalmente controlada por presión. La diuresis está conservada, no presenta trastorno iónico para corregir. No tolera reinicio de aporte enteral, queda ayunada, y con requerimientos metabólicos endovenosos.
No luce séptica, se vigila evolución, se le explica a madre sustituta, la conducta a seguir y se resuelven dudas. SE LE RECUERDA EL TECHO TERAPEUTICO. ELLA ES CONSCIENTE DE ESTADO DE LA MENOR/ CUIDADOS DE FIN DE VIDA.

Plan:
Peso: 3.5 kilos.

Manejo integral en unidad de cuidados intensivos pediátricos.
VENTILACION MECANICA NO INVASIVA CPAP NASAL IPAP: 14, EPAP: 6.
EVITAR MANIOBRAS FUTILES O EXAGERADAS. TECHO TERAPEUTICO/CUIDADOS PALIATIVOS.
CUIDADOS AL FIN DE VIDA.

ESCALA DE GLASGOW
APERTURA OCULAR: Ausencia De Respuesta
RESPUESTA VERBAL: Sonidos Incomprensibles
RESPUESTA MOTORA: Flexion Anormal

RESUMEN: Paciente lactante menor de 3 meses de edad, ampliamente conocida en la unidad y con diagnósticos anotados, múltiples malformaciones genéticas por lo cual se encuentra en techo terapéutico, está en su posquirúrgico de ultima cirugía neuroquirúrgica de IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DERIVACIÓN CON VÁLVULA DE PRESION MEDIA FIJA PEDIATRICA (16/04/26), con pronóstico ominoso. En asistencia ventilatoria NO invasiva.

JUSTIFICACION DE ESTANCIA: VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
CUIDADOS DE FIN DE VIDA/PALIATIVO.

RESULTADOS PARA CLINICOS: NO NUEVOS
ESCALA DE BRADEN: RIESGO ALTO <= 12
ESCALA DE DOWNTON: MEDIO 3-4

ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
Especialidad: Medicina Crítica, Cuidados Intensivos
Identificación: 1064990454
N° Registro: 1064990454

Imprime: YULIETH PAOLA PEREZ ORTIZ.

Paciente:
1067986755 - MARTINEZ CUADRADO MILAGRO

EVOLUCION CUIDADOS INTENSIVOS

Datos del afiliado

Identificación: RC 1067986755 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 12/01/2026 **Edad:** 3 meses, 7 dias
Departamento: Cordoba **Ciudad:** MONTERIA
Dirección: CRA 4 A N 34 W BARRIO JUAN 23 **Zona:** Urbana
Ocupación: No Aplica
Escolaridad:
Programa:
Contratante: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. NUEVA EPS S.A **Autorizacion:** 308248128
Teléfonos: 3107383904 **Plan:** ISS01 TARIFACUPS-S
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional
Profesional: 1064990454 - ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA **Especialidad:** Medicina Critica, Cuidados Intensivos

Admisión

No Admision: 0100216095 **Fecha Ingreso:** 31/03/2026 18:23 **Fecha Alta:** 19/04/2026 20:07
Via de Ingreso: URGENCIA
Causa Externa: Enfermedad General **Habitación:** UCEP_N08
Medico Ingreso: YEIKEN STEVEN PLAZA GARCIA **Medico Tratante:** ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
DX Ingreso: A689 FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA
Tipo Dx: ImpreDx
Acompañante: MILADIS NARVAEZ **Parentesco:** MADRE SUSTITUTA **Contacto:** 3107383904
Responsable:

Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (Q759) MALFORMACION CONGENITA NO ESPECIFICADA DE LOS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA.

EVOLUCION SUBJETIVA: EVOLUCIÓN ANEXA Y ACTA DE DEFUNCIÓN 19/04/2026

HORA DE FALLECIMIENTO 6:50 PM, ACTA DE DEFUNCIÓN: 26043920100292

CUIDADOS CRITICOS PEDIÁTRICOS
MILAGRO, MILAGRO, PESO: 3.5 KILOS, TALLA: 50 CENTIMETROS, SCT: 0.2 M2

* CUIDADOS PALIATIVOS*
- POSQUIRÚRGICO INMEDIATO DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DERIVACIÓN CON VÁLVULA DE PRESION MEDIA FIJA PEDIATRICA (16/04/26)
- POSQUIRÚRGICO DE RETIRO DE DERIVACIÓN VENTRICULO PERITONEAL EXTERNA (16/014/2026)
- DISMORFISMO/SINDROME DE MOEBIUS?
- PIE EQUINOVARO BILATERAL.
- FUSIÓN COMPLETA DE HUESOS Y CARTILAGOS EN AMBOS PIES.
- MICROFTALMIA.
- PUNCIÓN LUMBAR 03.04.2026
- NEUROINFECCIÓN DESCARTADA
* REORIENTACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.

INVASIONES:
CATÉTER SUBCLAVIO IZQUIERDO 4 FRENCH X 5 CENTIMETROS
VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (16/04/2026).
TUVO Asistencia invasiva: TUBO 3.5 SIN NEUMOTAPONADOR (16/04/2026-18/04/2026).

PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN CUIDADOS DE FINAL DE VIDA, CON TECHO TERAPEUTICO PRESENTA MAYOR DETERIORO CLINICO DURANTE TODA LA TARDE DETERIORO CLÍNICO NOTORIO, DESATURACIÓN Y BRADICARDIA SOSTENIDA, CON POSTERIOR CESE DE ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA, SE CORROBORA AUSENCIA DE REFLEJOS DE TALLO Y INDICA HORA DE FALLECIMIENTO A LAS 6:50 PM 19/04/2026.

SE HIZO ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO Y / NOTIFICACIÓN A MADRE SUSTITUTA QUIEN ERA CONOCEDORA DEL ESTADO CRITICO DE LA MENOR.

SE REALIZA ACTA DE DEFUNCIÓN NÚMERO: 26043920100292

ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
Especialidad: Medicina Critica, Cuidados Intensivos
Identificación: 1064990454
N° Registro: 1064990454

Imprime: YULIETH PAOLA PEREZ ORTIZ.

Paciente:
1067986755 - MARTINEZ CUADRADO MILAGRO

EVOLUCION CUIDADOS INTENSIVOS

EVOLUCION OBJETIVA: LO REFERIDO

ANALISIS: PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN CUIDADOS DE FINAL DE VIDA, CON TECHO TERAPEUTICO PRESENTA MAYOR DETERIORO CLINICO DURANTE TODA LA TARDE DETERIORO CLÍNICO NOTORIO, DESATURACIÓN Y BRADICARDIA SOSTENIDA, CON POSTERIOR CESE DE ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA, SE CORROBORA AUSENCIA DE REFLEJOS DE TALLO Y INDICA HORA DE FALLECEIMIENTO A LAS 6:50 PM 19/04/2026.

ACTA DE DEFUNCIÓN: 26043920100292

ESCALA DE GLASGOW
APERTURA OCULAR: Ausencia De Respuesta
RESPUESTA VERBAL: Ausencia De Respuesta
RESPUESTA MOTORA: Ausencia De Respuesta

RESUMEN: PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN CUIDADOS DE FINAL DE VIDA, CON TECHO TERAPEUTICO PRESENTA MAYOR DETERIORO CLINICO DURANTE TODA LA TARDE DETERIORO CLÍNICO NOTORIO, DESATURACIÓN Y BRADICARDIA SOSTENIDA, CON POSTERIOR CESE DE ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA, SE CORROBORA AUSENCIA DE REFLEJOS DE TALLO Y INDICA HORA DE FALLECEIMIENTO A LAS 6:50 PM 19/04/2026.

JUSTIFICACION DE ESTANCIA: NOTA DE FALLECIMIENTO

RESULTADOS PARA CLINICOS: RADIOGRAFIA DE TORAX: CON SILUETA CARDIACA AMPLIA, CON ATELECTASIA BASAL.
ESCALA DE BRADEN: RIESGO ALTO <= 12
ESCALA DE DOWNTON: BAJO 0-2

ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
Especialidad: Medicina Critica, Cuidados Intensivos
Identificación: 1064990454
N° Registro: 1064990454

Imprime: YULIETH PAOLA PEREZ ORTIZ.

FUNDACION AMIGOS DE LA SALUD
812005522-1
Teléfonos: 3165290693 ó 3165296702

Dirección: CALLE 27 NRO 11 35 - MONTERIA

Atención N° 0106663156
Fecha de Atención: 19/04/2026

Paciente:
1067986755 - MARTINEZ CUADRADO MILAGRO

EVOLUCION HEMATOLOGÍA PEDIATRICA

Datos del afiliado

Identificación: RC 1067986755 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 12/01/2026 **Edad:** 3 meses, 7 días
Departamento: Cordoba **Ciudad:** MONTERIA
Dirección: CRA 4 A N 34 W BARRIO JUAN 23 **Zona:** Urbana
Ocupación: No Aplica
Escolaridad:
Programa:
Contratante: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. NUEVA EPS S.A **Autorizacion:** 308248128
Teléfonos: 3107383904 **Plan:** ISS01 TARIFACUPS-S
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional
Profesional: 72200128 - FABIO JAVIER MOLINA MORALES **Especialidad:** Hematologia y Oncologia Pediatra

Admisión

No Admision: 0100215095 **Fecha Ingreso:** 31/03/2026 18:23 **Fecha Alta:** 19/04/2026 20:07
Via de Ingreso: URGENCIA
Causa Externa: Enfermedad General **Habitación:** UCEP_N08
Medico Ingreso: YEIKEN STEVEN PLAZA GARCIA **Medico Tratante:** ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
DX Ingreso: A689 FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA
Tipo Dx: ImpreDx
Acompañante: MILADIS NARVAEZ **Parentesco:** MADRE SUSTITUTA **Contacto:** 3107383904
Responsable:

Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (Q759) MALFORMACION CONGENITA NO ESPECIFICADA DE LOS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA.

FABIO JAVIER MOLINA MORALES
Especialidad: Hematologia y Oncologia Pediatra
Identificación: 72200128
N° Registro:

Imprime: YULIETH PAOLA PEREZ ORTIZ

FUNDACION AMIGOS DE LA SALUD

812005522-1

Teléfonos: 3165290693 ó 3165296702

Dirección: CALLE 27 NRO 11 35 - MONTERIA

Atención N° 0106663230
Fecha de Atención: 19/04/2026

Paciente:
1067986755 - MARTINEZ CUADRADO MILAGRO

ALTA MEDICA

Datos del afiliado

Identificación: RC 1067986755 **Sexo:** Femenino **Fecha de Nacimiento:** 12/01/2026 **Edad:** 3 meses, 7 días
Departamento: Cordoba **Ciudad:** MONTERIA
Dirección: CRA 4 A N 34 W BARRIO JUAN 23 **Zona:** Urbana
Ocupación: No Aplica
Escolaridad:
Programa:
Contratante: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. NUEVA EPS S.A **Autorizacion:** 308248128
Teléfonos: 3107383904 **Plan:** ISS01 TARIFACUPS-S
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional
Profesional: 1064990454 - ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA **Especialidad:** Medicina Critica, Cuidados Intensivos

Admisión

No Admision: 0100216095 **Fecha Ingreso:** 31/03/2026 18:23 **Fecha Alta:** 19/04/2026 20:07
Via de Ingreso: URGENCIA
Causa Externa: Enfermedad General **Habitación:** UCEP_N08
Medico Ingreso: YEIKEN STEVEN PLAZA GARCIA **Medico Tratante:** ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
DX Ingreso: A689 FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA
Tipo Dx: ImpreDx
Acompañante: MILADIS NARVAEZ **Parentesco:** MADRE SUSTITUTA **Contacto:** 3107383904
Responsable:

Diagnósticos

Principal [Impresión Diagnóstica]: (Q759) MALFORMACION CONGENITA NO ESPECIFICADA DE LOS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA.

ALTA MEDICA

RECOMENDACIONES: PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN CUIDADOS DE FINAL DE VIDA, CON TECHO TERAPEUTICO PRESENTA MAYOR DETERIORO CLINICO DURANTE TODA LA TARDE DETERIORO CLÍNICO NOTORIO, DESATURACIÓN Y BRADICARDIA SOSTENIDA, CON POSTERIOR CESE DE ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA, SE CORROBORA AUSENCIA DE REFLEJOS DE TALLO Y INDICA HORA DE FALLECEIMIENTO A LAS 6:50 PM 19/04/2026.

ACTA DE DEFUNCIÓN: 26043920100292

PLAN DE CUIDADO: PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN CUIDADOS DE FINAL DE VIDA, CON TECHO TERAPEUTICO PRESENTA MAYOR DETERIORO CLINICO DURANTE TODA LA TARDE DETERIORO CLÍNICO NOTORIO, DESATURACIÓN Y BRADICARDIA SOSTENIDA, CON POSTERIOR CESE DE ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA, SE CORROBORA AUSENCIA DE REFLEJOS DE TALLO Y INDICA HORA DE FALLECEIMIENTO A LAS 6:50 PM 19/04/2026.

ACTA DE DEFUNCIÓN: 26043920100292

PAUTAS PARA EL AUTOCUIDADO: PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN CUIDADOS DE FINAL DE VIDA, CON TECHO TERAPEUTICO PRESENTA MAYOR DETERIORO CLINICO DURANTE TODA LA TARDE DETERIORO CLÍNICO NOTORIO, DESATURACIÓN Y BRADICARDIA SOSTENIDA, CON POSTERIOR CESE DE ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA, SE CORROBORA AUSENCIA DE REFLEJOS DE TALLO Y INDICA HORA DE FALLECEIMIENTO A LAS 6:50 PM 19/04/2026.

ACTA DE DEFUNCIÓN: 26043920100292

SIGNOS DE ALARMA Y ACTIVIDADES RELACIONADAS: PACIENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN CUIDADOS DE FINAL DE VIDA, CON TECHO TERAPEUTICO PRESENTA MAYOR DETERIORO CLINICO DURANTE TODA LA TARDE DETERIORO CLÍNICO NOTORIO, DESATURACIÓN Y BRADICARDIA SOSTENIDA, CON POSTERIOR CESE DE ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIA, SE CORROBORA AUSENCIA DE REFLEJOS DE TALLO Y INDICA HORA DE FALLECEIMIENTO A LAS 6:50 PM 19/04/2026.

ACTA DE DEFUNCIÓN: 26043920100292

ALVAREZ GALVAN ELIANA MARIA
Especialidad: Medicina Critica, Cuidados Intensivos
Identificación: 1064990454
N° Registro: 1064990454

Imprimió: YULIETH PAOLA PEREZ ORTIZ.

