

karla_bitar7@hotmail.com

De: julian diaz <JULIAN_DIAZ_182@hotmail.com>
Enviado el: jueves, 15 de octubre de 2020 11:21 p. m.
Para: Juzgado 02 Familia - N. De Santander - Cucuta; Escribiente Juzgado 02 Familia Circuito - N. De Santander - Cúcuta; Adriana Yolanda Delgado Calderon; Laura Cristina Torres Ortega
Asunto: CONTESTACION DEMANDA RAD. 2020-056
Datos adjuntos: CONTESTACION DEMANDA RAD. 2020 – 056.pdf

Buenos días

adjunto contestación de demanda dentro del expediente de radicado 2020-056
agradezco se me envié acuse de recibido.

cordialmente

Julián Andrés Díaz G.

Abogado

cel. 311 548 1788



JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
Abogado- Universidad Cooperativa De Colombia

SEÑORA
JUEZ SEGUNDO (2) DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CUCUTA
CUCUTA –NORTE DE SANTANDER.

DEMANDANTE: KATHERINE QUINTERO MIRANDA.
DEMANDADO: CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO.
RADICADO: 2020 – 056
E. S. D.

JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ, mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía número 5.828.515 de Ibagué, portador de la tarjeta profesional N° 319.915 del C.S.J. actuando como apoderado del señor **CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO** identificado con C.C. 1.035.865.472 de Girardota, conforme al poder adjunto, por lo cual solicito respetuosamente se sirva a reconocerme personería para actuar en los términos y condiciones allí indicados, por medio de la presente, me permito dar contestación de la demanda de **"FIJACION DE CUOTA ALIMENTARIA"** instaurada por la señora **KATHERINE QUINTERO MIRANDA**, en representación de su hijo menor de edad **CAMILO CORREA QUINTERO**, contra el señor **CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO** en los siguientes términos:

EN CUANTO A LOS HECHOS:

PRIMERO: ES CIERTO

SEGUNDO: ES PARCIALMENTE CIERTO, toda vez que a la fecha de presentación de la presente demanda mi mandante, el señor **CORREA GALLEGO**, no tenía más hijos.

Sin embargo y a la fecha de la presente contestación de demanda, me permito informar a este despacho los siguientes acontecimientos que cambian de manera directa y de fondo las pretensiones incoadas por la parte demandante:

- El señor **CORREA GALLEGO**, en la actualidad ostenta su estado civil casado, con la señora **CINDY VIVIANAN NIMISICA GONZALEZ**, identificada con la C.C. 1.020.420.727, matrimonio civil celebrado el día dieciséis (16) de julio del año dos mil veinte (2020), en la notaria veinte tres (23) del círculo de Medellín, mediante escritura pública N° 1035.
- A la fecha la señora **CINDY VIVIANAN NIMISICA GONZALEZ**, se encuentra en estado de embarazo, contando en la actualidad con veinte (20) semanas de embarazo.



JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
Abogado- Universidad Cooperativa De Colombia

Por tal razón, en la actualidad el señor **CORREA GALLEGO**, es también responsable de proporcionar a su esposa, la señora **NIMISICA GONZALEZ** los gastos de embarazo y parto. Y posterior a ello cumplir con su obligación de dar alimentos a su futuro hijo.

TERCERO: ES PARCIALMENTE CIERTO, toda vez que si bien cierto como lo afirma el apoderado de la parte demandante a la fecha no existe una cuota reglamentada por autoridad competente en el tema, si es cierto que entre el señor **CORREA GALLEGO** y la señora **QUINTERO MIRANDA**, existía inicialmente un acuerdo verbal y posterior a ello el señor **CORREA GALLEGO** ha suministrado a la señora **QUINTERO MIRANDA**, en diferentes ocasiones dinero por concepto de cuota de alimentos a favor de su hijo menor **CAMILO CORREA QUINTERO**, tal y como se puede observar en los recibos de transferencias que se aportan con la presente contestación en el acápite de pruebas.

CUARTO: ES PARCIALMENTE CIERTO, pues si bien es cierto, el señor **CORREA GALLEGO**, si labora en **CUEROS VELEZ S.A.S.**, el apoderado de la parte actora presume un salario, el cual menciona como elevado, sin aportar prueba al menos sumaria de dicho valor. Además, al mencionar el término "**ELEVADO**", está realizando una apreciación subjetiva de lo que para él puede llegar a significar un salario elevado, sin realizar una cuantificación del mismo.

Pues la realidad es que el señor **CORREA GALLEGO**, devengaba por su labor, una asignación salarial de DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE (\$2.292.000.00), sin descuentos de ley, tal y como se puede observar en los desprendibles de nómina que se aportan con la presente contestación en el acápite de pruebas.

QUINTO: ES CIERTO.



JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
Abogado- Universidad Cooperativa De Colombia

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES:

Me opongo a todas y cada una de ellas, toda vez que el porcentaje solicitado por el apoderado de la parte demandante, es elevado y no tiene sustento factico al solicitar como cuota de alimentos a favor del menor **CAMILO CORREA QUINTERO**, el equivalente al cincuenta (50%) del salario devengado por mi poderdante, Maxime cuando no se determina una condición especial del menor, que demuestre la necesidad de dicho porcentaje.

De igual manera y dado a las condiciones actuales se debe tener en cuenta la existencia del hijo que esta por nacer del señor **CORREA GALLEGO**, el cual también depende económicamente para su desarrollo.

Frente al descuento solicitado por el apoderado de la parte actora del valor el cincuenta (50%) de las primas del mes de junio y diciembre para cubrir gastos de matrículas, pensiones y otros elementos necesarios para la edad del menor, es de resaltar que el artículo 24 En la ley 1098 de 2006 menciona claramente lo que enmarca una cuota de alimentos:

Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción y, en general, todo lo que es necesario para el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes.