Banco AV Villas Grupo AVAL

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Archivos Cargados

Empresa: **FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ**

Tipo Identificación: **Nit persona jurídica** **No. Identificación:** **900064245**

Generado por: **LIZETH CARMEN PADILLA**

Tipo Archivo: Pagos a Terceros

Código Transacción	32
Código Banco Destino	0551
Código Plaza Destino	0025
Número Identificación Destino	1067954876
Tipo Identificación Destino	01
Número Producto Destino	3134781725
Tipo Producto Destino	1
Nombre Beneficiario	IRANIA VILORIA
Indicador Mas Adendas	0
Valor Transacción	$269,052.00
Indicador Validación	1

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

ANGEL PEREZ SALAZAR

Montería - Córdoba

VALOR POR HORAS DE ACOMPAÑAMIENTO	
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNA	$ 8.773
DO. DIURNA	$ 11.373
DO. NOCTIRNA	$ 13.648

DATOS DEL PACIENTE				
Paciente:	ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR		No de historia:	209888
Identificacion	RC 1,078,106,065			
fecha de Naci:	22/06/2025	Edad	0 Año(s), 10 Mes(es)	
Empresa:	COMFACHOCO		Estrato	SUBSIDIADO
Direccion	BARRIO OFEL ISTMINA		Sexo:	M
Telefono	3209734717		Municipio	MONTERIA
Tipo	Celular Movil Privado		acompañamineto hospitalario	
fecha de ingreso:			fecha inicial de atencion:	29/03/2026 07:00PM
Ingreso:	27/02/2026		fecha final de atencion:	09/04/2026 07:00AM
Egreso:	A LA FECHA			

SEMANA 1	NOMBRE:	KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN			CC:	1.067.942.540		TELEFONO:	3006522174	
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS DIURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM									
	DOMINGO 29 7PM-7AM	LUNES 307PM-7AM	MARTES 31 7PM-7PM	MIERCOLES 01 7PM-7AM	JUEVES 02 7PM-7AM	VIERNES 03 7AM-7PM	SABADO 04 7PM-7AM			TOTAL
	$ 163.776	$ 105.276	$ 105.276	$ 105.276	$ 163.776	$ 163.776	$ 105.276			$ 912.432

SEMANA 2	NOMBRE:	KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN			CC:	1.067.942.540		TELEFONO:	3006522174	
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS DIURNOS DESDE 6:00 AM HASTA LAS 6:00 PM									
	DOMINGO 05 7PM-7AM	LUNES 06 7PM-7AM	MARTES 07 7PM-7PM	MIERCOLES 08 7PM-7AM						TOTAL
	$ 163.776	$ 105.276	$ 105.276	$ 105.276						$ 479.604

URNOS DIURN	NOMBRE:	ANGELICA MARIA MEZA MONTES			CC:	26.201.963		TELEFONO:				
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	DOMINGO 29 7AM-7PM	LUNES 30 7AM-7PM	MARTES 31 7AM-7PM	MIERCOLES 01 7AM-7PM	JUEVES 02 7AM-1PM	VIERNES 03 7AM-7PM	SABADO 04 7AM-7PM	DOMINGO 05 7AM-7PM				TOTAL
	$ 136.476	$ 78.000	$ 78.000	$ 78.000	$ 136.476	$ 136.476	$ 78.000	$ 136.476				$ 857.904

URNOS DIURN	NOMBRE:	MONICA ARROYO VIOLET			CC:	1.067.881.590		TELEFONO:	3126255015			
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	LUNES 06 7AM-7PM	MARTES 07 7AM-7PM	MIERCOLES 08 7AM-7PM									TOTAL
	$ 78.000	$ 78.000	$ 78.000									$ 234.000

#¡REF!	
CUENTA DE NEQUI N°	$ 2.483.940
0	

Clínica La Esperanza
Fe, amor y servicio

LA SUSCRITA LIDER SIAU DE CLINICA LA ESPERANZA DE MONTERÍA S.A.S

CERTIFICA:

Que el menor **ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR** identificado con número de **RC.1078106065** de **Quibdó - Chocó,** se encuentra hospitalizado en nuestra institución, desde el día 27 de febrero de 2026, hasta nueva orden. Se encuentra en su compañía **LUZ PATRICIA PEREZ** quien es la madre biológica del paciente, identificada con el número de **CC.1077172505** de **Quibdó – Chocó.** A cargo de la menor está la madre sustituta **ANGELICA MARIA BONFANTE PINEDA** identificada con número de **CC.1067839969** de **Montería – Córdoba**.

Esta constancia se expide por solicitud del interesado y se firma en Montería a los 15 días del mes de abril de 2026.

Atentamente,

Balentina Hoyos Hernández
Psicóloga
C.C. 1067941233
T.P. 175898

Balentina Hoyos Hernández
Líder de SIAU
Cel.3107244260
E- mail: atencion.usuario@clinicalaesperanza.co

CLINICA LA ESPERANZA MONTERIA S.A.S
Nit: 900005955
Cod prestador: 230010109801
Dirección: CALLE 12 # 4-58 BARRIO BUENAVISTA
Teléfono: (4) 7848903 - 7869501
Correo: info@clinicaesperanza.co

EPICRISIS

Indentificación: RC-1078106065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Días
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

INGRESO A URGENCIAS

Clasificación de triage: 3 **Fecha ingreso:** 2026-02-27 16:13 **Servicio de ingreso:** URGENCIAS
El paciente llega por sus propios medios: No
En que estado llego el paciente: Consciente
Sitio de ocurrencia: -
Motivo consulta: "ESTA DESNUTRIDO"
Enfermedad actual: SE TRATA DE LACTANTE MASCULINO DE 8 MESES DE EDAD, CON PESO ACTUAL DE 5,600 GRAMOS, QUIEN INGRESA EN CALIDAD DE REMITIDO DESDE EL HOSPITAL EDUARDO SANTOS POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN. INICIALMENTE FUE VALORADO EN EL CENTRO REMISOR, REMITIDO DESDE CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA, CON REQUERIMIENTO DE INTERVENCIÓN POR TRABAJO SOCIAL ANTE SOSPECHA DE INADECUADA ATENCIÓN MATERNA. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR EL CUADRO NUTRICIONAL, EL PACIENTE PRESENTÓ CAÍDA DESDE LOS BRAZOS DE LA MADRE, CON POSTERIOR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO LEVE, SIN DOCUMENTACIÓN DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. EN HORAS DE LA NOCHE POSTERIOR AL EVENTO PRESENTÓ PICOS FEBRILES Y, AL DÍA SIGUIENTE, EPISODIO COMPATIBLE CON CONVULSIÓN TÓNICA AISLADA. NO SE REPORTA SOMNOLENCIA, IRRITABILIDAD MARCADA NI INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL POSTERIOR AL TRAUMA. DURANTE LA MISMA INTERNACIÓN PRESENTÓ CUADRO DE GASTROENTERITIS AGUDA. COMO ANTECEDENTE PERINATAL, SE REFIERE PREMATURIDAD EXTREMA, PRODUCTO DE SEGUNDA GESTACIÓN, CON EDAD GESTACIONAL AL NACER DE 28 SEMANAS, Y ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA, INCLUYENDO EPISODIOS DE BRONQUIOLITIS Y BRONCONEUMONÍA. RECIBIÓ MANEJO ANTIBIÓTICO INTRAHOSPITALARIO CON AMPICILINA/SULBACTAM 250 MG CADA 6 HORAS, ENCONTRÁNDOSE EN DÍA 6 DE 7 AL MOMENTO DE LA REMISIÓN. AL INGRESO A ESTA INSTITUCIÓN SE ENCUENTRA EN REGULAR ESTADO GENERAL, CON SIGNOS CLÍNICOS DE DESNUTRICIÓN, AUNQUE ACTIVO, REACTIVO Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SE EXPLICA A LA MADRE EL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE Y LA CONDUCTA A SEGUIR, QUIEN MANIFIESTA COMPRENDER Y ACEPTAR LO INDICADO.
Notificación a la policía: No
Notificación a la familia: No
Notificación al servicio de salud: No

Anamnesis, antecedentes especificos relacionados a esta urgencia:
NACIDO A LAS 28 SMNS POR PARTO VAGINAL - PRODUCTO DE 2 EMBARAZO - VACUNAS AL DIA - AP DE VARIAS INTERNACION LA MAYORIA POR CUADROS RESPIRATORISO

Signos vitales: **Peso:** 5,60 **Talla:** 0,80 **IMC:** 8,75 **Temperatura:** 36.5 **FC:** 100 **FR:** 15 **TAS:** 100 **TAD:** 60 **TAM:** 73,33

Neurológico: MAMA NIEGA PERDIDA DE CONCIENCIA
Órganos de los sentidos: MAMA NIEGA EPISTAXIS
Respiratorio: MAMA REFIERE DISNEA
Cardiovascular: MAMA NIEGA CIANOSIS, PALPITACIONES
Digestivo: MAMA NIEGA DISTENCION ABDOMINIAL
Urinario: MAMA NIEGA PUJOS AL ORINAR
Osteomuscular: MAMA NIEGA DOLOR AL CARGARALA
Piel y tegumentos: MAMA NIEGA LESIONES EN PIEL

Estado de conciencia: ACTIVO
Neurológico y mental: SNC REFLEJOS PRESENTES, SIN DEFICT APARENTE
Orofaríngeo: MUCOSAS HUMEDAS, SIN LESIONES
Cabeza/Cuello/Órganos de los sentidos: NORMOCEFALEA, FONTANELAS NORMOTENSAS, PUPILAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CUELLO MOVIL SIN MASAS
Tórax: TORAX SIMETRICO SIN TIRAJES
Cardio pulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS
Abdomen: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, NO MASAS, PERISTALSIS NORMAL
Genitourinario: GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO
Extremidades y otros: EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES

Médico(a) ingreso: ELIAN ERNESTO GALVAN ARTEAGA
Identificación: CC 1073808066
Firma:

Indentificación: RC-1078106085
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/08/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Días
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

DATOS DE LAS EVOLUCIONES

Fecha de la evolución: 2026-02-27 17:18

Descripción de la evolución:
PACIENTE MASCULINO DE 8 MESES DE EDAD (EDAD CORREGIDA 4 MESES) BAJO IMPRESIÓN DX DE:

- DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA
- RIESGO DE TALLA BAJA
- TRAUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO POR CAIDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR
- SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A LA CAIDA
- PACIENTE OBTENIDO POR PARTO VAGINAL SIN REGISTRO DE CONTROLES PRENATALES
- ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD 28 SEM + SIN INTERNACIÓN EN UCIN
- ANTECEDENTE DE MULTIPLES INTERNACIONES POR CUADRO RESPIRATORIOS, TRAUMA CRANEO ENCEFALICO
- ALTO RIESGO SOCIAL POR INADECUADA INATENCION DE LA MADRE

PACIENTE QUIEN INGRESA EN CALIDAD DE REMITIDO DESDE EL HOSPITAL EDUARDO SANTOS POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN. INICIALMENTE FUE VALORADO EN EL CENTRO REMISOR, REMITIDO DESDE CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA, CON REQUERIMIENTO DE INTERVENCIÓN POR TRABAJO SOCIAL ANTE SOSPECHA DE INADECUADA ATENCIÓN MATERNA. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR EL CUADRO NUTRICIONAL, EL PACIENTE PRESENTÓ CAÍDA DESDE LOS BRAZOS DE LA MADRE, CON POSTERIOR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO LEVE, SIN DOCUMENTACIÓN DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. EN HORAS DE LA NOCHE POSTERIOR AL EVENTO PRESENTÓ PICOS FEBRILES Y, AL DÍA SIGUIENTE, EPISODIO COMPATIBLE CON CONVULSIÓN TÓNICA AISLADA. NO SE REPORTA SOMNOLENCIA, IRRITABILIDAD MARCADA NI INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL POSTERIOR AL TRAUMA. DURANTE LA MISMA INTERNACIÓN PRESENTÓ CUADRO DE GASTROENTERITIS AGUDA. COMO ANTECEDENTE PERINATAL, SE REFIERE PREMATURIDAD EXTREMA, PRODUCTO DE SEGUNDA GESTACIÓN, CON EDAD GESTACIONAL AL NACER DE 28 SEMANAS, Y ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA, INCLUYENDO EPISODIOS DE BRONQUIOLITIS Y BRONCONEUMONÍA. RECIBIÓ MANEJO ANTIBIÓTICO INTRAHOSPITALARIO CON AMPICILINA/SULBACTAM 250 MG CADA 6 HORAS, ENCONTRÁNDOSE EN DÍA 6 DE 7 AL MOMENTO DE LA REMISIÓN. AL INGRESO A ESTA INSTITUCIÓN SE ENCUENTRA EN REGULAR ESTADO GENERAL, CON SIGNOS CLÍNICOS DE DESNUTRICIÓN, AUNQUE ACTIVO, REACTIVO Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SE EXPLICA A LA MADRE EL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE Y LA CONDUCTA A SEGUIR, QUIEN MANIFIESTA COMPRENDER Y ACEPTAR LO INDICADO.

EXAMEN FÍSICO:
PESO: 5.6KG TALLA: 65CM PB: 13CM PC: 43CM FC: 154 FR:39 SATO2:99 TAX:36

ESTADO GENERAL: REGULAR ESTADO GENERAL, PALIDO, AFEBRIL, ESPASTICO
CABEZA, CUELLO: NORMOCÉFALO, FONTANELA AMPLIA, CABELLO ESCASO, RESECO, QUEBRADIZO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PINRAL, NARINAS PERMEABLES, OTOSCOPIA NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, AMÍGDALAS NORMALES, OROFARINGE NORMOCRÓMICA, CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN RIGIDEZ, SIN SIGNOS MENÍNGEOS, NI INGURGITACIÓN YUGULAR
CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SOPLOS, BIEN PERFUNDIDO, PULMONES VENTILADOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, NO SE OBSERVAN TIRAJES
ABDOMEN: DISTENDIDO, PERISTALSIS (+), BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL NI VISCEROMEGALIAS, SE OBSERVA HERNIA UMBILICAL
GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO, DIURESIS (+),
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, CONSERVANDO FUERZA MUSCULAR.
PIEL Y FANERAS: SE OBSERVA PIEL SECA, OPACA Y QUEBRADIZA.
NEUROLÓGICO: SNC SIN DÉFICIT APARENTE, GW: 15/15.

PARACLINICOS: 27/02
HEMOGRAMA:
-LEUCOS 16.0 ERITRO 4.59 HB 9.0 HTO 28.3 VCM 61.7 MCH 19.6 PLAQUE 938 LINFO 59.9 MONO 14.7 NEUTRO 22.6 EOSI 2.40 BASO 0.30
-VSG 10
-UREA 26.12
-CREAT 0.21
-TGO 52.9
-TGP 34.7
-PROTEINAS TOTALES 5.32
-ALBUMINA 4.00

-IONOGRAMA: NA+ 138.0 K+ 5.14 CL 103.6

IMAGENES 27/02:
- RX DE TORAX: SE OBSERVA HIPERINSUFLADA CON ESPESAMIENTO BRONQUICO, SIN FOCO DE CONSOLIDACION NI DERRAME PLEURAL

ANÁLISIS:
PACIENTE MASCULINO DE 8 MESES DE EDAD (EDAD CORREGIDA 4 MESES) BAJO DIAGNÓSTICO ANTES MENCIONADOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, DURANTE RONDA MÉDICA SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE LA MADRE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, DECAÍDO. REVISO PARACLINICOS DE INGRESO QUE REPORTAN ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA, TROMBOSITOSIS REACTIVA, FUNCION RENAL CONSERVADA, FUNCION HEPATICA LIGERAMENTE AUMENTADA, PROTEINAS TOTALES Y ALBUMINAS SIN ALTERACIONES, IONOGRAMA SIN TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS, REVISO RX DE TORAX QUE SE OBSERVA HIPERINSUFLADA CON ESPESAMIENTO BRONQUICO, SIN FOCO DE CONSOLIDACION NI DERRAME PLEURAL. PACIENTE EN VIGENCIA DE DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA + RIESGO DE TALLA BAJA + TRAUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO POR CAIDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR + SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A LA CAIDA, POR LO CUAL SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA MANEJO, CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS SÍNTOMAS. SOLICITO LABORATORIOS E IMAGENES COMPLEMANTARIAS E INTERCONSULTA POR NUTRICION, TRABAJO SOCIAL PARA MEJOR CARACTERIAZACION DEL CUADRO CLINICO. EXPLICO A LA MADRE LA CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR LA CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Indentificación: RC-1078106065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Días
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

Médico(a): MARIA JOSE GARCIA ALVARADO
Indentificación: CC 1067857246
Especialidad: PEDIATRIA
Firma: Maria G.

DATOS DEL EGRESO DE URGENCIAS

Fecha y hora del egreso : 2026-02-26 02:13
Observación de la salida: SE INDICA TRASLADO DE PACIENTE A HOSPITALIZACION
Destino a la salida: Paciente derivado a otro servicio
Estado al salir: Vivo (a)

Aura Fuentes

Médico(a): egreso: AURA CRISTINA FUENTES ORTEGA
Identificación: CC - 1192814108

INGRESO A HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Ingreso: 2026-02-26 02:17 **Servicio de Ingreso:** HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Atención del Parto:

Estado General al ingreso: REGULARES CONDICIONES GENERALES

Motivo del ingreso: "FIEBRE"

Antecedentes patológicos: NIEGA

Antecedentes alergicos: NIEGA

Enfermedad Actual: SE TRATA DE LACTANTE MASCULINO DE 8 MESES DE EDAD, CON PESO ACTUAL DE 5.600 GRAMOS, QUIEN INGRESA EN CALIDAD DE REMITIDO DESDE EL HOSPITAL EDUARDO SANTOS POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN. INICIALMENTE FUE VALORADO EN EL CENTRO REMISOR, REMITIDO DESDE CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA, CON REQUERIMIENTO DE INTERVENCIÓN POR TRABAJO SOCIAL ANTE SOSPECHA DE INADECUADA ATENCIÓN MATERNA. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR EL CUADRO NUTRICIONAL, EL PACIENTE PRESENTÓ CAÍDA DESDE LOS BRAZOS DE LA MADRE, CON POSTERIOR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO LEVE, SIN DOCUMENTACIÓN DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. EN HORAS DE LA NOCHE POSTERIOR AL EVENTO PRESENTÓ PICOS FEBRILES Y, AL DÍA SIGUIENTE, EPISODIO COMPATIBLE CON CONVULSIÓN TÓNICA AISLADA. NO SE REPORTA SOMNOLENCIA, IRRITABILIDAD MARCADA NI INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL POSTERIOR AL TRAUMA. DURANTE LA MISMA INTERNACIÓN PRESENTÓ CUADRO DE GASTROENTERITIS AGUDA. COMO ANTECEDENTE PERINATAL, SE REFIERE PREMATURIDAD EXTREMA, PRODUCTO DE SEGUNDA GESTACIÓN, CON EDAD GESTACIONAL AL NACER DE 28 SEMANAS, Y ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA, INCLUYENDO EPISODIOS DE BRONQUIOLITIS Y BRONCONEUMONÍA. RECIBIÓ MANEJO ANTIBIÓTICO INTRAHOSPITALARIO CON AMPICILINA/SULBACTAM 250 MG CADA 6 HORAS, ENCONTRÁNDOSE EN DÍA 6 DE 7 AL MOMENTO DE LA REMISIÓN. AL INGRESO A ESTA INSTITUCIÓN SE ENCUENTRA EN REGULAR ESTADO GENERAL, CON SIGNOS CLÍNICOS DE DESNUTRICIÓN, AUNQUE ACTIVO, REACTIVO Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SE EXPLICA A LA MADRE EL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE Y LA CONDUCTA A SEGUIR, QUIEN MANIFIESTA COMPRENDER Y ACEPTAR LO INDICADO.

Signos vitales: **Peso:** 5.6 **Talla:** **IMC:** 0 **Temperatura:** 37 **FC:** 145 **FR:** 22 **TAS:** 90 **TAD:** 70 **TAM:** 77

Revisión por sistema

Neurológico:
Órganos de los sentidos: MADRE NIEGA EPIFORA , NIEGA TINNITUS , ACUFENOS , OTTAGIA , OTALGIA
Respiratorio:
Cardiovascular: MADRE NIEGA SOPLO , PALPITACIONES , DOLOR PRECORDIAL
Digestivo: MADRE NIEGA DOLOR ABDOMINAL SINTOMATOLOGIA GASTROINTESTINAL
Urinario: MADRE NIEGA DISURIA , POLAQUIURIA , TENESMO , HEMATURIA , COLURIA
Osteomuscular:
Piel y tegumentos: NIEGA HEMATOMA, PAPULAS , ERITEMA

Indentificación: RC-1078106065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-155 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Dias
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

Examen físico

Estado de conciencia: REGULAR ESTADO GENERAL, PALIDO, AFEBRIL, ESPASTICO

Neurológico y mental: GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT NEUROLOGICO
Orofaringeo: MUCOSA ORAL HUMEDA
Cabeza/Cuello/Órganos de los sentidos: CABEZA, CUELLO: NORMOCÉFALO, FONTANELA AMPLIA, CABELLO ESCASO, RESECO, QUEBRADIZO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS
Tórax: TORAX SIMETRICO , EXPANSIBLE , SIN TIRAJES
Cardio pulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS , PULMONES VENTILADOS MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS
Abdomen: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS O MEGALIAS, PERISTALSIS PRESENTE.
Genitourinario: NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD
Extremidades y otros: EXTREMIDADES SIMTRICAS , EUTROFICAS , LLENADO CPAILAR < 2 SEG , PULSOS DISTALES PRESENTES . SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

Diagnósticos del Ingreso:

R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Pronóstico:
SUJETO A EVOLUCION CLINICA

Médico (a): MANUEL CAMILO VILLADIEGO GONZALEZ **Identificación:** CC - 1193449958 **Firma:**

INGRESO A HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Ingreso: 2026-02-28 14:28 **Servicio de Ingreso:** HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Atención del Parto:

Estado General al Ingreso: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES

Motivo del Ingreso: DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA + RIESGO DE TALLA BAJA + TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO POR CAÍDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR + SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A LA CAÍDA - PACIENTE OBTENIDO POR PARTO VAGINAL SIN REGISTRO DE CONTROLES PRENATALES - ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD 28 SEM + SIN INTERNACIÓN EN UCIN +ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES INTERNACIONES POR CUADRO RESPIRATORIOS+TRAUMA CRANEO ENCEFALICO +ALTO RIESGO SOCIAL POR INADECUADA ATENCIÓN DE LA MADRE

Antecedentes patológicos: NIEGA

Antecedentes alergicos: NIEGA

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 8 MES DE EDAD QIEN INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PRIMER PISO CON DIGNOSTICO DE DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA + RIESGO DE TALLA BAJA + TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO POR CAÍDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR + SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A LA CAÍDA - PACIENTE OBTENIDO POR PARTO VAGINAL SIN REGISTRO DE CONTROLES PRENATALES - ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD 28 SEM + SIN INTERNACIÓN EN UCIN +ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES INTERNACIONES POR CUADRO RESPIRATORIOS+TRAUMA CRANEO ENCEFALICO +ALTO RIESGO SOCIAL POR INADECUADA ATENCIÓN DE LA MADRE,
EN REGULARES CONDICIONES GENERALES , ANIVEL RESOIRATOLRIO TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE , HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , PACIENTE QUE CONTINUA EN SEGUMMIENTO POR ESPECILAIDAD DE PEDIATRIA

Signos vitales: **Peso:** - **Talla:** **IMC:** 0 **Temperatura:** - **FC:** - **FR:** - **TAS:** - **TAD:** - **TAM:** 0

Indentificación: RC-1078106065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Días
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

Revisión por sistema

Neurológico:
Órganos de los sentidos: NIEGA EPIFORA , NIEGA TINNITUS , ACUFENOS , OTTAGIA , OTALGIA
Respiratorio:
Cardiovascular: NIEGA SOPLO , PALPITACIONES , DOLOR PRECORDIAL
Digestivo: NIEGA DOLOR ABDOMINAL SINTOMATOLOGIA GASTROINTESTINAL
Urinario: NIEGA DISURIA , POLAQUIURIA , TENESMO , HEMATURIA , COLURIA
Osteomuscular:
Piel y tegumentos: NIEGA HEMATOMA, PAPULAS , ERITEMA

Examen físico

Estado de conciencia: CONCIENTE, ORIENTADO EN ESPACIO, TIEMPO Y PERSONA
Neurológico y mental: GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT NEUROLOGICO
Orofaríngeo: MUCOSA ORAL HUMEDA
Cabeza/Cuello/Órganos de los sentidos: NORMOCEFALO , PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ , CUELLO MOVIL NO DOLOROSO , NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS
Tórax: TORAX SIMETRICO , EXPANSIBLE , SIN TIRAJES
Cardio pulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS , PULMONES VENTILADOS MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS
Abdomen: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS O MEGALIAS, PERISTALSIS PRESENTE.
Genitourinario: NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD
Extremidades y otros: EXTREMIDADES SIMTRICAS , EUTROFICAS , LLENADO CPAILAR < 2 SEG , PULSOS DISTALES PRESENTES , SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

Diagnósticos del Ingreso:

E46X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA

Pronóstico:

SUJETO A EVOLUCION CLINICA

Médico (a): INDIRA SAUDITH COLON CABRALES **Identificación:** CC -1067840831 **Firma:**

INGRESO A HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Ingreso: 2026-03-23 07:35 **Servicio de Ingreso:** CIRUGIA

Atención del Parto:

Estado General al Ingreso: REACTIVO - ACTIVO

Motivo del ingreso: REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QX

Antecedentes patológicos: - DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA - PARASITOSIS INTESTINAL - LONGITUD BAJA PARA LA EDAD (Z SCORE -3.13) - TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO POR CAÍDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR - SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A LA CAÍDA - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA - HERNIA UMBILICAL - PACIENTE OBTENIDO POR PARTO VAGINAL SIN REGISTRO DE CONTROLES PRENATALES - ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD 28 SEM + SIN INTERNACIÓN EN UCIN - ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES INTERNACIONES POR CUADRO RESPIRATORIOS, TRAUMA CRANEO ENCEFALICO - ALTO RIESGO SOCIAL POR INADECUADA INATENCION DE LA MADRE.

Antecedentes alergicos: NIEGA

Enfermedad Actual: MASCULINO DE 9 MESES DE EDAD, PROCEDENETE DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, INGRESA PARA REALIZACION DE PROCEDIMEINTO (HERNIORRAFIA UMBILICAL), MOTIVO POR EL CUAL INGRESA.

Signos vitales: **Peso:** 5.5 **Talla:** **IMC:** 13,02 **Temperatura:** 36 **FC:** 128 **FR:** 28 **TAS:** 80 **TAD:** 50 **TAM:** 60

Indentificación: RC-1078106065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Días
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

EVOLUCIONES DIARIAS EN HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de la evolución: 2026-04-12 09:28 **Condición de internación:** HOSPITALIZACION PISO 1

Descripcion de la evolución:
PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO DE 8 MESES DE EDAD (EDAD CORREGIDA 5 MESES) BAJO IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE:

- DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA
- PARASITOSIS INTESTINAL
- LONGITUD BAJA PARA LA EDAD (Z SCORE -3.13)
- TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO POR CAÍDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR
- SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A LA CAÍDA
- PACIENTE OBTENIDO POR PARTO VAGINAL SIN REGISTRO DE CONTROLES PRENATALES
- ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD 28 SEM + SIN INTERNACIÓN EN UCIN
- ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES INTERNACIONES POR CUADRO RESPIRATORIOS, TRAUMA CRANEO ENCEFALICO
- ALTO RIESGO SOCIAL POR INADECUADA INATENCION DE LA MADRE

SUBJETIVO: MADRE REFIERE DISCRETA MEJORIA
EXAMEN FÍSICO:
PESO: 6.40 TALLA: 65CM PB: 13CM PC: 43CM FC: 140 FR:36 SATO2:97% TAX:36.7

ESTADO GENERAL: REGULAR ESTADO GENERAL, PALIDO, AFEBRIL, ESPASTICO
CABEZA, CUELLO: NORMOCÉFALO, FONTANELA AMPLIA, CABELLO ESCASO, RESECO, QUEBRADIZO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PINRAL, NARINAS PERMEABLES, OTOSCOPIA NORMAL, MUCOSA ORAL HÚMEDA, AMÍGDALAS NORMALES, OROFARINGE NORMOCRÓMICA, CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN RIGIDEZ, SIN SIGNOS MENÍNGEOS, NI INGURGITACIÓN YUGULAR
CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SOPLOS, BIEN PERFUNDIDO, PULMONES VENTILADOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, NO SE OBSERVAN TIRAJES
ABDOMEN: DISTENDIDO, PERISTALSIS (+), BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL NI VISCEROMEGALIAS, SE OBSERVA HERNIA UMBILICAL
GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO, DIURESIS (+).
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, CONSERVANDO FUERZA MUSCULAR,
PIEL Y FANERAS: SE OBSERVA PIEL SECA, OPACA Y QUEBRADIZA,
NEUROLÓGICO: SNC SIN DÉFICIT APARENTE, GW: 15/15.

PARACLÍNICOS 02/04:
- HEMOGRAMA: LEUCOS 15.3 ERITR 5.23 HB 10.4 HTO 31.9 VCM 61.0 HCM 19.9 CHCM 32.6 PLAQ 618 LINF% 50.8 MONO% 15.2 NEUT% 27.2 EOSI% 6.51 BASO% 0.20 VMP: 9.2
-VSG: 11
-PCR <6

PARACLINICOS 01/03:
-UROCULTIVO: NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACIÓN
-HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMÁTICO 1 Y 2 NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACIÓN

PARACLÍNICOS 28/02:
-GLUCOSA 93
- TIEMPOS DE COAGULACION: TP 15.00 INR 1.29 TPT 36.9
-PCR <6
-TSH 0.74
-T4L 1.76

PARACLÍNICOS 27/02:
-HEMOGRAMA: LEUCOS 16.0 ERITRO 4.59 HB 9.0 HTO 28.3 VCM 61.7 MCH 19.6 PLAQUE 938 LINFO 59.9 MONO 14.7 NEUTRO 22.6 EOSI 2.40 BASO 0.30
-VSG 10
-FUNCION RENAL: UREA 26.12 CREAT 0.21
-TRANSAMINASAS: TGO 52.9 TGP 34.7
-PROTEÍNAS TOTALES 5.32
-ALBÚMINA 4.00
-IONOGRAMA: NA+ 138.0 K+ 5.14 CL 103.6

IMÁGENES 01/03
-ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: DUCTUS PERSISTENTE CON REPERFUSION HEMODINAMICA

IMÁGENES 27/02:
- RX DE TÓRAX: SE OBSERVA HIPERINSUFLADA CON ESPESAMIENTO BRONQUIAL, SIN FOCO DE CONSOLIDACIÓN NI DERRAME PLEURAL

ANÁLISIS:
PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO DE 9 MESES DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA BAJO PROTECCIÓN DE BIENESTAR FAMILIAR, HOSPITALIZADO EN SALA GENERAL DE PRIMER PISO EN COMPAÑÍA DE MADRE BIOLÓGICA Y MADRE SUSTITUTA BAJO DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES ANTERIORMENTE DESCRITOS. DURANTE RONDA MÉDICA ENCUENTRO A PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL. ACTUALMENTE LO ENCUENTRO EN MEJOR ESTADO, SIN EMBARGO AUN CON EL PESO FUERA DE METAS POR LO QUE SE LE RECALCA A LA MADRE LA IMPORTANCIA DE SER ADHERENTE AL TRATAMIENTO. PACIENTE EN VIGENCIA DE DESNUTRICIÓN AGUDA + PARASITOSIS INTESTINAL + LONGITUD BAJA PARA LA EDAD + TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO POR CAÍDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR + SÍNDROME CONVULSIVO

Indentificación: RC-1078106065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Días
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

SECUNDARIO A LA CAÍDA POR LO QUE CONTINÚA HOSPITALIZADO PARA MANEJO, CONTROL Y VIGILANCIA DE SU SINTOMATOLOGÍA. EXPLICO A LA MADRE LA CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR LA CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR .

Médico (a): MARIA JOSE GARCIA ALVARADO **Identificación:** CC- 1067857246 **Firma:** Maria G.

EVOLUCIONES DIARIAS EN HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de la evolución: 2026-04-13 09:03 **Condición de internación:** HOSPITALIZACION PISO 1

Descripcion de la evolución:
PSICOLOGIA
****

PACIENTE MASCULINO DE 9 MESES, SE LE REALIZA SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA, PACIENTE Y MADRE BIOLOGICOS QUIENES EN EL MOMENTO PERMANECEN EN COMPAÑIA DE POR PARTE DE MADRE SUSTITUTA ANGELICA BONFANTE-3178947613,
MADRE BIOLÓGICA QUIEN ESTA UN POCO COLABORADORA CON LAS INDICACIONES MEDICAS, MADRE SUSTITUTA QUIEN ESTA AL PENDIENTE Y VIGILANDO AL MENOR SOBRE CUALQUIER TOMA DE DECISION.

PACIENTE BAJO PROTECCION DE BIENESTAR, Y A CARGO DE MADRE SUSTITUTA.

Médico (a): MARIA CAMILA MONTES **Identificación:** CC- 1003403591 **Firma:**

EVOLUCIONES DIARIAS EN HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de la evolución: 2026-04-13 10:57 **Condición de internación:** HOSPITALIZACION PISO 1

Descripcion de la evolución:
**********PEDIATRIA**********

PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO DE 8 MESES DE EDAD (EDAD CORREGIDA 5 MESES) BAJO IMPRESIÓN DIAGNOSTICOA DE:

- DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA
- PARASITOSIS INTESTINAL
- LONGITUD BAJA PARA LA EDAD (Z SCORE -3.13)
- TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO POR CAÍDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR
- SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A LA CAÍDA
- INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
- PACIENTE OBTENIDO POR PARTO VAGINAL SIN REGISTRO DE CONTROLES PRENATALES
- ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD 28 SEM + SIN INTERNACIÓN EN UCIN
- ANTECEDENTE DE MÚLTIPLES INTERNACIONES POR CUADRO RESPIRATORIOS, TRAUMA CRANEO ENCEFALICO
- ALTO RIESGO SOCIAL POR INADECUADA INATENCION DE LA MADRE

SUBJETIVO: MADRE REFIERE PERSISTENCIA DE LA CONGESTION NASAL Y HABER PRESENTADO 4 EPSIDOSIOS (INICIO A LAS 5 AM DE HOY) DE DE DEPOSICIONES DE CONSSITENCIA PASTOSA.