Sin embargo, aclaro a este despacho que en ningún momento nos oponemos a la fijación de una cuota alimentaria a favor del menor **CAMILO CORREA QUINTERO**. Por lo cual solicito a su señoría en el momento de fijar la cuota alimentaria, si así lo cree pertinente, se tenga como precedente la real situación económica del señor **CORREA GALLEGO** y el cumplimiento de sus demás obligaciones devengadas de su actual matrimonio con la señora **CINDY VIVIANAN NIMISICA GONZALEZ**, la cual por su estado de embarazo no se encuentra laborando en la actualidad, con la cual esperan el nacimiento de su futuro hijo el cual también depende económicamente del señor **CORREA GALLEGO**.



JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
Abogado- Universidad Cooperativa De Colombia

EXCEPCIONES

GENERICAS

Las demás excepciones que por no requerir denominación y/0 formulación expresa aparezcan probadas dentro del proceso.

PRUEBAS

Solicito al señor juez sean decretadas y practicadas las siguientes pruebas:

DOCUMENTALES

- Registro civil de matrimonio de indicativo serial N° 07122613, donde se puede determinar el actual estado civil del señor **CORREA GALLEGO**.
- Historia clínica de la señora **CINDY VIVIANAN NIMISICA GONZALEZ**, esposa del señor **CORREA GALLEGO**, donde se puede determinar su estado actual de embarazo.
- Impresión de transferencia de fecha UNO (1) de enero de 2020, cada uno por la suma de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.200. 000.00) a la cuenta de ahorros N° 824 510649 80 de Bancolombia. La cual está a nombre de la señora **KATHERINE QUINTERO MIRANDA**, dinero consignado por el señor **CORREA GALLEGO**, por concepto de cuota de alimentos a favor de su menor hijo **CAMILO CORREA QUINTERO**.
- Impresión de dos (2) recibos de transferencia de fecha veintiuno (21) de abril de 2020, cada uno por la suma de QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$500.000.00) a la cuenta de ahorros N° 824 510649 80 de Bancolombia. La cual está a nombre de la señora **KATHERINE QUINTERO MIRANDA**, dinero consignado por el señor **CORREA GALLEGO**, por concepto de cuota de alimentos a favor de su menor hijo **CAMILO CORREA QUINTERO**.
- Desprendibles de nómina de los últimos (4) cuatro meses correspondientes a los meses de mayo, junio, julio y agosto del presente año del señor **CORREA GALLEGO**.



JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
Abogado- Universidad Cooperativa De Colombia

TESTIMONIALES

Solicito se cite y haga comparecer ante su despacho a las personas que se relacionan a continuación, quienes tienen conocimiento sobre los hechos de la presente demanda, prueba esta que permitirá conocer y probar más allá de toda duda razonable los hechos objeto de la presente demanda así:

- **CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO**
C.C. 1.035.865.472 de Girardota.

INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito se llame a absolver interrogatorio de parte en la fecha y hora que su despacho indique a la Señora **KATHERINE QUINTERO MIRANDA**, persona mayor de edad a fin de que responda el interrogatorio de parte que se realizara de forma verbal.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundo esta solicitud en los siguientes preceptos:

- Artículos 44 de la constitución política de Colombia, títulos XII Y XXI del código civil, ley 27 de 1977, ley 1098 de 2006, artículo 133 a 159 del decreto 2737 de 1989, ley 75 de 1968, artículo 390 y siguientes del código general del proceso y demás normas concordantes.

CUANTIA Y COMPETENCIA

Es usted competente señor juez para conocer de la presente demanda en consideración de la naturaleza del proceso, la cuantía y del domicilio de los menores, al tenor de lo contemplado en el artículo 390 y siguientes del C.G.P., decreto 2737 de 1989 y ley 75 de 1968.

ANEXOS

- Poder conferido por el señor **CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO**.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía y tarjeta profesional del apoderado.
- Los mencionados en el acápite de pruebas.



JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
Abogado- Universidad Cooperativa De Colombia

NOTIFICACIONES

- **EI DEMANDADO: CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO.**

Kra 59 N° 62-25 B/ Buenos Aires del municipio de Bello - Antioquia.
Tel: 310 340 36 53
E_MAIL: ccorreagallego@gmail.com

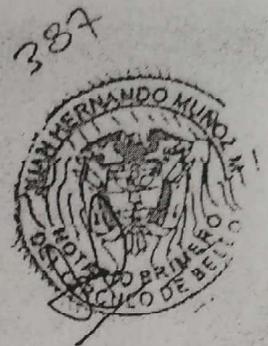
El suscrito Apoderado, en la secretaría del Juzgado o en el Conjunto residencial rincón de las margaritas etapa1 bloque 11 apto 401 de la ciudad de Ibagué – Tolima.
TEL: 311 548 1788
E-mail: julian_diaz_182@hotmail.com

Del Señor juez

JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
CC 5.828.515 DE IBAGUE
T.P. 319.915 del C.S DE LA J
julian_diaz_182@hotmail.com
Cel. 311 548 1788



JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
Abogado- Universidad Cooperativa De Colombia



Señora
JUEZ SEGUNDO (2) DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CUCUTA.
CUCUTA - NORTE DE SANTANDER.

DEMANDANTE: KATHERINE QUINTERO MIRANDA.
DEMANDADA: CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO.
RADICADO: 2020 - 056
E. S. D.

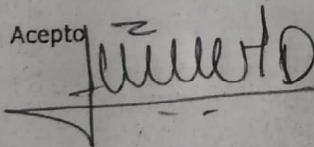
CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO persona mayor de edad, identifica como aparece al pie de mi respectiva firma, confiero Poder Especial, Amplio y Suficiente al abogado **JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ** mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía número 5.828.515 de Ibagué, con T.P. 319.915 del C. S. de la J para que en mi nombre asuma mi representación como demandado dentro del proceso de "FIJACION DE CUOTA ALIMENTARIA" interpuesta por la señora **KATHERINE QUINTERO MIRANDA.**

Mi apoderado queda revestido de las facultades de que trata el artículo 77 del C.G.P, inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de conciliar, recibir, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y en general todas aquellas necesarias para el buen cumplimiento de su gestión.

Ruego tener y reconocer personería jurídica como mi apoderado en los términos de este mandato.