EXAMEN FÍSICO:

Indentificación: RC-1078106065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Días
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

PESO: 5.400 KG TALLA: 65CM PB: 13 CM PC: 43CM FC: 180 FR:36 SATO2:95 TAX:37.5

ESTADO GENERAL: REGULAR ESTADO GENERAL, PÁLIDO, AFEBRIL, ESPASTICO, QUEJUMBROSO.
CABEZA, CUELLO: NORMOCÉFALO, FONTANELA AMPLIA, CABELLO ESCASO, RESECO, QUEBRADIZO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PINRAL, NARINAS PERMEABLES, OTOSCOPIA NORMAL, MUCOSA ORAL HÚMEDA, AMÍGDALAS NORMALES, OROFARINGE NORMOCRÓMICA, CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN RIGIDEZ, SIN SIGNOS MENÍNGEOS, NI INGURGITACIÓN YUGULAR
CARDIOPULMONAR: TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN SOPLOS, BIEN PERFUNDIDO, PULMONES VENTILADOS, PRESENCIA DE RONCUS Y SIBILANCIA A LA AUSCULTACION, SE OBSERVAN LEVES TIRAJES INTERCOSTALES
ABDOMEN: DISTENDIDO, PERISTALSIS (+), BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL NI VISCEROMEGALIAS, SE OBSERVA HERNIA UMBILICAL
GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO, DIURESIS (+),
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMA, CONSERVANDO FUERZA MUSCULAR, SE OBSERVA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN REGIÓN LATERAL DEL ANTEBRAZO AUMENTO DE TAMAÑO EN ZONA DE PUNCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO CON EDEMA, CALOR, RUBOR Y DOLOR.
PIEL Y FANERAS: SE OBSERVA PIEL SECA, OPACA Y QUEBRADIZA.
NEUROLÓGICO: SNC SIN DEFICIT APARENTE, GW: 15/15.

PARACLINICOS 10/03:
10/03 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA
SERIE ERITROCITARIA
Hipocromía MODERADA
Poiquilocitosis ++
Dianocitos ++
Microcitos ++
Policromatofilia NO SE OBSERVA
SERIE LEUCOCITARIA
Leucocitosis MODERADA
Células Inmaduras NO SE OBSERVAN
Granulaciones tóxicas NO SE OBSERVAN
Linfocitos atípicos NO SE OBSERVAN
SERIE PLAQUETARIA
Trombocitosis MODERADA
Agregados plaquetarios SE OBSERVA
Anisocitosis plaquetaria NO SE OBSERVA

PARACLINICOS 07/03:
HEMOGRAMA: LEUCO 19.2 ERITRO 5.32 HB 10.4 HTO 33.6 VCM 63.2* MCH 19.5* MCHC 31 PLAQ 893* LINFO 66.1% MONO 16.3*% NEUTRO 12.9*% EOSINO 4.10% BASO 0.30%
- VSG: 10
- PCR: <6

PARACLINICOS 06/03:
PANEL VIRAL RESPIRATORIO
- ADENOVIRUS
- HUMAN RHINOVIRUS/ENTEROVIRUS
-RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUSPARACLÍNICOS

PARACLINICOS 03/03:
HEMOGRAMA LEUCO 20.5 ERITRO 4.75 HB 9.3 HTO 29.4 VCM 61.9 CHC 19.6 PLAQ 837 LINFO 40.3 MONO 14.2 NEUTRO 44.2 EOSINO 1.00 BASO 0.10
-VSG 8
-PCR <6

PARACLÍNICOS 27/02
-HEMOGRAMA: LEUCOS 16.0 ERITRO 4.59 HB 9.0 HTO 28.3 VCM 61.7 MCH 19.6 PLAQUE 938 LINFO 59.9 MONO 14.7 NEUTRO 22.6 EOSI 2.40 BASÓ 0.30
-VSG 10
- PCR <6
-UREA 26.12 CREAT 0.21 NA 138.0 K 5.14 CL 103.6
-TGO 52.9 TGP 34.7
-PROTEÍNAS TOTALES 5.32 ALBÚMINA 4.00 GLUCOSA 93
-TP 15.00 INR 1.29 TPT 36.9
-TSH 0.74 T4L 1.76 T3L 4.26
-GRUPO SANGUÍNEO B +
-UROANÁLISIS
COLOR Amarillo
ASPECTO Límpido
DENSIDAD 1.010
pH 6.5
NITRITOS Negativo
LEUCOCITOS EN ORINA Negativo
PROTEÍNAS EN ORINA Trazas
GLUCOSA EN ORINA Negativo
CETONURIA Negativo
UROBILINÓGENO 1
BILIRRUBINAS EN ORINAS Negativo
SANGRE EN ORINA Negativo

Indentificación: RC-1078105065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209886
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Dias
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

-SEDIMENTO URINARIO
Células epiteliales bajas +
Leucocitos 0-2
Eritrocitos 0-2
Moco Escaso
Bacterias Escasas
-UROCULTIVO: NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACIÓN
-HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMÁTICO 1 Y 2 NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACIÓN

IMÁGENES 01/03
-ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: DUCTUS PERSISTENTE CON REPERFUSION HEMODINÁMICA

IMÁGENES 27/02:
- RX DE TÓRAX: SE OBSERVA HIPERINSUFLADA CON ESPESAMIENTO BRONQUIAL, SIN FOCO DE CONSOLIDACIÓN NI DERRAME PLEURAL

ANÁLISIS:
PACIENTE LACTANTE MENOR MASCULINO DE 9 MESES DE EDAD (EDAD CORREGIDA 5 MESES) QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EN PISO 1 EN COMPAÑÍA DE MADRE, BAJO DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES ANTES MENCIONADOS, DURANTE RONDA MÉDICA SE ENCUENTRA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, FEBRIL, ALGICO, TAQUIPNEICO, AUMENTO DEL ESFUERZO RESPIRATORIO, HIPOXEMICO, CON BASTANTE CONGESTON NASAL, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA RONCUS Y SIBILANCIA A LA AUSCULTACION. AL MOMENTO DEL INTERROGOTADRIO MADRE REFIRIO PERSISTENCIA DE LA CONGESTION NASAL Y HABER PRESENTADO 4 EPSIDOSIOS (INICIO A LAS 5 AM DE HOY) DE DE DEPOSICIONES DE CONSITENCIA PASTOSA, PACIENTE EN VIGENCIA DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA + PARASITOSIS INTESTINAL + LONGITUD BAJA PARA LA EDAD + TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO POR CAÍDA DE LA CAMA EN EL CENTRO REMISOR + SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A LA CAÍDA. CONTINUA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA/INTEGRAL, ESTIMULACIÓN A NIVEL DE LENGUAJE Y TERAPIA MIOFUNCIONAL, ASIMISMO, REALIZAR TAMIZAJE AUDITIVO. CONTINÚA HOSPITALIZADO BAJO MANEJO, CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS SÍNTOMAS POR ESPECIALIDAD MÉDICA TRATANTE. EXPLICO A LA MADRE LA CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR LA CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Médico (a): MARIA JOSE GARCIA ALVARADO **Identificación:** CC- 1067857246 **Firma:** Maria G.

DATOS DEL EGRESO

Diagnósticos del egreso :
E46X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA
B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

Servcio de egreso: HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
Causa externa de antención:
Condición de salida: 01
Plan de tratamiento ambulatorio:
PESO: 6.200 KG
ALTA MEDICA
SULFATO DE ZINC 5 CC VÍA ORAL CADA 24 HORAS X 14 DIAS
SS CITA POR LA CONSULTA EXTERNA CON GASTROPEDIATRIA
SS CITA POR LA CONSULTA EXTERNA CON PEDIATRIA
SS CITA POR LA CONSULTA EXTERNA CON NUTRICION
SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

Médico (a) que ordenó la salida: MARIA JOSE GARCIA ALVARADO
Identificación: CC- 1067857246 **Firma:** Maria G.

FORMULACIÓN AL EGRESO

Clínica La Esperanza

CLINICA LA ESPERANZA MONTERIA S.A.S

Nit: 900005955
Cod prestador: 230010109801
Dirección: CALLE 12 # 4-56 BARRIO BUENAVISTA
Teléfono: (4) 7948903 - 7869501
Correo: info@clinicalaesperanza.co

EPICRISIS

Indentificación: RC-1078106065
Nombres y Apellidos: ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR
Estado civil: SOLTERO(A) **Sexo:** M
Dirección de domicilio: BARRIO OFEL ISTMINA
Ocupación: NINGUNA
Nombre de la persona responsable: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono de la persona responsable: 3209734717
Parentesco de la persona MADRE
Aseguradora: COMFACHOCO SUBSIDIADO 2026 CPSE-165 2025

Admisión N°: 209888
Fecha de nacimiento: 2025/06/22
Edad: 0 Años 8 Meses 5 Días
Tipo de afiliación: Beneficiario
Lugar de residencia: ISTMINA
Teléfono de domicilio: 3113365138
Nombre del acompañante: LUZ PEREZ SALAZAR
Teléfono del acompañante:

Medicamento / Insumo / Servicio	Posología	Duración	Cantidad
ESPIRONOLACTONA TABLETAS 25 MG			60
SULZINC - SULFATO DE ZINC 80 ML SOLUCION ORAL			1
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA - (890347)			1
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA - (890383)			1
INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA - (890406)			1

Médico(a): MARIA JOSE GARCIA ALVARADO
Indentifiación: 1067857246 **Firma:** Maria G.

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ

NIT. 900064245-7

DEBE A:

KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN
C.c No. 1.067.942.540 de monteria
LA SUMA DE: UN MILLON TRECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TREINTA Y SEIS PESOS ($1.392.036) MCTE.

POR CONCEPTO DE ACOMPAÑAMIENTO HOZPITALARIO DEL NIÑO ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR QUIEN ESTA HOSPITALIZADO EN LA CLINICA LA ESPERANZA CON FECHA DE INGRESO 27/02/2026 16:13 HASTA LA FECHA

DESCRIPCION:

SEMANA 1	NOMBRE:	KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN			CC:	1.067.942.540		TELEFONO:	3006522174	
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS DIURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM									
	DOMINGO 29 7PM-7AM	LUNES 307PM-7AM	MARTES 31 7PM-7PM	MIERCOLES 01 7PM-7AM	JUEVES 02 7PM-7AM	VIERNES 03 7AM-7PM	SABADO 04 7PM-7AM			**TOTAL**
	$ 163.776	$ 105.276	$ 105.276	$ 105.276	$ 163.776	$ 163.776	$ 105.276			**$ 912.432**

SEMANA 2	NOMBRE:	KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN			CC:	1.067.942.540		TELEFONO:	3006522174	
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS DIURNOS DESDE 6:00 AM HASTA LAS 6:00 PM									
	DOMINGO 05 7PM-7AM	LUNES 06 7PM-7AM	MARTES 07 7PM-7PM	MIERCOLES 08 7PM-7AM						**TOTAL**
	$ 163.776	$ 105.276	$ 105.276	$ 105.276						$ 479.604

FUNDACIÓN

ESTOS FUERON LOS DIAS QUE ESTUVE COMO ACOMPAÑANTE DEL NNA
MUCHAS GRACIAS QUEDO ATENTA A CUALQUIER INQUIETUD

Atentamente

Karelia A. Hernández Guzmán

KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN
C.c No. 1.067.942.540 de monteria

Karelia A. Hernández Guzmán

KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN

C.C. No. 1.067.942.540 de Montería

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

1. Consecutivo 0 2 ACTUALIZACION

4. Número de formulario 14747476354

2. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1067942540 3. DV 2

12. Digitos adicionales 12

13. Dígito verificación

IDENTIFICACION

14. Tipo de contribuyente	15. Tipo de documento	16. Número de identificación	17. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1067942540	25 12 2002

Lugar de expedición	19. País	20. Departamento	21. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Córdoba 23	Montería 001

22. Primer apellido	23. Segundo apellido	24. Primer nombre	25. Otros nombres
HERNANDEZ	GUZMAN	KARELIA	ANDREA

26. Razón social

27. Nombre comercial

28. Sigla

UBICACION

29. País	30. Departamento	31. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Córdoba 23	Montería 001

41. Dirección principal
MZ 4 LT 18 ET 4 BRR VILLA LOS ALPES

42. Correo electrónico karelia.hernandez@hotmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3006522778 45. Teléfono 2

CLASIFICACION

Actividad económica						Responsabilidades
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código
8690	2015/11/18	8230	2018/03/11			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
52. Código	2	0							1																	

53. Clasificación NIF

Obligaciones aduaneras

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

Exportadores

55. Fecha	56. Tipo	Número	1	2	3
		57. Nivel			
		58. CIIU			

IMPORTANTE: En ejercicio de las atribuciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, puede ser objeto de control posterior y en consecuencia no se asigna de inmediato.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios 61. Firma

Las obligaciones establecidas en el presente [illegible] de información, documentos y comunicaciones en el Registro Único Tributario (RUT) deben ser cumplidas y [illegible] en caso de no cumplir con [illegible] se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de [illegible] según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.2.2 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Descripción de las [illegible] que la DIAN realiza

Firma autorizada

384. Nombre

385. Cargo

Fecha de generación formulario RUT 15-03-2021 08:[illegible]

VALOR POR HORAS DE ACOMPAÑAMIENTO	
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNA	$ 8.773
DO. DIURNA	$ 11.373
DO. NOCTIRNA	$ 13.648

DATOS DEL PACIENTE				
Paciente:	ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR		No de historia:	209888
Identificacion	RC 1,078,106,065			
fecha de Naci:	22/06/2025	Edad	0 Año(s), 10 Mes(es)	
Empresa:	COMFACHOCO		Estrato	SUBSIDIADO
Direccion	BARRIO OFEL ISTMINA		Sexo:	M
Telefono	3209734717		Municipio	MONTERIA
Tipo	Celular Movil Privado		acompañamineto hospitalario	
fecha de ingreso:			fecha inicial de atencion:	29/03/2026 07:00PM
Ingreso:	27/02/2026		fecha final de atencion:	04/04/2026 07:00AM
Egreso:	A LA FECHA			

SEMANA 1	NOMBRE:	KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN			CC:	1.067.942.540		TELEFONO:	3006522174	
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS DIURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM									
	DOMINGO 29 7PM-7AM	LUNES 307PM-7AM	MARTES 31 7PM-7PM	MIERCOLES 01 7PM-7AM	JUEVES 02 7PM-7AM	VIERNES 03 7AM-7PM	SABADO 04 7PM-7AM			TOTAL
	$ 163.776	$ 105.276	$ 105.276	$ 105.276	$ 163.776	$ 163.776	$ 105.276			$ 912.432

SEMANA 2	NOMBRE:	KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN			CC:	1.067.942.540		TELEFONO:	3006522174	
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS DIURNOS DESDE 6:00 AM HASTA LAS 6:00 PM									
	DOMINGO 05 7PM-7AM	LUNES 06 7PM-7AM	MARTES 07 7PM-7PM	MIERCOLES 08 7PM-7AM						TOTAL
	$ 163.776	$ 105.276	$ 105.276	$ 105.276						$ 479.604

KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN	
CUENTA DE NEQUI N°	$ 1.392.036
3006522174	

TOTAL ACOMPAÑAMIENTO	$ 1.392.036

Banco AV Villas Grupo AVAL WWW.AVVILLAS.COM.CO

Archivos Cargados

Empresa: **FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ**
Tipo Identificación: **Nit persona jurídica** **No. Identificación:** **900064245**
Generado por: **LIZETH CARMEN PADILLA**

Tipo Archivo: Pagos a Terceros

Código Transacción	32
Código Banco Destino	0507
Código Plaza Destino	0025
Número Identificación Destino	1067942540
Tipo Identificación Destino	01
Número Producto Destino	3006522174
Tipo Producto Destino	1
Nombre Beneficiario	KARELIA HERNANDEZ
Indicador Mas Adendas	0
Valor Transacción	$1,392,036.00
Indicador Validación	1

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO PROTECCIÓN**	F1.P13.P	31/12/2020
	FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO HOGAR SUSTITUTO	Versión 2	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **DENIA ELENA OTERO TOUS para** que se autorice el acompañamiento durante la hospitalización del usuario **ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR** (a) con **R.C N.°: 1078106065** quien se encuentra ubicado(a) en el **HOGAR SUSTITUTO** a cargo de **ANGELICA BONFANTE PINEDA C.C N° CC. 1067839969**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR,** que será realizado por **KARELIA ANDREA HERNANDEZ GUZMAN**. identificada con cedula de ciudadanía N° 1067942540, durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la clínica La Esperanza en la ciudad de Montería.

La presente se expide en la ciudad de Montería a los 28 días del mes Marzo del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA

nombre: Patricia Ojeda Estrada

Cargo: Supervisora de CA # 23006922025

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ

NIT. 900064245-7

DEBE A:

ANGELICA MARIA MEZA MONTES
C.c No. 26.201.963 de monteria
LA SUMA DE: OCHOCIENTOS CICUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS ($857.904) MCTE.

POR CONCEPTO DE ACOMPAÑAMIENTO HOZPITALARIO DEL NIÑO ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR QUIEN ESTA HOSPITALIZADO EN LA CLINICA LA ESPERANZA CON FECHA DE INGRESO 27/02/2026 16:13 HASTA LA FECHA

DESCRIPCION:

TURNOS DIURNOS	NOMBRE:	ANGELICA MARIA MEZA MONTES				CC:	26.201.963		TELEFONO:			
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	DOMINGO 29 7AM-7PM	LUNES 30 7AM-7PM	MARTES 31 7AM-7PM	MIERCOLES 01 7AM-7PM	JUEVES 02 7AM-1PM	VIERNES 03 7AM-7PM	SABADO 04 7AM-7PM	DOMINGO 05 7AM-7PM				**TOTAL**
	$ 136.476	$ 78.000	$ 78.000	$ 78.000	$ 136.476	$ 136.476	$ 78.000	$ 136.476				**$ 857.904**

ESTOS FUERON LOS DIAS QUE ESTUVE COMO ACOMPAÑANTE DEL NNA
MUCHAS GRACIAS QUEDO ATENTA A CUALQUIER INQUIETUD

Atentamente

Angelica Meza

ANGELICA MARIA MEZA MONTES
C.c No. 26.201.963 de monteria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.201.063

MEZA MONTES

APELLIDOS

ANGELICA MARIA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1984

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

26-ABR-2002 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1300100-01120412-F-0026201063-20191217 0069358454A 1 7505780228

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141053606345

(415)7707212489984(8020) 000014105360634 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 6 2 0 1 9 6 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEZA	MONTES	ANGELICA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal
MZ E LT 11 BRR PANZENU

42. Correo electrónico elangelus09@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio / 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 MEZA MONTES ANGELICA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

VALOR POR HORAS DE ACOMPAÑAMIENTO	
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNA	$ 8.773
DO. DIURNA	$ 11.373
DO. NOCTIRNA	$ 13.648

DATOS DEL PACIENTE				
Paciente:	ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR		No de historia:	209888
Identificacion	RC 1,078,106,065			
fecha de Naci:	22/06/2025	Edad	0 Año(s), 10 Mes(es)	
Empresa:	COMFACHOCO		Estrato	SUBSIDIADO
Direccion	BARRIO OFEL ISTMINA		Sexo:	M
Telefono	3209734717		Municipio	MONTERIA
Tipo	Celular Movil Privado		acompañamineto hospitalario	
fecha de ingreso:			fecha inicial de atencion:	29/03/2026 7:00
Ingreso:	27/02/2026		fecha final de atencion:	5/04/2026 19:00
Egreso:	A LA FECHA			

URNOS DIURN	NOMBRE:	ANGELICA MARIA MEZA MONTES				CC:	26.201.963		TELEFONO:			
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	DOMINGO 29 7AM-7PM	LUNES 30 7AM-7PM	MARTES 31 7AM-7PM	MIERCOLES 01 7AM-7PM	JUEVES 02 7AM-1PM	VIERNES 03 7AM-7PM	SABADO 04 7AM-7PM	DOMINGO 05 7AM-7PM				TOTAL
	$ 136.476	$ 78.000	$ 78.000	$ 78.000	$ 136.476	$ 136.476	$ 78.000	$ 136.476				$ 857.904

NOS NOCTUR	NOMBRE:					CC:			TELEFONO:	3004182740		
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
												TOTAL
												$ -

#¡REF!	
CUENTA DE NEQUI N°	$ 857.904
0	

CUENTA DE NEQUI N°	

Banco AV Villas Grupo AVAL

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Archivos Cargados

Empresa: **FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ**

Tipo Identificación: **Nit persona jurídica** **No. Identificación:** **900064245**

Generado por: **LIZETH CARMEN PADILLA**

Tipo Archivo: Pagos a Terceros

Código Transacción	32
Código Banco Destino	0507
Código Plaza Destino	0025
Número Identificación Destino	26201963
Tipo Identificación Destino	01
Número Producto Destino	3126844432
Tipo Producto Destino	1
Nombre Beneficiario	ANGELICA MEZA
Indicador Mas Adendas	0
Valor Transacción	$857,904.00
Indicador Validación	1

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO PROTECCIÓN** **FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO HOGAR SUSTITUTO**	F1.P13.P	31/12/2020
		Versión 2	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **DENIA ELENA OTERO TOUS para** que se autorice el acompañamiento durante la hospitalización del usuario **ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR** (a) con **R.C N.°: 1078106065** quien se encuentra ubicado(a) en el **HOGAR SUSTITUTO** a cargo de **ANGELICA BONFANTE PINEDA C.C N° CC. 1067839969**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR,** que será realizado por **ANGELICA MARIA MEZA MONTES**. identificada con cedula de ciudadanía N° 26201963, durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la clínica La Esperanza en la ciudad de Montería.

La presente se expide en la ciudad de Montería a los 28 días del mes Marzo del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA

nombre: Paola Ojeda Gastada

Cargo: Supervisora de CA # 23006922025

NIT. 900064245-7

DEBE A:

MONICA MARIA ARROYO VIOLET
C.c No. 1.067.881.590 de monteria
LA SUMA DE: DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ($ 234.000) MCTE.

POR CONCEPTO DE ACOMPAÑAMIENTO HOZPITALARIO DEL NIÑO ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR QUIEN ESTA HOSPITALIZADO EN LA CLINICA LA ESPERANZA CON FECHA DE INGRESO 27/02/2026 16:13 HASTA LA FECHA

DESCRIPCION:

TURNOS DIURNOS	NOMBRE:	MONICA ARROYO VIOLET			CC:	1.067.881.590		TELEFONO:				3126255015
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	LUNES 06 7AM-7PM	MARTES 07 7AM-7PM	MIERCOLES 08 7AM-7PM									**TOTAL**
	$ 78.000	$ 78.000	$ 78.000									**$ 234.000**

ESTOS FUERON LOS DIAS QUE ESTUVE COMO ACOMPAÑANTE DEL NNA
MUCHAS GRACIAS QUEDO ATENTA A CUALQUIER INQUIETUD

Atentamente

Monica Arroyo Violet

MONICA MARIA ARROYO VIOLET
C.c No. 1.067.881.590 de monteria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.881.590

ARROYO VIOLET
APELLIDOS

MONICA MARIA
NOMBRES

Monica Arroyo Violet
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1989

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-ENE-2008 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1300100-00281876-F-1067881590-20110225 0025937625A 1 3625304

VALOR POR HORAS DE ACOMPAÑAMIENTO	
DIURNA	$ 6.500
NOCTURNA	$ 8.773
DO. DIURNA	$ 11.373
DO. NOCTIRNA	$ 13.648

DATOS DEL PACIENTE				
Paciente:	ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR		No de historia:	209888
Identificacion	RC 1,078,106,065			
fecha de Naci:	22/06/2025	Edad	0 Año(s), 10 Mes(es)	
Empresa:	COMFACHOCO		Estrato	SUBSIDIADO
Direccion	BARRIO OFEL ISTMINA		Sexo:	M
Telefono	3209734717		Municipio	MONTERIA
Tipo	Celular Movil Privado		acompañamineto hospitalario	
fecha de ingreso:			fecha inicial de atencion:	30/03/2026 7:00
Ingreso:	27/02/2026		fecha final de atencion:	1/04/2026 19:00
Egreso:	A LA FECHA			

URNOS DIURN	NOMBRE:	MONICA ARROYO VIOLET			CC:	1.067.881.590			TELEFONO:	3126255015		
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
	LUNES 06 7AM-7PM	MARTES 07 7AM-7PM	MIERCOLES 08 7AM-7PM									TOTAL
	$ 78.000	$ 78.000	$ 78.000									$ 234.000

NOS NOCTUR	NOMBRE:				CC:				TELEFONO:	3004182740		
	TABLA DE DIAS LABORADOS Y VALOR DIA TRABAJADOS EN TURNOS NOCTURNOS DESDE 7:00 AM HASTA LAS 7:00 PM											
												TOTAL
												$ -

#¡REF!	
CUENTA DE NEQUI N°	$ 234.000
3126255015	

CUENTA DE NEQUI N°	

Banco AV Villas Grupo AVAL WWW.AVVILLAS.COM.CO

Archivos Cargados

Empresa: **FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ**
Tipo Identificación: **Nit persona jurídica** **No. Identificación:** **900064245**
Generado por: **LIZETH CARMEN PADILLA**

Tipo Archivo: Pagos a Terceros

Código Transacción	32
Código Banco Destino	0032
Código Plaza Destino	0025
Número Identificación Destino	1067881590
Tipo Identificación Destino	01
Número Producto Destino	24145893048
Tipo Producto Destino	1
Nombre Beneficiario	MONICA ARROYO
Indicador Mas Adendas	0
Valor Transacción	$234,000.00
Indicador Validación	1

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO HOGAR SUSTITUTO	F1.P13.P	31/12/2020
		Versión 2	Página 1 de 1

En atención a la solicitud elevada por **DENIA ELENA OTERO TOUS para** que se autorice el acompañamiento durante la hospitalización del usuario **ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR** (a) con **R.C N.°: 1078106065** quien se encuentra ubicado(a) en el **HOGAR SUSTITUTO** a cargo de **ANGELICA BONFANTE PINEDA C.C N° CC. 1067839969**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **ANGEL DAVID PEREZ SALAZAR,** que será realizado por **MONICA MARIA ARROYO VIOLET** identificada con cedula de ciudadanía N° 1067881590, durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la clínica La Esperanza en la ciudad de Montería.

La presente se expide en la ciudad de Montería a los 04 días del mes Abril del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA

nombre: Paloma Ojeda Gastrada

Cargo: Supervisora de CA # 23006922025

Gmail

FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>

SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE MADRE SUSTITUTA Y ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO – NIÑO ÁNGEL DAVID PEREZ SALAZAR SIM 204100233

2 mensajes

Denia Elena Otero Tous <Denia.Otero@icbf.gov.co> 28 de marzo de 2026 a las 10:17
Para: FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>
Cc: Carmenza Cano Buitrago <Carmenza.Canon@icbf.gov.co>, SIAU CLE <atencion.usuario@clinicalaesperanza.co>

Montería,

Señores
FUNDACIÓN LABRIEGOS POR LA PAZ.
Ciudad.

Asunto: SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE MADRE SUSTITUTA Y ENFERMERA PARA ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO – NIÑO **ÁNGEL DAVID PEREZ SALAZAR SIM 204100233**

Cordial saludo,

La suscrita **Defensora de Familia**, adscrita al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Centro Zonal Montería, se permite solicitar respetuosamente **la asignación de una madre sustituta** y la **asignación de una enfermera para el acompañamiento hospitalario** del niño **Ángel David Perez Salazar SIM 204100233**, quien actualmente se encuentra **hospitalizado en la clínica** la esperanza sin contar con una **persona garante que acompañe y vele por su adecuada atención** durante el proceso de hospitalización.

Toda vez que el niño **carece de cuidador responsable** que asuma su cuidado durante la estancia hospitalaria, y atendiendo al deber de **protección integral** que ampara a los niños, niñas y adolescentes, se hace necesaria la **asignación de** una **madre sustituta**, que garantice su bienestar integral y la observancia de sus derechos fundamentales.

Así mismo, y considerando su condición de salud y las necesidades propias del entorno hospitalario, se requiere la **asignación de una enfermera** que brinde el **acompañamiento hospitalario** correspondiente, apoye las indicaciones del personal médico tratante y contribuya a la adecuada atención y supervisión del niño durante su permanencia en la institución de salud.

En este sentido, se solicita a **FUNLAPAZ** su apoyo para la **asignación de la madre sustituta y de la enfermera para el acompañamiento hospitalario**, mientras se adoptan nuevas medidas administrativas correspondientes dentro del proceso de restablecimiento de derechos.

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atenta a su pronta respuesta.

Adjunto Certificado Hospitalario.

Cordialmente,

DENIA ELENA OTERO TOUS
Defensora de Familia
Centro Zonal Montería
ICBF Sede Regional Córdoba
Calle 30 # 1 -48
Teléfono: 604 7824989 Ext. 0000
www.icbf.gov.co
Clasificación de la información: CLASIFICADA

Office 365

Estamos comprobando si los datos adjuntos son seguros'...

CERTIFICADO DE ESTAN
CIA CLINICA ANGEL DAVI
D PEREZ SALAZAR .pdf
Vista previa

Entrega dinámica de Datos adjuntos seguros

Datos adjuntos seguros está examinando sus datos adjuntos:

Mientras tanto, puede hacer clic en las vistas previas disponibles de sus datos adjuntos. Los datos adjuntos sin vista previa de contenido estarán disponibles cuando finalice el examen de Datos adjuntos seguros y tendrá que volver a abrir el mensaje. El mensaje se marcará como no leído en su lista de mensajes tras finalizar el examen.

Una vez finalizado el examen de este mensaje, se sustituirá con los datos adjuntos que hayan pasado el examen o bien con un mensaje que informe del bloqueo de los datos adjuntos no seguros.

Más información sobre Datos adjuntos seguros y los tipos de archivo que admite la vista previa...

FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com> 28 de marzo de 2026 a las 11:12
Para: Denia Elena Otero Tous <Denia.Otero@icbf.gov.co>
Cc: Carmenza Cano Buitrago <Carmenza.Canon@icbf.gov.co>, Shirley Yaned Dereix Rivera <shirley.dereix@icbf.gov.co>

Buenas tardes doctora Denia

En relación a la solicitud en cola nos permitimos otorgar cupo en la unidad de servicio de Angélica María Bonfante Pineda, cédula de ciudadanía 1067839969 , dirección Mz F Lote 14 Apto 201 Barrio Villa Rocio, celular 3178947613.

Quedamos atentos al envío de las valoraciones iniciales social, psicología y nutrición, documento de identidad, acta de ubicación y a la legalización en SIM

Cordialmente
Funlapaz
[El texto citado está oculto]

Outlook-lk2dkzau.png
48K

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

ESPERANZA DOMICO

Montería - Córdoba

Gmail

HOGARES SUSTITUTOS <funlapazhs@gmail.com>

RV: Solicitud de trasporte para solicitar documento de identidad de Esperanza Domico

1 mensaje

Patricia Teresa Ojeda Estrada <Patricia.Ojeda@icbf.gov.co> 16 de abril de 2026 a las 7:49 a.m.
Para: funlapazhs <funlapazhs@gmail.com>, FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>
CC: Erica Maria Herrera Orjuela <Erica.Herrera@icbf.gov.co>, Rocio Ines Correa Pacheco <Rocio.Correa@icbf.gov.co>

Cordial saldo operador funlapaz:

En atención a lo solicitado en correo que antecede , me permito manifestar que realice la consulta al enlace nacional ya que por el rubro de gastos de emergencia según manual operativo no es viable esta aprobación , sin embargo me orientan que puede salir del Centro de Costos 112, de acuerdo con lo establecido en el **Lineamiento de Programación de Metas Sociales y Financieras -Resolución 0001 del 02 de enero del 2026 (pag 76):**

Adjunto el documento para verificación y enlace para descarga: https://www.icbf.gov.co/planeacion/lineamientos-de-programacion

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	F1.P4.DE	26/12/2023
	FORMATO LINEAMIENTOS DE PROGRAMACIÓN	Versión 5	Página 4 de 5

Responsabilidad Penal para Adolescentes en actividades ocasionales, en situaciones extraordinarias y de emergencia, previo concepto de la Subdirección de Responsabilidad Penal.

- Todos aquellos gastos no recurrentes y que estén asociados o sean inherentes al gasto general y que se requieran para la atención de niños, niñas, adolescentes o jóvenes que se encuentran en servicios del proyecto, previo concepto favorable de la Dirección de Protección.
- Transporte apoyo en el proceso de Restablecimiento de Derechos y esta sea fundamental para garantizar su identidad y cultura.
- Gastos para la gestión de documentos en desarrollo de procesos administrativos de restablecimiento de derechos, procesos civiles en juzgados de familia o trámites internacionales.

76
399

Así las cosas si tienen algún remanente por el rubro 112 que alcance para cubrir este valor solicitado de $108.000 , se autoriza , sino toca esperar que se haga la adición al contrato que aún está en el tramite administrativo de solicitar el recurso ante el nivel nacional.