Atentamente,

- Cristian Correa
CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO
C.C. 1.035.865.472 DE GIRARDOTA.

Acepto 
JULIAN ANDRES DIAZ GONZALEZ
C.C. 5.828.515 DE IBAGUE
T.P. 319.915 del C.S DE LA J

**ESPACIO
EN BLANCO**



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL



59387

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

En la ciudad de Bello, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el diez (10) de octubre de dos mil veinte (2020), en la Notaría Primera (1) del Círculo de Bello, compareció:

CRISTIAN CAMILO CORREA GALLEGO, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1035865472, presentó el documento dirigido a JUEZ SEGUNDO DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CUCUTA - CUCUTA - NORTE DE SANTANDER y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

Cristian Correa

----- Firma autógrafa -----



617xb2t50kzv
10/10/2020 - 08:56:49:106



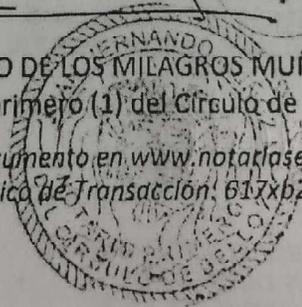
Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Juan Hernando de los Milagros Muñoz Muñoz

JUAN HERNANDO DE LOS MILAGROS MUÑOZ MUÑOZ
Notario primero (1) del Círculo de Bello

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 617xb2t50kzv





ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO

Indicativo
Serial

07122613



Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría Notaría Consulado Corregimiento Insp. de Policía Código A E M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN NOTARIA 23 MEDELLIN * * * * *

Datos del matrimonio

Lugar de celebración País - Departamento - Municipio

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN * * * * *

Fecha de celebración

Año 2 0 2 0 Mes J U L Día 1 6

Clase de matrimonio

Civil Religioso

Documento que acredita el matrimonio

Tipo de documento

Acta religiosa Escritura de protocolización

Número

1035

Notaría, juzgado, parroquia, otra.

NOTARIA 23 MEDELLIN * * *

Datos del contrayente

Apellidos y nombres completos

CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1035865472 * * * * *

Datos de la contrayente

Apellidos y nombres completos

NIMISICA GONZALEZ CINDY VIVIANA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1020420727 * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1035865472 * * * * *

Firma

Cristian Correa

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 0 Mes J U L Día 1 6

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Amanda de Jesús Henao Rodríguez

AMANDA DE JESUS HENAO RODRIGUEZ



CAPITULACIONES MATRIMONIALES

Lugar otorgamiento de la escritura	No. Notaría	No. Escritura	Fecha de otorgamiento de la escritura
* * * * *	*	**	Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* * * * *	**	**	

HIJOS LEGITIMADOS POR EL MATRIMONIO

Nombres y apellidos completos	Identificación (Clase y número)	Indicativo serial de nacimiento

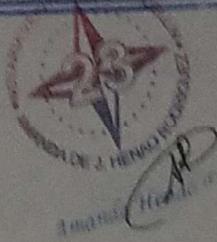
PROVIDENCIAS

Tipo de providencia	No. Escritura o Sentencia	Notaría o Juzgado	Lugar y fecha	Firma funcionario

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

La Notaría 23 del Circuito de Medellín
CERTIFICA:
Que este registro civil es fiel copia tomada del folio original que reposa en los archivos de esta Notaría en virtud de petición del interesado, (art. 112 y 4.º del decreto 1260 de 1.979).
Válido para Cesckar Cuatrecasas
Fecha 18 JUL 2020



Historia Clínica Materno Perinatal

Las preguntas marcadas con (*) son obligatorias

Nombres Cindy Viviana		Edad 31 Años	Raza Mestiza	*Peso al iniciar el embarazo (kg) 69	Talla (m) 1.58
Apellidos Nimica Gonzalez		Estado Civil Casada	Ocupacion AMA DE CASA	IMC 27.64	
CC/TI 1020420727	Nivel Educativo Tecnológica	Zona procedencia Urbana	Procedencia BELLO	FUM (dd/mm/aaaa) 15 / 05 / 2020 Confiable	
Fecha 11/09/2020	Nivel Socioeconomico Estrato 2	Edad inicio rel. sexuales 15	Num. compañeros sexuales 03	FUP (dd/mm/aaaa) / /	
Direccion B/BUENOS AIRES	Telefono 3113595295	IPS Integrados Ips Ltda Sede Bek	Ciudad/Departamento	*FPP (dd/mm/aaaa) 19 / 02 / 2021	

Antecedentes Familiares		Antecedentes Personales		Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos	
SI	No	SI	No		
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	G = Número de embarazos P = Partos vaginales C = Cesareas A = Abortos (menos de 22 semanas o menos de 500 grs de peso) E = Ectopicos V = Nacidos vivos M = Nacidos muertos con mas de 22 semanas o peso mayor a 500 grs.	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	G 0	P 0
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	C 0	A 0
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	E 0	V 0
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	M 0	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Menarquia	13
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ciclos	Irregulares
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Planificación Filar	No
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Flujo vaginal	No
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ETS	No
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Citología último año	Anormal
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Colposcopia	Si
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Periodo Intergenésico	No aplica
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Infertilidad	No
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ttos. de infertilidad	No
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	RPM	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	RCIU	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	APP	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parto Prematuro	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Gemelar	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Malformaciones	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Polihidramnios	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Oligohidramnios	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Emb. Prolongado	N/A
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Amenaza Aborto	N/A
Otro, Cual? -- ABUELO MATERNO CON TBC TRATADA -- SOBRINO CON HIDROCEFALIA		Otro, Cual? -- ESPOSO: 3103403653 -- ANTECEDENTE DE PATOLOGIA DE CUELLO UTERINO, NO ESPECIFICADA. COLPOSCOPIA ALTERADA CON TOMA DE BIOPSIA.		Otro, Cual? -- NO SE ENCONTRABA EN PLANIFICACION FAMILIAR -- EMBARZO NO PLAIFICADO,	