Cordialmente

BIENESTAR FAMILIAR

Patricia Teresa Ojeda Estrada
Profesional Universitario
Grupo de Protección Especial y Autoridad Administrativa
ICBF Sede Regional Córdoba
Carrera 9 #10-26
Teléfono: 604 7837067 Ext. 469105
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Diana Marcela Lizarazo Sanchez <Diana.Lizarazo@icbf.gov.co>
Enviado: Miércoles, 15 de Abril de 2026 18:02
Para: Patricia Teresa Ojeda Estrada <Patricia.Ojeda@icbf.gov.co>

CC: Erica Maria Herrera Orjuela <Erica.Herrera@icbf.gov.co>
Asunto: RE: Solicitud de trasporte para solicitar documento de identidad de Esperanza Domico

Cordial saludo estimada

Teniendo en cuenta que está en el marco del PARD y que se debe garantizar el derecho a la identidad, el recurso puede salir del Centro de Costos 112, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento de Programación de Metas Sociales y Financieras -Resolución 0001 del 02 de enero del 2026 (pg 76):

Adjunto el documento para verificación y enlace para descarga: https://www.icbf.gov.co/planeacion/lineamientos-de-programacion

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	F1.P4.DE	26/12/2023
	FORMATO LINEAMIENTOS DE PROGRAMACIÓN	Versión 5	Página 4 de 5

Responsabilidad Penal para Adolescentes en actividades ocasionales, en situaciones extraordinarias y de emergencia, previo concepto de la Subdirección de Responsabilidad Penal.

- Todos aquellos gastos no recurrentes y que estén asociados o sean inherentes al gasto general y que se requieran para la atención de niños, niñas, adolescentes o jóvenes que se encuentran en servicios del proyecto, previo concepto favorable de la Dirección de Protección.
- Transporte apoyo en el proceso de Restablecimiento de Derechos y esta sea fundamental para garantizar su identidad y cultura.
- Gastos para la gestión de documentos en desarrollo de procesos administrativos de restablecimiento de derechos, procesos civiles en juzgados de familia o trámites internacionales.

76
399

Atentamente,

Diana Marcela Lizarazo Sanchez
Contratista
Dirección de Protección
Subdirección de Restablecimiento de Derechos
ICBF Sede de la Dirección General
Avenida Cr. 68 No. 64C - 75 Bogotá, Colombia
Teléfono: 601 4377630 Ext. 0000
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Patricia Teresa Ojeda Estrada <Patricia.Ojeda@icbf.gov.co>
Enviado: miércoles, 15 de abril de 2026 17:24
Para: Diana Marcela Lizarazo Sanchez <Diana.Lizarazo@icbf.gov.co>
Cc: Erica Maria Herrera Orjuela <Erica.Herrera@icbf.gov.co>
Asunto: RV: Solicitud de trasporte para solicitar documento de identidad de Esperanza Domico

Cordial saludo estimada Dra. Diana:

En atención a lo solicitado por el operador fundación labriegos por la paz en correo que antecede , me permito solicitar orientación al respecto por que rubro le puedo autorizar esto al operador como supervisora de contrato.

Revisando el memorando de Orientaciones frente a los trámites para aval de recursos por el centro de costos 112para encuentro esta opción

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Subdireccion General
Direccion de Proteccion
PUBLICA

GOBIERNO DE COLOMBIA

Clasificador	Soporte
Todos aquellos gastos no recurrentes y que estén asociados o sean inherentes al gasto general y que se requieran para la atención de los niños, las niñas y los adolescentes que se encuentran en servicios de restablecimiento de derechos, previo concepto favorable de la Dirección de Protección.	Justificación técnica de la necesidad y soportes de cada uno, así como los valores que se requieren. Es importante tener en cuenta que deben ser gastos que no sean cubiertos por el valor cupo mes, y que no puedan ser cubiertos por el clasificador de emergencias y botiquín, así como tampoco ningún gasto que sea cubierto por el plan de beneficios. Soporte emitido por el supervisor del contrato, en el cual se indique la cotización y valores estimados.
- Exámenes especializados e interconsulta con especialistas para los niños, niñas, adolescentes en servicios de protección, cuando resulte estrictamente necesario para garantizar su salud o vida. - Artículos ortopédicos, sillas de ruedas, prótesis	Soporte del médico u orden de servicio de la entidad en salud con la orden del examen o artículos ortopédicos, sillas de ruedas, prótesis, productos de apoyo y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios. Soportes por parte de la autoridad administrativa, en los cuales se evidencie que ya

Agradezco su apoyo si es viable por ahí toda vez que por gastos de emergencia no encuntro la opcion y que en la EPS donde la atienden le exigen el documento de identidad, para todos los temas médicos pendientes así como entrega de medicamentos.

Patricia Teresa Ojeda Estrada
Profesional Universitario
Grupo de Protección Especial y Autoridad Administrativa
ICBF Sede Regional Córdoba
Carrera 9 #10-26
Teléfono: 604 7837067 Ext. 469105
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: FUNLAPAZ 2024 <funlapazhs2024@gmail.com>
Enviado: Martes, 14 de Abril de 2026 10:29
Para: Patricia Teresa Ojeda Estrada <Patricia.Ojeda@icbf.gov.co>
CC: funlapazhs <funlapazhs@gmail.com>
Asunto: Solicitud de trasporte para solicitar documento de identidad de Esperanza Domico

Buenos dias

Doctora Patricia Ojeda

Saludos cordiales

A través de la presente me permito solicitar se aprueben recursos para pago de transporte de la usuaria Esperanza Domicó y acompañante para realizar gestión de cambio de documento de identidad, debido a que la Usuaria en mención cumplió la mayoría de edad y debe gestionar la consecución de la cédula, lo cual lo ha hecho en repetidas ocasiones en el Municipio donde reside que es Tierralta, sin embargo en este municipio la máquina utilizada para realizar los documentos de identidad no sirve desde hace varios dias, aproximadamente un mes y le manifestaron a la madre sustituta la señora Omaira Montes, que aún sigue Dañada. situación que no puede dar más espera por que en la EPS donde la atienden le exigen el documento de identidad, para todos los temas médicos pendientes así como entrega de medicamentos.

Por lo anterior se hace urgente que Esperanza se traslade a Montería a realizar la gestión del documento de identidad.
El valor solicitado es de $108.000

Quedamos Atentos

cordialmente

FUNLAPAZ

0001_Lineamientos de Programacion y Ejecucion MSyF2026_C.pdf
15129K

COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL ALTO SINU LTDA.
NIT:800.243.656-6
PERSONA JURIDICA 2387 AGOSTO DE 1994

VENTA TIQUETE TIERRALTATQ-57571
Fecha/Hora Emisión: 20/04/2026 07:10:43
Cliente: 1040378009-ESPERANZA DOMICO BAILARIN
Vendio: JONATAN PEREZ MARTINEZ
Ruta: TIERALTA-MONTERIA
Puesto: 1 Vehículo: TEK067

TOTAL A PAGAR: 22.000

SON: VEINTIDOS MIL PESOS M/CTE.

Observacion:

Software Admon y Contable FENIX 2.0 (Software Propio)
NIT: 10773846-7

c1e318275e01ecf593bfa9ddf3b061 7ee9f8d491dbee5a1bd146d5ae0032 715be502d37bd1e7623c4d1961d8fd 6ed035

COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL ALTO SINU LTDA.
NIT:800.243.656-6
PERSONA JURIDICA 2387 AGOSTO DE 1994

VENTA TIQUETE TIERRALTATQ-57572
Fecha/Hora Emisión: 20/04/2026 07:11:18
Cliente: 1003738106-ROSA ROSALES ARROYO
Vendio: JONATAN PEREZ MARTINEZ
Ruta: TIERALTA-MONTERIA
Puesto: 2 Vehículo: TEK067

TOTAL A PAGAR: 22.000

SON: VEINTIDOS MIL PESOS M/CTE.

Observacion:

71574480bca45a955550b25e1cb798 474b0d620461b8f578f2fffc243b2b 600c5762883cb37da41751c86fcb48 f12a25

VIGILADO SuperTransporte

COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL ALTO SINU LTDA.
NIT:800.243.656-6
PERSONA JURIDICA 2387 AGOSTO DE 1994

VENTA TIQUETE MOTERIA MTQ-80659
Fecha/Hora Emisión: 20/04/2026 10:43:21
Cliente: 1003738106-ROSA ROSALES ARROYO
Vendio: NAFER COGOLLO VEGA
Ruta: MONTERIA-TIERRALTA
Puesto: 2 Vehiculo: TEK388

TOTAL A PAGAR: 22.000

SON: VEINTIDOS MIL PESOS M/CTE.

Observacion:

Software Admon y Contable PENIX 2.0 (Software Propio)
NIT: 10773846-7

00ba54a5347de375e97f9b3e8b5592
179bfca118d3a11d33229e2805373
a68f84ee4e9e86f56db6875aff58e1
6edeab

VIGILADO SuperTransporte

COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DEL ALTO SINU LTDA.
NIT:800.243.656-6
PERSONA JURIDICA 2387 AGOSTO DE 1994

VENTA TIQUETE MOTERIA MTQ-80658
Fecha/Hora Emisión: 20/04/2026 10:42:53
Cliente: 1040378009-ESPERANZA DOMICO BAILARIN
Vendio: NAFER COGOLLO VEGA
Ruta: MONTERIA-TIERRALTA
Puesto: 1 Vehiculo: TEK388

TOTAL A PAGAR: 22.000

SON: VEINTIDOS MIL PESOS M/CTE.

Observacion:

Software Admon y Contable PENIX 2.0 (Software Propio)
NIT: 10773846-7

c6807778798e3877126d860caa3716
d4e6077f5e0ada1a66ef3d2ee0d6ed
adb56c41bdcaa318e08672507cbcbb
26edae

FUNDACIÓN
LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900.064.245-7
CALLE 41 B 14 G - 99
BARRIO LA FLORESTA
TEL. 3182780011

FUNDACIÓN LABRIEGOS POR LA PAZ

RECIBO DE CAJA MENOR

1703

Ciudad: Montería	Día 20	Mes 04	Año 26	No.
Pagado a: OMAIRA MONTES				$ 24.000
Concepto: transporte de taxi en la ciudad de Montería para sacar la Documento de identidad (cedula) de la NIÑA ESPERANZA DURICO				
Valor en (Letras) Veinti cuatro mil pesos m/cte				
Código: 0312	Firma Recibido Omaira Montes			
Aprobado	C.C. NIT No.			

FUNDACIÓN LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900.064.245-7

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

PRIMERA VEZ CC
1.040.378.009

APELLIDOS / NOMBRES
DOMICO BAILARIN
ESPERANZA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
01-ENE-2008
TIERRALTA - CORDOBA

FECHA DE EXPEDICIÓN
20-ABR-2026

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
MONTERIA - AUXILIAR DE MONTERIA

OFICINA DE ENTREGA
TIERRALTA - TIERRALTA

- 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 20-OCT-2026

8518781530
20-ABR-2026

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

FACTURA SERVICIOS FUNERARIOS MILAGROS MARTINEZ CUADRADO

Montería - Córdoba

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No

FICD - 309

Fecha Emisión: 2026-04-21

Fecha Validación DIAN: 2026-04-21
Hora Validación DIAN: 11:58:29

INVERSIONES FUCENDIS SERVICIOS ESPECIALIZADOS S.A.S

INVERSIONES FUCENDIS SERVICIOS ESPECIALIZADOS S.A.S

NIT: 901353737-2 - Responsable de IVA - 1 - Obligación: No responsable
Resolución de Facturación Electrónica No. 18764100057685
de 2025-10-14, Prefijo: FICD, Rango 1 Al 2000 - Vigencia Desde: 2025-10-14 Hasta: 2027-10-14
REPRESENTACION GRAFICA DE FACTURA ELECTRONICA
CL 24 3 20 - Barrio centro - Montería - Córdoba - Colombia Teléfono - 3006163946
E-mail: fucendis003@gmail.com

CC o NIT:	900064245-7
Cliente:	FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
Régimen:	No Responsable de IVA
Obligación:	Autorretenedor
Dirección:	CL 41 14C 20 - LA FLORESTA
Ciudad:	Montería - Colombia
Teléfono:	3013616750
Email:	funlapazhs@gmail.com

Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Crédito ACH
Plazo Para Pagar:	2 Dias
Fecha Vencimiento:	2026-04-23
Fecha Pedido:	2026-04-21

#	Código	Descripción	Cantidad	UM	Val. Unit	IVA/IC	Dcto	%	Val. Item
1	1002	SERVICIOS FUNERARIOS	1.00	Unidad	1,050,000.00	0.00	0.00	0.00	1,050,000.00

Impuestos

Tipo	Base	Porcentaje	Valor
IVA	1,050,000.00	0.00%	0.00

Retenciones

Tipo	Base	Porcentaje	Valor

Totales

Concepto	Valor
Nro Lineas:	1
Base:	1,050,000.00
Impuestos:	0.00
Retenciones:	0.00
Descuentos En Lineas:	0.00
Descuentos Globales:	0.00
Total Factura - Descuentos:	1,050,000.00
Total Factura:	1,050,000.00

NOTAS:

FALLECIDO: MILAGRO MARTINEZ CUADRADO R.C.No.1.067.986.755

SON: UN MILLóN CINCUENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE*********.

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

ÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

26043920100292

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CÓRDOBA	MONTERÍA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2026-04-19	18:50:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Registro civil	1067986755

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MARTINEZ	CUADRADO	MILAGRO	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO: Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR: Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1064990454

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ALVAREZ	GALVAN	ELIANA	MARIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1064990454

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
CÓRDOBA	MONTERÍA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2026-04-19	

UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso Con La Excelencia
ELIANA MARIA ALVAREZ GALVAN
C.C. 1.064.990.454
ESP. CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO

Código verificación: 6531-009F-B456-9204990454

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2026-04-19 19:12

REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.067.986.755

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64097798

64097798

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradurías [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H Y Q

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE MONTERIA - COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: MARTINEZ

Segundo Apellido: CUADRADO

Nombre(s): MILAGRO

Fecha de nacimiento: Año 2026 Mes ENE Día 12

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CORDOBA MONTERIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 260131100139900

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con tres apellidos, a partir del nacimiento, anotar el propietario que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CUADRADO YORAIDA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.003.459.630

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con tres apellidos, a partir del nacimiento, anotar el propietario que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Nacionalidad:

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CUADRADO YORAIDA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.003.459.630

Firma: yoraida martinez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2026 Mes ENE Día 27	SAMET BAQUERO M. / FALLON MIRANDA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

27.ENE.2026 - ACTA COMPLEMENTARIA - DEBIDAMENTE DILIGENCIADA. NO SE LE TOMAN HUELLAS AL INSCRITO. CERTIFICADO DE HOSPITALIZACION CLINICA CASA DEL NIÑO MONTERIA DEL 27/01/2026

27 ENE 2026

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

LAS SUSCRITAS REGISTRADORAS ESPECIALES DE MONTERIA – CORDOBA.
CERTIFICAN QUE:
ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA REGISTRADURIA.

SAMET ROCIO BAQUERO MENDOZA - FALLON CATHERINE MIRANDA GONZALEZ
Registradoras Especiales del Estado Civil de Montería – Córdoba

REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

José María Gómez Valverde
Contador Público T.P. # 44322-T

Montería, 20 de Mayo de 2026

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

YO, **JOSE MARIA GOMEZ VALVERDE,** Identificado con Cedula de ciudadanía **N.º 6.870.984** de Montería y con Tarjeta profesional **N.º 44322-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de la **FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ** Identificada con **NIT: 900.064.245-7** luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con la normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos 6 meses (Noviembre, Diciembre 2025, Enero, Febrero, Marzo y Abril 2026) calendario legalmente exigibles, se verifico el pago del personal contratado y los aportes al sistema de seguridad social, parafiscales. exigidos por la ley y se encuentran al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

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.

Certificó

JOSE MARIA GOMEZ VALVERDE
CONTADOR PÚBLICO
T.P #44322-T

José María Gómez Valverde
Contador Público T.P. # 44322-T

Montería, 20 de Mayo de 2026

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ

YO, **JOSE MARIA GOMEZ VALVERDE,** Identificado con Cedula de ciudadanía **N.º 6.870.984** de Montería y con Tarjeta profesional **N.º 44322-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de la **FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ** Identificada con **NIT: 900.064.245-7** ha dado cumplimiento y pago a proveedores y pago de impuestos y obligaciones tributarias en cumplimiento a su objeto social Correspondiente al mes de Abril de 2026. De igual manera se encuentra al día con el pago de sus obligaciones laborales y de honorarios con el talento humano vinculado a la entidad.

Certificó

JOSE MARIA GOMEZ VALVERDE
CONTADOR PÚBLICO
T.P #44322-T

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
NIT 900064245	7	FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 43 16 48	MONTERIA-CORDOBA	7812926	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-05	61811443	9503681486	E	2026/05/13	2026/05/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$1,998,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)					$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$437,800			$3,501,810	$140,200			$3,501,810	$18,400		$3,501,810	$175,400
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (2 Afiliados)					$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$437,800			$3,501,810	$140,200			$3,501,810	$18,400		$3,501,810	$175,400
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (2 Afiliados)					$3,501,810	$560,400			$3,501,810	$437,800			$3,501,810	$140,200			$3,501,810	$18,400		$3,501,810	$175,400
1	CC 50921046	BRUNAL KATIA	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900	CCF16	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$9,200	30	$1,750,905	$87,700
2	CC 34991301	PEREIRA YOLANDA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900	CCF16	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$9,200	30	$1,750,905	$87,700

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: MONTERIA 23023 (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$9,200		$1,750,905	$87,700
Centro de Trabajo: MONTERIA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$9,200		$1,750,905	$87,700
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$70,100			$1,750,905	$9,200		$1,750,905	$87,700
3	CC 50922720	HERNANDEZ CLAUDIA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	CCFC55	30	$1,750,905	$218,900	CCF16	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$9,200	30	$1,750,905	$87,700
Total		**Afiliados(3)**			$5,252,715	$840,600			$5,252,715	$656,700			$5,252,715	$210,300			$5,252,715	$27,600		$5,252,715	$263,100

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
NIT 900064245	7	FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 43 16 48	MONTERIA-CORDOBA	7812926	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-05	61811443	9503681486	E	2026/05/13	2026/05/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$1,998,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$840,600	$0	$0	$840,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$560,400	$0	$0	$560,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$27,600	$0	$0	$27,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	3	$27,600	$0	$0	$27,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$210,300	$0	$0	$210,300
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	3	$210,300	$0	$0	$210,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$656,700	$0	$0	$656,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
PROTEGER	CCFC55	901,543,211	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$157,800	$0	$0	$157,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	3	$157,800	$0	$0	$157,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$105,300	$0	$0	$105,300
SENA	PASENA	899,999,034	1	3	$105,300	$0	$0	$105,300
TOTAL				3	$1,998,300	$0	$0	$1,998,300

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
6.870.984
NUMERO

GOMEZ VALVERDE
APELLIDOS

JOSE MARIA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1954
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

03-JUN-1975 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1302300-38157501-M-0006870984-20070507 02828 07127A 02 221131260

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

44322-T

JOSE MARIA
GOMEZ VALVERDE
C.C. 6870984
RESOLUCION INSCRIPCION 062 FECHA 24/08/95
UNIVERSIDAD DEL SINU

Presidente

00051987

FIRMA DEL TITULAR

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

497471E998FC96EE

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 **JOSE MARIA GOMEZ VALVERDE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 6870984 de MONTERIA (CORDOBA) Y Tarjeta Profesional No 44322-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **

Dado en BOGOTA a los 8 días del mes de Mayo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barrios
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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.921.046**

BRUNAL CABRALES
APELLIDOS

KATIA CECILIA
NOMBRES

Katia Brunal Cabrales
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1978**
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-NOV-1996 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00164304-F-0050921046-20090725 0013955512A 1 7460022962

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141206602233

(415)7707212489984(8020) 000014120660223 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900064245 | 6. DV: 7

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería 1 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona jurídica 1

25. Tipo de documento:

26. Número de Identificación:

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: FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ

36. Nombre comercial: VIVERO BAOBAB

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Córdoba 2 3

40. Ciudad/Municipio: Montería 0 0 1

41. Dirección principal: CR 15 16 A 08 BRR URBINA

42. Correo electrónico: labriegosporlapaz@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 0 1 3 6 1 6 7 5 0

45. Teléfono 2: 6 0 1 7 8 6 0 9 6 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
9 4 9 9	2 0 1 6 1 2 0 1	8 8 1 0	2 0 1 6 1 2 0 1		7 0 1 0	7 0 2 0

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos: 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

04- Impto. renta y compl. régimen especial

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: BRUNAL CABRALES KATIA CECILIA

985. Cargo: Representante legal Certificado

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141206602233

(415)7707212489984(8020) 000014120660223 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900064245	7	Impuestos y Aduanas de Montería 12	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		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	16	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	01	01
72. Número		14
73. Fecha	20051004	20220721
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	03	03
76. Fecha de registro	20141224	20220728
77. No. Matrícula mercantil	S0504410	S0506713
78. Departamento	70	23
79. Ciudad/Municipio	34	22
Vigencia		
80. Desde	20051004	20051004
81. Hasta	20991231	20991231

Composición del Capital

82. Nacional	100 %
83. Nacional público	0.0 %
84. Nacional privado	100.0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0.0 %
87. Extranjero privado	0.0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control
Gobernación 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	80	20160101		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141206602233

(415)7707212489984(8020) 000014120660223 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900064245	7	Impuestos y Aduanas de Montería 12	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 18	20180710

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 13	50921046		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
BRUNAL	CABRALES	KATIA	CECILIA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141206602233

(415)7707212489984(8020) 000014120660223 3

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

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 0 9 2 1 0 4 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
BRUNAL	CABRALES	KATIA	CECILIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 8 0 9 2 4	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141206602233

(415)7707212489984(8020) 000014120660223 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900064245	7	Impuestos y Aduanas de Montería 12	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 13	6870984		443222T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GOMEZ	VALVERDE	JOSE	MARIA

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

135. Fecha de nombramiento
20221207

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 13	1067911462	3	266973T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
PADILLA	CALAO	LUIS	FELIPE

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

159. Fecha de nombramiento
20250101

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141206602233

(415)7707212489984(8020) 000014120660223 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900064245		Impuestos y Aduanas de Montería 12	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 02	Tratamiento de semillas para propagación 0164

162. Nombre del establecimiento
VIVERO BAOBAB

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Córdoba 23	Sahagún 660

165. Dirección
VDA LA SABANITA PREDIO ALEJANDRIA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
210665	20231004
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3013616750	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"

NIT: 860.035.827-5

CRA.13 No. 27 – 47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ identificado con el documento No. 900.064.245 Posee en la oficina MONTERIA (550) una cuenta de ahorros No. 550084198 desde el 3 de diciembre de 2025.

Se expide la presente a solicitud interesado a los 31 días del mes de marzo de 2026.

Atentamente,

Gerente Oficina (Montería-550)

FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ
NIT. 900064245-7

SEGURIDAD SOCIAL TALENTO HUMANO

Montería - Córdoba

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-29, 11:24:06 AM Tipo Planilla: I-PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 85282241

Periodo Cotización: abril de 2026 Periodo Servicio: abril de 2026

PAGADO 29/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RAUL ANDRES MARMOL CARBALLO		
Documento	CC1003065002	**Dirección**	CR 29 #11 - 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015726839
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	LORICA	**Departamento**	CÓRDOBA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	IGE	LMA	VSP	VST	SPF	SUS	MAT	Reg	Rem	Nov IBC	Días IBC	Días IBC	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ESAL	Aporte ESAP	SENA	ICBF	Aporte Bienestar	Total
CC 1003065002	RAUL ANDRES MARMOL CARBALLO	3	0																				38 - 01 COLPENSIONES	$1.750.305	$280.900	2 - 01 EPS SURAMERICANA EPS	$1.750.305	$210.000	0.522	$0	$0	14 - CCF CORDOBA FCR	$1.750.305	$140.000	$0	$0	$0	$0	$630.900

III. TOTALES

IBC Pensiones	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Cajas	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MIN ENSEÑANZA	Intereses Mora, Sanciones, Saldos a Favor Mj. ERP	Interés Mora ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.750.305	$1.750.305	$0	$1.750.305	$280.900	$210.000	$0	$140.000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$630.900	$0	$630.900

Bancolombia

Comprobante en línea

29 Abr 2026 10:58:54

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 262682786

Comercio
ENLACE OPERATIVO S.A.

Referencia 1
172.29.10.57

Fecha
29 Abr 2026 10:58:54

Referencia 2
CC

Número de factura
85282241

Referencia 3
1003065002

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
$509.700

Número de comprobante
TR1057592786

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4889**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003369139
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA DEL PILAR DIAZ YEPES
CIUDAD/MUNICIPIO:	PURISIMA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 7 CALLE 10# 10-02	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4650939626**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996519546

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8060083947	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9639491401 DV: 767344
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 21/04/2026 08:35:55
PAP: 800221
Identificacion: 1003369139
Nombre: MARIA DEL PILAR
Apellido 1: DIAZ
Apellido 2: YEPES
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 0000000000
Codigo Planilla: 465039626
Periodo Pago: 202604
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1003369139Valor: $541.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510101.
Consulte el listado efecty con su

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1003397498
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MAUREN SUAREZ NEGRETE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN.	CLL 4 A SUR N- 24 B-3 BRR VILLA MELISA	TELÉFONO:	7830947
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE.	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			6013161985	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			258137534

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280,200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218,900	$ 0	$ 0	$ 218,900
SUBTOTALES:													$ 218,900	$ 0	$ 0	$ 218,900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CODIGO	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	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																
N°	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
1	CC 1003397498	SUAREZ NEGRETE MAUREN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL																				
PENSIÓN										SALUD						ARP				
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	30	$ 1.750.905	100339749	$ 9.200

PARAFISCALES						
		CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Listo

Finalizaste tu pago

BBVA

Pago exitoso

$508.300,00

27 abr, 2026--6:49:28 PM

Producto o servicio	Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisa
	SOI ACH
Pagaste con	Cuenta de Ahorros
	*0950
Código de confirmación (CUS)	258137534
IP	186.169.146.53

Volver al comercio

Imprimir comprobante

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30664772
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA CECILIA DIAZ PAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	BARRIO JUAN XXIII	TELÉFONO:	7900000
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:	**4646500891**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996591569

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

[illegible]: 9640594958	DU: 362033
Cliente:	110263 PILA BECERRO
Fecha:	28/04/2026 15:11:32
Esp:	911828
Identificacion:	30664772
Nombre:	ANA
Apellido 1:	GIRA
Apellido 2:	MARIA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	0000000000
Codigo Planilla:	4646500691
Periodo Pago:	2026/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 30664772	Valor: $508.300.00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1073819045
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LINA MARCELA LOPEZ GALVAN LOPEZ GALVAN		
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN PELAYO	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	RIO SANANTERO	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5168267145**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996277571

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

R. US: 9538690179 DV: [illegible]
Cliente: 110463 PIZA ALCAHUO
Fecha: 01/04/2026 10:00:12
PAP: 180001
Identificacion: 1070812045
Nombre: LINA MARCELA
Apellido 1: LOPEZ
Apellido 2: GALVAN
Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Telefono: 000000000
Codigo Planilla: 51682674
Periodo Pago: 202604
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1073812045Valor: $500.000,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50916711
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FARVIELLIS LUCERO BLANQUICETT
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CR 8 A N 34-21	TELÉFONO:	7777777
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:	**6011546528**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		203839955

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Bancolombia

Comprobante en línea

7 Abr 2026 15:24:27

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 203839955

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
7 Abr 2026 15:24:27

Referencia 2
CC

Número de factura
6011546528

Referencia 3
50916711

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR1523169955

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1283**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1066185460	GLORIA MERCEDES BELLO VASQUEZ		barrio villa maria	7664497	gloriarg07@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – independiente			CÓRDOBA	CHINÚ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75263147	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1066185460	GLORIA MERCEDES BELLO VASQUEZ	barrio villa maria	7854497	gloriarg07@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	i – Independiente		CÓRDOBA	CHINÚ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75283147	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	1	$0	$509.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Morosidad	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Riesgo	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1066185460	BELLO VASQUEZ GLORIA MERCEDES	59	0			K																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

Bancolombia

Comprobante en línea

13 Abr 2026 14:09:47

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 219606109

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
186.83.113.31

Fecha
13 Abr 2026 14:09:47

Referencia 2
CC

Número de factura
75283147

Referencia 3
1066185460

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR1408496109

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 5045**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1064979641
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SILVIA ELENA ARANGO COGOLLO ARANGO COGOLLO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 6 N 32 - 20 CENTRO	TELÉFONO:	7900000
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:	**6012441460**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		221516757

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8060083947	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Bancolombia

Comprobante en línea

14 Abr 2026 08:58:04

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 221516757

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
14 Abr 2026 08:58:04

Referencia 2
CC

Número de factura
6012441460

Referencia 3
1064979641

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR0856266757

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4459**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 50900608

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	ADRIANA ISABEL TRIANA PESTANA TRIANA PESTANA		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	50900608
Ciudad/Municipio	BARRANQUILLA	Departamento	ATLANTICO
Dirección	CRA 16A 48B 46	Teléfono	3828184
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y facilitadoras
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**4648525131**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	marzo / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/03/26
Número Autorización	9996218578		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ADRIANA ISABEL	Apellidos	TRIANA PESTANA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	50900608
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	ATLANTICO	Municipio	BARRANQUILLA
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 280.200
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 280.200**

SALUD		Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	50900608	**Total Aporte**	**$ 9.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

N. OS: 9
Cliente:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50939464
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NILLER EYLERTH LUCERO ACOSTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CR8A #3421 B/CENTRO	TELÉFONO:	7910266
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:	**4647715245**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996452152

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9638623358 DV: 838761
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 15/04/2026 08:42:59
PAP: 994074
Identificacion: 50939464
Nombre: NILLER LUCERO
Apellido 1: ACOSTA
Apellido 2: NANAN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 000000000
Codigo Planilla: 464715245
Periodo Pago: 202604
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 50939464 Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	26007899
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA ELENA ARAUJO DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	LORICA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	LORICA	TELÉFONO:	7732118
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:	**4648504655**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996540296

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9639756189	DV: 223145
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	22/04/2026 15:24:29
PAP:	912114
Identificacion:	26007899
Nombre:	ANGELA
Apellido 1:	ARAUJO
Apellido 2:	456456456456
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	4564564564
Codigo Planilla:	4648504655
Periodo Pago:	2026/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 26007899	Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003369139
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA DEL PILAR DIAZ YEPES
CIUDAD/MUNICIPIO:	PURISIMA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 7 CALLE 10# 10-02	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4650939626**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996519546

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8060083947	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9639491401 DV: 767344
Cliente: 110263 PICA RECAUDO
Fecha: 21/04/2026 08:35:55
PAP: 600221
Identificacion: 1003369139
Nombre: MARIA DEL PILAR
Apellido 1: DIAZ
Apellido 2: YEPES
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 0000000000
Codigo Planilla: 465039626
Periodo Pago: 202604
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1003369139Valor: $541.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510101.
[illegible]

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	10784267
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAVIER ANTONIO DIAZ PEREZ DIAZ PEREZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 48B 14D 56 CAS 5	TELÉFONO:	7900000
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:	**6605201561**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996547958

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 288.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 288.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 225.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 225.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 523.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 523.700**

[illegible]

ORDEN DE SERVICIO

No. [illegible] [illegible]
Cliente [illegible]
Fecha [illegible]
Hora [illegible]

Identificacion: [illegible]
Nombre: [illegible]
Apellido 1: [illegible]
Apellido 2: [illegible]
Tipo Documento: [illegible]
Telefono: [illegible]
Codigo Postal: [illegible]
Valor Pago: [illegible]
Valor Comision: [illegible]
Valor Tot Comision: [illegible]
Referencia: 10784281 [illegible]

Aplica condiciones particulares del
cliente beneficiario.
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender reclamaciones.
[illegible]
Para reclamaciones, presente este
recibo [illegible]
servicio [illegible]
www.[illegible].com [illegible]

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1067861571

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	KELYS GIRALDO BARRIOS		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1067861571
Ciudad/Municipio	MONTERIA	Departamento	CORDOBA
Dirección	MZ48 LT37 B/VILLA CIELO	Teléfono	7900000
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y facilitadoras
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4648292747**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	abril / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/23
Número Autorización	9996543441		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	KELYS	Apellidos	GIRALDO BARRIOS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1067861571
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA
Salario Básico	$ 2.400.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							01-30									

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 280.200
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 280.200**

SALUD			
		Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES			
		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Dias	30	IBC	$ 1.750.905
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	1	**Total Aporte**	**$ 9.200**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF16-COMFACOR	30	2,000 %	$ 1.750.905	$ 35.100

TOTAL PAGADO:	**$ 543.400**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9639812005	DV: 475208
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	23/04/2026 08:06:05
PAP:	903837
Identificacion:	1067861571
Nombre:	KELLIS
Apellido 1:	GIRALDO
Apellido 2:	N A
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	202020220
Codigo Planilla:	4648292747
Periodo Pago:	2026/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia: 1067861571Valor: $543.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50929036
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAIDA INES PLAZA OJEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	KRA 16W N-25-56	TELÉFONO:	7841958
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:	**6012539053**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		250031217

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Tienda
SOI ACH

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
24 de abril de 2026 a las 10:51 a. m.