sis y Evolución

Guardar Respuestas

ACIENDE DE 31 AÑOS DE EDAD, GRUPO A+, PRIMIGESTANTE, ANTECEDENTE DE PATOLOGIA DE CUELLO UTERINO, NO ESPECIFICADA. TECNOLOGO EN NEGOCIACION INTERNACIONAL. ACTUALMENTE AMA DE CASA. NO SE ENCONTRABA EN PLANIFICACION FAMILIAR. EMBARAZO NO PLANIFICADO, ACEPTADO Y DESEADO DE SE ESPOSO CRISTIAN CAMILO CORREA, TRABAJA EN CUEROS VELEZ. QUE ASISTE A LA CONSULTA PRENATAL CON 16 SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA DEL 18/08/2020 CON 12.3 SEMANAS. ALTO RIESGO OBSTETRICO POR CONTROL PRENATAL TARDIO (NO TENIA EPS), PRIMIGESTANTE Y PATOLOGIA DE CUELLO UTERINO NO ESPECIFICADA. TIENE PENDIENTE TRAER RESULTADO DE CITOLOGIA. YA VALORADA POR NUTRICION. PENDIENTE SICOLOGIA Y ODONTOLOGIA. IMC: 27.649 SOBREPESO POR ESCALA DE ATALAH CON AUMENTO DE PESO PERMITIDO DURANTE EL EMBARAZO DE 07-10 KILOS. TOMANDO ACIDO FOLICO Y SULFATO FERROSO. NO ESTA TOMANDO CALCIO. NO HA INICIADO ESQUEMA DE VACUNACION. REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA CEFALEA, MAREOS, REFIERE NAUSEAS Y VOMITOS OCASIONALES, SE INDICA TTO MEDICO. AL EXAMEN FISICO BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, EUPNEICA CON BUENA COLORACION DE PIEL Y MUCOSA. TORAX SIMETRICOS, NORMO EXPANSIBLE. MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADO. RUIDO CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO. MAMAS SIMETRICAS SIN SECRECION CALOSTRAL. ABDOMEN GLOBOSO FETO UNICO, INDIFFERENTE, FCF: 148 X MIN, AU: 14 CM. NEUROLOGICO CONSERVADO, NO SE EVIDENCIA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES. NIEGA DOLOR ABDOMINAL Y PERDIDAS TRANSVAGINALES. RESTO DEL EXAMEN FISICO NORMAL. PARACLINICOS DE INGRESO DENTRO DE LO NORMAL. PENDIENTE RERESULTADO DE UROCULTIVO. SE INDICAN IOFI Y CALCIO Y SE EXPLICA COMO DEBE INGERIRLOS. SE DAN INSTRUCCIONES DE HABITOS NUTRICIONALES Y DE VIDA SALUDABLE. NO REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EXCESIVA. SE REALIZA CONSEJERIA POST PRUEBA DE TAMIZAJE PARA VIH, SE LE EXPLICA QUE SU RESULTADO FUE NEGATIVO, NO OBSTANTE EL VIH SE TRANSMITE POR CONTACTO SEXUAL DIRECTO Y LA MEJOR FORMA PARA PREVENIRLO ES CON USO DEL PRESEVATIVO DURANTE EL EMBARAZO Y EN CUALQUIER RELACION SEXUAL QUE TENGA POSTERIORMENTE. PACIENTE CON INMUNIDAD PARA TOXOPLASMOISIS. SE DAN LOS SIGUIENTES SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: SANGRADO VAGINAL, DOLOR O CÓLICO BAJITO, FIEBRE, SINTOMAS URINARIOS (ARØR PARA ORINAR, ORINA FÉTIDA), DOLOR DE CABEZA INTENSO EN BANDA QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFEN. SE LE INFORMA SOBRE LA RED DE URGENCIA. SE SOLICITA VALORACION POR GINECOLOGIA (ARO) Y SICOLOGIA. CITA POR ARO EN 2 SEMANAS. SE DIRECCION POR ENFERMERIA PARA DAR INICIO AL ESQUEMA DE VACUNACION. PENDIENTE RESULTADO DE UROCULTIVO. SE SOLICITA CCV. SE HACE ENTREGA DE LA CARTILLA DEL CONTROL PRENATAL Y SE LES EXPLICA QUE DEBEN TRAERLA CADA VEZ QUE VENGAN A CONSULTA. SE NOTIFICA SOBRE LA SENTENCIA C 355.

Escala del Modelo Biopsicosocial Prenatal (Ministerio de Salud - Universidad del Valle)

Historia Reproductiva		Condiciones Asociadas		Embarazo Actual	
Edad	Menos de 16 =1 <input type="radio"/> Entre 16 y 35 =0 <input checked="" type="radio"/> Mas de 35 =2 <input type="radio"/>	Qx Ginecología Previa/Ectopico	=1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hemorragia <= 20 Sem	=1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Paridad	0 =1 <input checked="" type="radio"/> 1 - 4 =0 <input type="radio"/> 5 o mas =2 <input type="radio"/>	Enf. Renal Cronica	=1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vaginal > 20 Sem	=3 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Aborto Habitual/Infertilidad	=1 <input type="checkbox"/>	Diabetes Gestacional	=2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	E. Prolongado (41 Sem)	=1 <input type="checkbox"/>
Retencion Placentaria	=1 <input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	=3 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HTA	=2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Recien Nacido > 4000gr	=1 <input type="checkbox"/>	Enf. Cardiac	=3 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	RPM	=2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Recien Nacido < 2500gr	=1 <input type="checkbox"/>	Enf. Infecciosa Aguda (Bacteriana)	=1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Polihidramnios	=2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
HTA Inducida por Embarazo	=1 <input type="checkbox"/>	Enf. Autoimmune	=3 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	RCIU	=3 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Emb. Gemelar/Cesarea Previa	=1 <input type="checkbox"/>	Anemia (Hb < 10 g/L)	=1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Emb. Multiple	=3 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mortinato/Muerte Neonatal	=1 <input type="checkbox"/>	Sub Total	0	Mala Presentacion	=3 <input type="checkbox"/>
T.R. Prolongado/Parto Dificil	=1 <input type="checkbox"/>	14 - 27	28 - 32	33 - 42	Isolnmunización RH =3 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Sub Total	14 - 27	28 - 32	33 - 42

Riesgo Psicossocial

Tension Emocional	Llanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor, no poder quedarse quieta	<input checked="" type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Intenso	2 o más items intensos = 1 0
Humor Depresivo	Insomnio, falta de interés, no disfruta pasatiempos, depresión, malgenio	<input checked="" type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Intenso	
Sint. Neurovegetativo	Transpiración manos, boca seca, accesos de rubor, palidez, cefalea de tensión	<input checked="" type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Intenso	2 o más items con nunca = 1 0
Soporte Familiar - Satisfecha con la forma como usted comparte con su familia o compañero	El tiempo	<input checked="" type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Nunca	
	El espacio	<input checked="" type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Nunca	
	El dinero	<input checked="" type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Nunca	

Guardar Respuestas

Riesgo Biopsicosocial Prenatal (Autor: Herrera JA y colaboradores)

Semana 14 - 27 Bajo <3 <input checked="" type="radio"/> Alto >=3 <input type="radio"/> Total	Semana 28 - 32 Bajo <3 <input checked="" type="radio"/> Alto >=3 <input type="radio"/> Total 0	Semana 33 - 42 Bajo <3 <input checked="" type="radio"/> Alto >=3 <input type="radio"/> Total
---	---	---

Exámenes Realizados Durante Este Embarazo Antes del Primer Control en Coomeva EPS

Hb	VDRL	HIV	Hepatitis B	Citología cervical	Ecografía
12.8 mg/dl	Negativo	Neg.	Neg.		PARACLINICOS DE INGRESO DEL 08/09/2020: *GRUPO A+, HB: 12.8 CORREGIDO, HTO:40.80, WBC: 13.30, PLT: 299, GLUCOSA: 80 *UROANALISIS: LEUC 100/UL, CRISTALES ABUNDANTES. UROCULTIVO
Fecha realización 08/09/2020	Fecha realización 08/09/2020	Fecha realización 08/09/2020	Fecha realización 08/09/2020	Fecha realización	

Tamizaje Clínico y de Laboratorio

Grupo y RH A(+)							
	Coombs ind.			O'Sullivan		CTGO	
	Fecha	Glicemia en ayunas 80 (mgr/dl)	Glicemia pre (mgr/dl)			Primera	
Sem 16						Pre	1h
Sem 20						2h	3h
Sem 24		2da glicemia (mgr/dl)	Glicemia post (mgr/dl)			Pre	1h
Sem 28						2h	3h
Sem 32			Fecha Result.				
Sem 36							

Curva de glicemia Rol-Over test

	1 Trl.	2 Trl.	3 Trl.
Hb		12.8	
HCTO		40.80	
VDRL		Negativo	
Frotis vaginal			
P. Orina		Otros	
Gram de orina fresca			

	1 Trl.	2 Trl.	3 Trl.
Urocultivo			
FTA - ABS			
HIV		Neg.	
Hepatitis B (HBs Ag)		Neg.	
Antitetánica			
Citología cervical			

Eco 1 Trl.	Eco 2 Trl.	Eco 3 Trl.
Edad gestacional según ecografía	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
Correspondencia con la edad gestacional por amenorrea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Polihidramnios	<input type="checkbox"/> Polihidramnios
Presencia de hematoma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RCIU	<input type="checkbox"/> RCIU
Sonolucencia nucal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malformación	<input type="checkbox"/> Malformación
Otros marcadores de aneuploidia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oligohidramnios	<input type="checkbox"/> Oligohidramnios
	<input type="checkbox"/> Macrosomia	<input type="checkbox"/> Macrosomia
	<input type="checkbox"/> Otras anomalías	<input type="checkbox"/> Otras anomalías
-- ECO DEL 18/08/2020: SACO GESTACIONAL REGULAR, CON BORDES REGULARES, FETO UNICO, INDIFERENTE, LCC: 51.30 MM. TRASLUCENCIA NUCAL 1.6 MM. HUESO NASAL PRESENTE. NO DESPRENDIMIENTOS, NO HEMATOMAS. IDX: EMBARAZO DE 12.3 SEMANAS.		

Nota: Colocar el resultado del examen de laboratorio en el trimestre en el que se realizó

Guardar Respuestas

Control Prenatal	1
Código Historia	173805782
Fechas	11/09/2020
*Semanas Gestación	16
*Peso (Kg)	70
*Tensión Arterial	110/70
*Altura Uterina (cm)	14
FCF	148
FCF segundo gemelo	
Presentación Fetal	No aplica
Presentación Fetal segundo gemelo	
Movimientos Fetales > 10 cada 12h	No
Movimientos Fetales segundo gemelo > 10 cada 12h	
Valoración Cuello Uterino	NO
Edemas	NO
Monitoreo Fetal	
Monitoreo Fetal segundo gemelo	

Síntomas premonitorios de eclampsia

Salud oral	No
Responsable	No realizada
Examen Mamas	Jrdelgado
Examen Genitales	

Altura Uterina

Incremento Peso Materno
En Función de la Edad Gestacional

Presión Arterial Diastólica

Adaptado del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Montevideo. Autor: Fescina R. © Autor: Herrera J.A. Universidad del Valle - Cali, Colombia

Morbilidades Trazadoras

Preeclampsia	1 - Con riesgo sin tratamiento	CALCIO 1200 MG
Parto prematuro		
Diabetes gestacional	1 - Paciente con riesgo sin tratamiento	NUTRICION. CTOG
Bajo peso		
Riesgo psicosocial		
HPP y/o parto obstructivo		

Morbilidad Materna

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Embarazo múltiple	<input type="checkbox"/> Hipertensión crónica
<input type="checkbox"/> Preeclampsia leve	<input type="checkbox"/> Preeclampsia severa	<input type="checkbox"/> Preeclampsia severa con Síndrome HELLP
<input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional	<input type="checkbox"/> Eclampsia	<input type="checkbox"/> Cardiopatía
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus previa	<input type="checkbox"/> Infección urinaria
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Hepatitis viral
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> Amenaza o trabajo de parto prematuro
<input type="checkbox"/> Hemorragia del primer trimestre	<input type="checkbox"/> Placenta previa	<input type="checkbox"/> Abruption placentaria
<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> R.C.T.U.
<input type="checkbox"/> Sepsis puerperal	<input type="checkbox"/> Hemorragia postparto	<input type="checkbox"/> Placenta retenida
<input type="checkbox"/> Atonia Uterina	<input type="checkbox"/> Desgarros perineales	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar
<input type="checkbox"/> CID	<input type="checkbox"/> Otras, Cual?	