CUS
250031217

Referencia Nequi
M05348287

¿Cuánto?
$ 508.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
10.80.25.153

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
50929036

Factura de comercio
6012539053

Tu plata salió de:

Disponible

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067899821
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANY LUZ BENEDETTY OTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	LA COQUERA	TELÉFONO:	7860797
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:	**4651609425**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996570429

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVU LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640238911 DV: 762398
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 27/04/2026 09:23:14
PAP: 903837
Identificacion: 1067899821
Nombre: DIANYS
Apellido 1: BENEDETTY
Apellido 2: OTERO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 230220220
Codigo Planilla: 4651609425
Periodo Pago: 2026/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1067899821Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	11000005	RICARDO ELIAS CORREA TORRES		Diagonal18 Tnversal 1 #1A89 Barrio la granja	7896078	correalorres.ricardo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CÓRDOBA	MONTERÍA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78036146	27/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	11000005	RICARDO ELIAS CORREA TORRES		Diagonal18 Trnversal 1 #1A89 Barrio la granja	7899078	correalorres,ricardo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			CÓRDOBA	MONTERÍA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78036146	27/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$508.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Tipo Ips	Estudiante	Extranjero	Colombiano	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VIP	VSY	ERL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportando	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia
CC 11000005	CORREA TORRES RICARDO ELIAS	57	0			N																		25-14	1,750,905	30	280,200	0	0	0	0

SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
ESSC07	1,750,905	30	218,900	14-23	1,750,905	30	1	9,200		0	0	0	0	0	0	0	0

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
27 de abril de 2026 a las 11:16 a. m.

CUS
256801665

Referencia Nequi
M06548062

¿Cuánto?
$ 508.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
181.57.56.211

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
11000005

Factura de comercio
78036146

Tu plata salió de:

Disponible

enlinea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32241853		DURANGO ALVAREZ ELIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 31# 8-48	MONTERIA-CORDOBA	7820000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	256817503	9503872005	I	2026/05/14	2026/04/27	BANCOLOMBIA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC 32241853	DURANGO ELIANA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

Planilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32241853		DURANGO ALVAREZ ELIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 31# 8-48	MONTERIA-CORDOBA	7820000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	256817503	9503872005	I	2026/05/14	2026/04/27	BANCOLOMBIA	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

Bancolombia

Comprobante en línea

27 Abr 2026 11:21:35

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 256817503

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
10.129.7.4

Fecha
27 Abr 2026 11:21:35

Referencia 2
CC

Número de factura
9503872005

Referencia 3
32241853

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9503872005

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR1120457503

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 0184**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50892813
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAIDA DEVIS PAYARES VILORIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	MZ 114 LT 6 ETP 10 PRADERA	TELÉFONO:	7830923
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:	**6013144982**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		256859375

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Bancolombia

Comprobante en línea

27 Abr 2026 11:33:53

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 256859375

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
27 Abr 2026 11:33:53

Referencia 2
CC

Número de factura
6013144982

Referencia 3
50892813

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR1133109375

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 9281**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067881652
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YANETH LEONOR VARGAS PICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALE 22B # 12-47	TELÉFONO:	7896072
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:	**6013141241**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		257534254

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8910800051	CCF16	CCF16-COMFACOR	1	$ 35.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 543.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 543.400**

Bancolombia

Comprobante en línea

27 Abr 2026 15:16:21

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 257534254

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
27 Abr 2026 15:16:21

Referencia 2
CC

Número de factura
6013141241

Referencia 3
1067881652

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$543.400

Número de comprobante
TR1515254254

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 6147**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	26174910
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAYDA ROSA ORTEGA JARAMILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN PELAYO	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 5 7 - 24 BOCA GRANDE	TELÉFONO:	7633383
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - CASA DEL NIÑO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4648394418**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996565868

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640112488
PV: 802608
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 25/04/2026 10:16:09
PAP: 388001
Identificacion: 26174910
Nombre: SAIDA ROSA
Apellido 1: ORTEGA
Apellido 2: JARAMILLO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 000000000
Codigo Planilla: 4648394418
Periodo Pago: 2026/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 26174910 Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1067405217
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: MARY LUZ YEPEZ MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO: PURISIMA
DEPARTAMENTO: CORDOBA
DIRECCIÓN: CR 8 N 1A - 3
TELÉFONO: 3147103
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: Comercio al por mayor de computadores equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 1208906874
TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES abril AÑO 2026
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/04/27
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9896580422

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	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

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	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	CCH	VSP	VST	SLN	COR	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1067405217	YEPEZ MARTINEZ MARY LUZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

Nº	SEGURIDAD SOCIAL									
	PENSIÓN									
	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

Nº	SALUD						ARP				
	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	106740521	$ 9.200

Nº	PARAFISCALES							
			CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640359590	DV: 594347
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	27/04/2026 16:16:04
PAP:	909304
Identificacion:	1067405217
Nombre:	MARY LUZ
Apellido 1:	YEPEZ
Apellido 2:	MARTINEZ
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	8787878787
Codigo Planilla:	1208906874
Periodo Pago:	2026/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia: 1067405217Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclanaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1063140706
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YULIE DE JESUS LLORENTE CADAVIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERETE	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 11A -45P	TELÉFONO:	7900000
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:	**4651655699**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES:	abril
	AÑO: 2026			AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996578113	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640333409	DV: 196774
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	27/04/2026 15:05:55
PAP:	902268
Identificacion:	1063140706
Nombre:	YULIE
Apellido 1:	LLORENTE
Apellido 2:	XXX
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	758777777
Codigo Planilla:	4651655699
Periodo Pago:	2026/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia: 1063140706Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	64696554
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NORA ELENA MARTINEZ CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 21 N3A W -24- BARRIO RIO	TELÉFONO:	7833701
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:	**6013122792**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		259110309

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Tienda
SOI ACH

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
28 de abril de 2026 a las 8:41 a. m.

CUS
259110309

Referencia Nequi
M02629280

¿Cuánto?
$ 508.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
10.80.25.153

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
64696554

Factura de comercio
6013122792

Tu plata salió de:

Disponible

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30670393
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CARMEN LORENA PAEZ ALTAMIRANDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	LORICA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	LORICA	TELÉFONO:	7732118
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:	**4651686144**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2026/05/25	0	$ 0	$ 517.400
2026/05/26	1	$ 500	$ 517.900
2026/05/27	2	$ 800	$ 518.200
2026/05/28	3	$ 1.200	$ 518.600
2026/05/29	4	$ 1.500	$ 518.900
2026/06/01	7	$ 2.600	$ 520.000

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 18.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.300**

TOTAL POR PAGAR: $ 517.400

PREVIVO LTDA.
NIT: 830 131 993 1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640412386	DV: 130526
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	28/04/2026 08:35:11
PAP:	994633
Identificacion:	30670393
Nombre:	CARMEN LORENA
Apellido 1:	PAEZ
Apellido 2:	ALTAMIRANDA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	5465645644
Codigo Planilla:	4651686144
Periodo Pago:	2026/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 30670393	Valor: $517.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.

servicioalcliente@protecty.com.co
www.protecty.com.co

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1067870317		MARULANDA PASTRANA GREYSY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz b lot 14 santa elena 3	MONTERIA-CORDOBA	7953578	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	259260652	9502171310	I	2026/05/07	2026/04/28	BANCOLOMBIA	0	$508,300

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	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	1067870317	MARULANDA GREYSY	231005	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900	0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

enlinea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1067870317		MARULANDA PASTRANA GREYSY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz b lot 14 santa elena 3	MONTERIA-CORDOBA	7953578	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	759260652	9502171310	I	2026/05/07	2026/04/28	BANCOLOMBIA	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

Bancolombia

Comprobante en línea

28 Abr 2026 09:38:58

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 259260652

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
200.118.146.28

Fecha
28 Abr 2026 09:38:58

Referencia 2
CC

Número de factura
9502171310

Referencia 3
1067870317

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9502171310

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR0937490652

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 9511**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1017129198
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ERIKA PATRICIA BARBA MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO MESETA ALTA ISTMINA	TELÉFONO:	7777777
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:	**4648639437**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996587314

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640455269	DV: 038975
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	28/04/2026 11:03:43
PAP:	905554
Identificacion:	1017129198
Nombre:	ERIKA
Apellido 1:	BARBA
Apellido 2:	MUÑOZ
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	35353535
Codigo Planilla:	4648639437
Periodo Pago:	2026/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia: 1017129198Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067855400
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARTHA CECILIA HERRERA LOZANO	HERRERA LOZANO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	DG 20 1 - 29 LA GRANJA	TELÉFONO:	7863426
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:	**6013126593**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		260734360

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Bancolombia

Comprobante en línea

28 Abr 2026 15:40:33

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 260734360

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
28 Abr 2026 15:40:33

Referencia 2
CC

Número de factura
6013126593

Referencia 3
1067855400

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR1539484360

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 9281**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1065010837
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANCISCO RAFAEL ALARCON POLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 14 E # 44-30	TELÉFONO:	3006798
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6013085242**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		256714835

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Bancolombia

Comprobante en línea

27 Abr 2026 10:50:22

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 256714835

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
27 Abr 2026 10:50:22

Referencia 2
CC

Número de factura
6013085242

Referencia 3
1065010837

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR1049394835

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4061**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067922154
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JORGE LUIS ALARCON PUENTES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	MONTERIA	TELÉFONO:	7900000
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:	**6013084599**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	256702728		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8910800051	CCF16	CCF16-COMFACOR	1	$ 35.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 543.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 543.400**

Bancolombia

Comprobante en línea

27 Abr 2026 10:48:23

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 256702728

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
27 Abr 2026 10:48:23

Referencia 2
CC

Número de factura
6013084599

Referencia 3
1067922154

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$543.400

Número de comprobante
TR1045572728

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4061**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067874335
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KELLY YANETH ROJAS PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 14 C # 13-25	TELÉFONO:	7952737
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:	**6013084033**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		252522809

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8910800051	CCF16	CCF16-COMFACOR	1	$ 35.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 543.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 543.400**

Bancolombia

Comprobante en línea

25 Abr 2026 08:42:03

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 252522809

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
25 Abr 2026 08:42:03

Referencia 2
CC

Número de factura
6013084033

Referencia 3
1067874335

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$543.400

Número de comprobante
TR0840352809

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 9281**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50927511
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HAIDY JUDITH NEGRETE NARVAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	KR7#2244 B/EL DORADO	TELÉFONO:	7904677
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:	**4648545289**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	abril
	AÑO:	2026		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996591573		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640505043	DV: 524942
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	28/04/2026 15:12:02
PAP:	905554
Identificacion:	50927511
Nombre:	HAIDITH
Apellido 1:	NEGRETE
Apellido 2:	NARVAEZ
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	535353533
Codigo Planilla:	4648545289
Periodo Pago:	2026/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 50927511	Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1066523168

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	MARTHA ANDREA ARRIETA CORONADO ARRIETA CORONADO		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1066523168
Ciudad/Municipio	MONTERIA	Departamento	CORDOBA
Dirección	CLL 18 CRA 12	Teléfono	7900030
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y facilitadoras
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**46516355817**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	abril / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Días de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/27
Número Autorización	99986580131		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	MARTHA ANDREA	Apellidos	ARRIETA CORONADO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1066523168
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días	30	IBC	$ 1.750.905
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 280.200
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	**Total Aporte**	**$ 280.200**

SALUD		Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Días	30	IBC	$ 1.750.905
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	**Total Aporte**	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	IBC	$ 1.750.905
Clase de Riesgo	II	Tarifa	2,436 %
Centro de Trabajo	106652316	**Total Aporte**	**$ 42.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

DV: 944542
N. OS: 9640355573 110263 PILA RECAUDO
Cliente: 27/04/2026 16:03:15
Fecha: 912863
PAP: 1066523168
Identificacion: MARIHA
Nombre: ARRIETA
Apellido 1: RAA
Apellido 2:
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3107982000
Codigo Planilla: 4651635813
Periodo Pago: 2026/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1066523168Valor: $541.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Bancolombia

Comprobante en línea

27 Abr 2026 11:33:53

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 256859375

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
27 Abr 2026 11:33:53

Referencia 2
CC

Número de factura
6013144982

Referencia 3
50892813

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$508.300

Número de comprobante
TR1133109375

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 9281**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE PREVIO AL PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067943044
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			ALVARO JAVIER ARGUMEDO GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO.	CORDOBA
DIRECCIÓN	CRA 16W N 19A-087	TELÉFONO:	3127025
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4648618960	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/28				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF16	CCF16-COMFACOR	1	$ 10.600	$ 0	$ 10.600
SUBTOTALES:			$ 10.600	$ 0	$ 10.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CCM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	CC 1067943044	ARGUMEDO GARCIA ALVARO JAVIER	INDEPEND		$ 1.750.905			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
		$ 0		$ 0

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 1.750.905	CCF16-COMFACOR	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 509.700

Nota: Este soporte no es válido para reclamaciones ante entidades financieras y administradoras.

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1
ORDEN DE SERVICIO

DV: 497455
N. OS: 9640532940
Cliente: 119253 PIA RECAUDO
Fecha: 29/04/2026 09:28:29
PAP: 389002
Identificacion: 1067943044
Nombre: ALVARO
Apellido 1: ARGUMEDO
Apellido 2: GARCIA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 7679888989
Codigo Planilla: 4648618960
Periodo Pago: 202604
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1067943044Valor: $509.700.00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25785784
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DERLY LUZ FERRER MARCHENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	DG12#9A31 B/EL PRADO	TELÉFONO:	7900000
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:	**4648464084**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996596288

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9640576508 DV: 250969
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 29/04/2026 09:01:35
PAP: 996059
Identificacion: 25785784
Nombre: DERLY
Apellido 1: FERRER
Apellido 2: NAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 7899898
Codigo Planilla: 4648464084
Periodo Pago: 2026/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 25785784 Valor: $508.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:	MHdregino	DEIVY JOSE REGINO TORRES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-023	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA
Fecha y Hora Sistema:	2026-05-28-8:39 a. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	190468026	**Fecha Registro:**	2026-05-26	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	46-02-00-023 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	360626	**Comprobante Contable de la Generación:**	
Fecha Máxima Pago:	2026-05-28	**Código de Referencia:**	04500752400190468026	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Bruto:	4.983.336,00	**Valor Deducciones:**	0,00	**Valor Neto:**	4.983.336,00	**Saldo x Pagar:**	0,00

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**4.983.336,00**	Valor Deducciones	0,00	Valor Neto	**4.983.336,00**	Moneda Base Compra		**Valor MBC**	

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	900064245	**Razón Social:**	FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	550084198	**Banco:**	BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

TESORERIA	DOCUMENTO SOPORTE					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	**Número:**	23006922025	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2025-12-30

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS												
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
112 ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTION EN EL RESTABLECIMIENTO Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA / C-4602-1500-10-704040-4602014-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA												
	Propios	27	CSF	4.983.336,00	0,00	4.983.336,00				Pesos	0,00	0,00

LINEAS DE PAGO VINCULADA					
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
46-02-00-023 - ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA	9-1 - INVERSION PROPIOS CSF	2026-05-26	4.983.336,00	05 NINGUNO	Pagada

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHvolivero	VANESSA PAOLA OLIVERO ESPITIA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-023	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA
Fecha y Hora Sistema:	2026-05-27-2:33 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	360626	**Fecha Registro:**	2026-05-26	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			46-02-00-023 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	ConOrdendePago	**Requiere DIP:**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:** 9426
Valor Inicial:	4.983.336,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	4.983.336,00	**Saldo x Ordenar:** 0,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00				**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:** 0,00
Valor Deducciones:	0,00	**Valor Neto:**	4.983.336,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:** 13126
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00				**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:** 285084

TERCERO

Identificacion:	900064245	**Razon Social:**	FUNDACION LABRIEGOS POR LA PAZ	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	550084198	**Banco:**	BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

CUENTA X PAGAR				CAJA MENOR			
Numero:		**Tipo:**	Pago Sin Descuentos	**Identificacion:**		**Fecha de Registro:**	

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	23006922025	**Tipo:**	CONTRATO	**Fecha:**	2025-12-30

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
112 ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTION EN EL RESTABLECIMIENTO Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA	C-4602-1500-10-704040-4602014-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	Propios	27	CSF	05-NINGUNO					
						Total:	4.983.336,00	0,00	4.983.336,00	0,00

Objeto:	PAGO ABRIL CTO 23006922025 ACOMPAÃ‘AMIENTO HOSPITALARIOS

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
46-02-00-023 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA	9-1 INVERSION PROPIOS CSF	2026-05-26	OrdenadaPago	4.983.336,00

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)