Guardar Respuestas

Parto o Aborto

Procedencia	Edad Gestacional	Tamaño Fetal Corresponde	Inicio Esp <input type="radio"/> Ind <input type="radio"/>	Membranas Int 1 <input type="radio"/> Rot 2 <input type="radio"/>	Fecha de Ruptura Hora Dia Mes	Presentación
IPS de procedencia		SI <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 1				
Terminación Espont. <input type="radio"/> Cesarea <input checked="" type="radio"/> 3 Forceps <input type="radio"/> Cesarea / Histerectomía <input checked="" type="radio"/> 4 Indicación de parto operatorio o inducido	Orden de nacimiento		Manejo activo del tercer periodo <input type="checkbox"/> Partograma <input type="checkbox"/>		Hora Dia Mes Año	

Episiotomia No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Desgarros No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Extracción manual de placenta SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Placenta Completa SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Hipotonía uterina SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Muerte Fetal No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Emb. <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/>	Medicación en Parto <input type="checkbox"/> Anestesia Local <input type="checkbox"/> Tranquilizante <input type="checkbox"/> Anestesia Reg. <input type="checkbox"/> Oxitocina <input type="checkbox"/> Anestesia General <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Analgésico <input type="checkbox"/> Otra H <input type="checkbox"/> Ninguna
Institución que atendió el parto Nivel de Atención 3° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> Domic <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Atendió Médico <input type="checkbox"/> Enf <input type="checkbox"/> Aux <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Promotor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Neonato <input type="checkbox"/>		No. Historia Clínica RN _____ Nombre RN _____ Nombre _____ Nombre _____	Necesita remisión? <input type="checkbox"/> Institución a donde se remite _____ Motivo de la remisión _____

Recien Nacido No. 1

Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Ind. <input type="radio"/>	Apgar. 1° <input type="radio"/> 5° <input type="radio"/>	Minuto	Reanimación al nacer <input type="checkbox"/> Tubo oro-traqueal? <input type="checkbox"/>	Vit. K <input type="checkbox"/> Hemoclasificación _____ Coombs _____ Profilaxis oftalm. <input type="checkbox"/>	Peso al Nacer _____ gr. Talla _____ cm	Edad por Examen Físico _____ Sem.	Peso / EG Adecuado <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/>	EX - Físico Inmediato Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Temp. _____ Per Cef _____ cm
TSH <input type="checkbox"/>	Serología para LUES <input type="checkbox"/>	Vacunas BCG <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/>	EX - Físico PRE - Alta Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Temp. _____	EX - Neurol al Egreso Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Dudoso <input type="radio"/>				
Morbilidad <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Enf. de Membrana Hialina <input type="checkbox"/> Broncoaspiración de Meconio <input type="checkbox"/> Taquipnea Transitoria del RN <input type="checkbox"/> Bronconeumonía Congenita <input type="checkbox"/> Otros SDR <input type="checkbox"/> Sífilis Neonatal <input type="checkbox"/> Sepsis Neonatal <input type="checkbox"/> Entero Colitis Necrotizante <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Otras Infecciones <input type="checkbox"/> Infección Perinatal Crónica <input type="checkbox"/> Intercia por ABO <input type="checkbox"/> Ictericia por RH <input type="checkbox"/> Ictericia Indeterminada <input type="checkbox"/> Hemorragia Intraventricular <input type="checkbox"/> Otras Hemorragias <input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Hipoglicemia neonatal <input type="checkbox"/> Hipocalcemia <input type="checkbox"/> Trastornos Hidroelectrolíticos <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otras				Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas <input type="checkbox"/> Sistema Nervioso Central <input type="checkbox"/> Sistema Respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema Cardiovascular <input type="checkbox"/> Sistema Digestivo <input type="checkbox"/> Sistema Genitourinario <input type="checkbox"/> Osteomuscular (Luxación congénita de cadera) <input type="checkbox"/> Anomalías Cromosómicas <input type="checkbox"/> Malformaciones Congénitas Múltiples				
RN con la Madre SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Egreso RN Sano 1 <input type="radio"/> Traslado 3 <input type="radio"/> Con pat. 2 <input type="radio"/> Fallece 4 <input type="radio"/>	RN requiere hospitalización <input type="checkbox"/> Institución donde se hospitaliza _____	Edad Alta/Traslado Días _____ Horas _____	Edad Al Fallecer Días _____ Horas _____				
Lactancia en la primera hora de vida <input type="checkbox"/>				Alimentación Pecho <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/> Artificial <input type="radio"/>				

Recien Nacido No. 2

Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Ind. <input type="radio"/>	Apgar. 1° <input type="radio"/> 5° <input type="radio"/>	Minuto	Reanimación al nacer <input type="checkbox"/> Tubo oro-traqueal? <input type="checkbox"/>	Vit. K <input type="checkbox"/> Hemoclasificación _____ Coombs _____ Profilaxis oftalm. <input type="checkbox"/>	Peso al Nacer _____ gr. Talla _____ cm	Edad por Examen Físico _____ Sem.	Peso / EG Adecuado <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/>	EX - Físico Inmediato Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Temp. _____ Per Cef _____ cm
---	---	---------------	--	---	---	--	---	---

TSH <input type="checkbox"/>	Serología para LUES <input type="checkbox"/>	Vacunas BCG <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hepatitis D <input type="checkbox"/>	EX - Físico PRE - Alta Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Temp. <input type="checkbox"/>	EX - Neurol al Egreso Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/>
Morbilidad <input type="checkbox"/> Enf. de Membrana Hialina <input type="checkbox"/> Broncoaspiración de Meconio <input type="checkbox"/> Taquipnea Transitoria del RN <input type="checkbox"/> Bronconeumonía Congenita <input type="checkbox"/> Otros SDR <input type="checkbox"/> Sífilis Neonatal <input type="checkbox"/> Sepsis Neonatal <input type="checkbox"/> Entero Colitis Necrotizante <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Otras Infecciones <input type="checkbox"/> Infección Perinatal Crónica <input type="checkbox"/> Ictericia por ABO <input type="checkbox"/> Ictericia por RH <input type="checkbox"/> Ictericia Indeterminada <input type="checkbox"/> Hemorragia Intraventricular <input type="checkbox"/> Otras Hemorragias <input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Hipoglicemia neonatal <input type="checkbox"/> Hipocalcemia <input type="checkbox"/> Trastornos Hidroelectrolíticos <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otras		Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas <input type="checkbox"/> Sistema Nervioso Central <input type="checkbox"/> Sistema Respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema Cardiovascular <input type="checkbox"/> Sistema Digestivo <input type="checkbox"/> Sistema Genitourinario <input type="checkbox"/> Osteomuscular (Luxación congénita de cadera) <input type="checkbox"/> Anomalías Cromosómicas <input type="checkbox"/> Malformaciones Congénitas Múltiples		
RN con la Madre SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Egreso RN Sano 1 <input type="checkbox"/> Traslado 3 <input type="checkbox"/> Con pat. 2 <input type="checkbox"/> Fallece 4 <input type="checkbox"/>	RN requiere hospitalización <input type="checkbox"/> Institución donde se hospitaliza	Edad Alta/Traslado Dias Horas	Edad Al Fallecer Dias Horas
Lactancia en la primera hora de vida <input type="checkbox"/>		Alimentación Pecho <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/>		

Puerperlo

Tiempo de estancia en recuperación	Atención de puerperlo en?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4 Horas	12 Horas	Al Alta
Temperatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensión arterial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Involución uterina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Loquios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemorragia postparto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Manejo HPP	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Transfusión <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Uterotónicos <input type="checkbox"/> Embolización		

Consejería anticonceptiva: <input type="text"/>	Aplicación vacuna MMR: <input type="text"/>
Egreso materno: <input type="text"/>	Muerte Materna En embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperlo <input type="checkbox"/>
Fecha (d/m/a): / /	



Consigancion aporte Camilo



Agregar una etiqueta



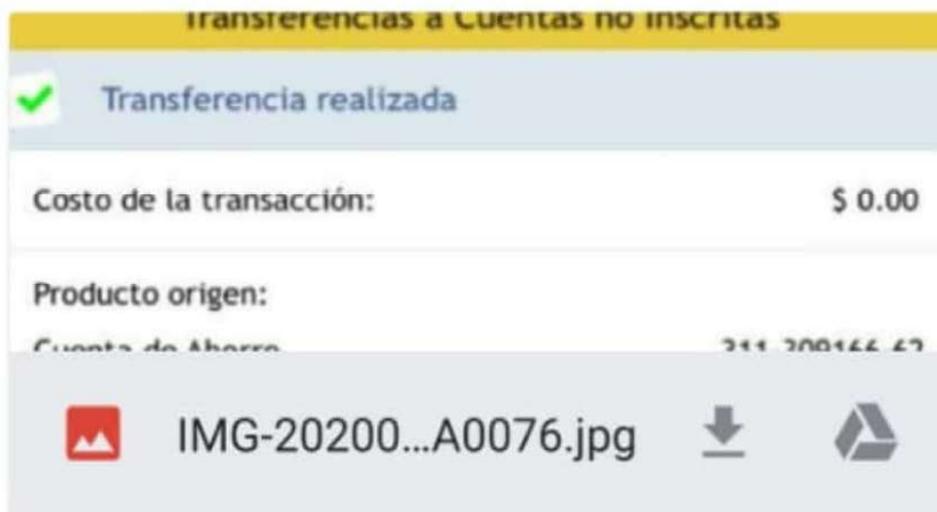
cristian correa gallego 6 ene.

para passionpell ▾



Buenas noches

Katherine , envió soporte de consigancion de \$1.200.000 , ya que no hemos podido llegar a un acuerdo de pago de cuotas mensuales, por este medio me indicas si sigo consignando dinero o mejor envío material , de lo que el bebe necesite. Muchas gracias por la atencion prestada.



Transferencias a Cuentas no Inscritas

Transferencia realizada

Costo de la transacción: \$ 0.00

Producto origen:

Cuenta de Ahorro 311-309166-62

Producto destino: 824-510649-80

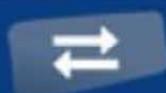
Tipo de cuenta: Ahorros

Valor transferido: \$ 1,200,000.00

Número de comprobante: 0000096919

Fecha: 2020/01/06

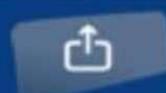
Hora: 21:36:48



Transferir



Pagar



Compartir



Aporte consignación Camilo



Agregar una etiqueta



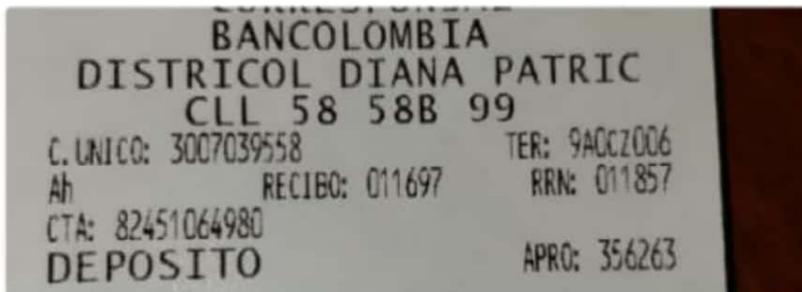
cristian correa gallego 21 abr.
para passionpell ▾



Buenas noches

Katherine , envió soporte de consigancion de \$1.000.000 , ya que no hemos podido llegar a un acuerdo de pago de cuotas para lo que el bebe necesite.

Muchas gracias por la atencion prestada.



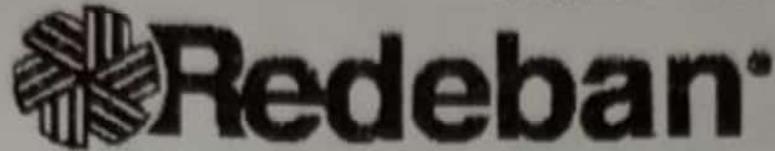
20200421_193629.jpg



20200421_193557.jpg



VB 40 b014 20190618



ABR 21 2020 18:58:54 RBMDES 8.40

CORRESPONSAL
 BANCOLOMBIA
 DISTRICOL DIANA PATRIC
 CLL 58 58B 99

C. UNICO: 3007039558

TER: 9A0CZ006

Ah

RECIBO: 011697

RRN: 011857

CTA: 82451064980

DEPOSITO

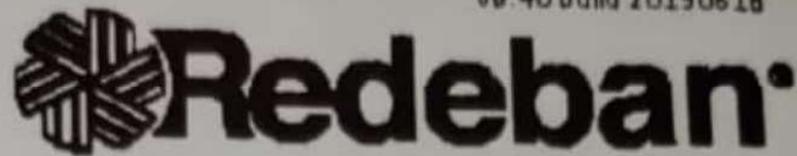
APRO: 356263

VALOR \$ 500.000

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

VB.40 build 20190618



ABR 21 2020 18:37:39 RBMICT 8.40

CORRESPONSAL
 BANCOLOMBIA
 COMCARD BELLO JM
 TRV 56A 58 03

C. UNICO: 3007028085

TER: 9LZZZ793

Ah

RECIBO: 033995

RRN: 037728

CTA: 82451064980

DEPOSITO

APRO: 129021

VALOR \$ 500.000

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

* * *

CLIENTE

* * *

14/10/2020 9:42:33



RECIBO DE PAGO

Centro de costos
CO380000

Periodo : 09

Desde : **01-05-2020**Hasta : **15/05/2020**

Código

Nombre

Salario

1035865472**CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO**

2.292.000,00

Conc	Descripción	Devengados		Deducciones	
		Horas	Valor	Horas	Valor
1M01	Descanso Remunerado	3,00	229.200,00	0,00	0,00
M010	Sueldo Básico	8,00	611.200,00	0,00	0,00
M1L2	Licencia no remunerada	4,00	0,00	0,00	0,00
T000	Descuento Salud	0,00	0,00	11,00	33.616,00
T010	Descuento Pensión	0,00	0,00	15,00	8.595,00
		Devengados	840.400,00	Deducciones	42.211,00
				Neto	798.189,00

Saldo
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00

14/10/2020 9:41:58



RECIBO DE PAGO

Centro de costos
CO380000

Periodo : 10

Desde : 16-05-2020

Hasta : 31/05/2020

Código

Nombre

Salario

1035865472**CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO**

2.292.000,00

Conc	Descripción	Devengados		Deducciones	
		Horas	Valor	Horas	Valor
1M01	Descanso Remunerado	2,00	152.800,00	0,00	0,00
1MF2	Trabajo en Casa	2,00	152.800,00	0,00	0,00
M010	Sueldo Básico	8,00	611.200,00	0,00	0,00
M1L2	Licencia no remunerada	3,00	0,00	0,00	0,00
T000	Descuento Salud	0,00	0,00	12,00	36.672,00
T010	Descuento Pensión	0,00	0,00	15,00	8.595,00
		Devengados	916.800,00	Deducciones	45.267,00
				Neto	871.533,00

14/10/2020 9:43:17



RECIBO DE PAGO

Centro de costos
CO380000

Periodo : 11

Desde : 01-06-2020

Hasta : 15/06/2020

Código

Nombre

Salario

1035865472**CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO**

2.292.000,00

Conc	Descripción	Devengados		Deducciones	
		Horas	Valor	Horas	Valor
1M01	Descanso Remunerado	3,00	229.200,00	0,00	0,00
2T98	Libranza Banco de Bogota	0,00	0,00	0,00	386.406,00
M010	Sueldo Básico	8,00	611.200,00	0,00	0,00
M1L2	Licencia no remunerada	4,00	0,00	0,00	0,00
M460	Prima Legal de Servicio	13,67	1.050.890,00	0,00	0,00
T000	Descuento Salud	0,00	0,00	11,00	33.616,00
T010	Descuento Pensión	0,00	0,00	15,00	45.840,00
		Devengados	1.891.290,00	Deducciones	465.862,00
				Neto	1.425.428,00

14/10/2020 9:43:02



RECIBO DE PAGO

Centro de costos
CO380000

Periodo : 12

Desde : **16-06-2020**

Hasta : **30/06/2020**

Código

Nombre

Salario

1035865472

CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO

2.292.000,00

Conc	Descripción	Devengados		Deducciones	
		Horas	Valor	Horas	Valor
1M01	Descanso Remunerado	2,00	152.800,00	0,00	0,00
2T98	Libranza Banco de Bogota	0,00	0,00	0,00	386.406,00
M010	Sueldo Básico	10,00	764.000,00	0,00	0,00
M1L2	Licencia no remunerada	3,00	0,00	0,00	0,00
M460	Prima Legal de Servicio	1,33	101.974,00	0,00	0,00
T000	Descuento Salud	0,00	0,00	12,00	36.672,00
T010	Descuento Pensión	0,00	0,00	15,00	45.840,00
		Devengados	1.018.774,00	Deducciones	468.918,00
				Neto	549.856,00

14/10/2020 9:43:40



RECIBO DE PAGO

Centro de costos
CO380000

Periodo : 13

Desde : **01-07-2020**Hasta : **15/07/2020**

Código

Nombre

Salario

1035865472**CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO**

2.292.000,00

Conc	Descripción	Devengados		Deducciones	
		Horas	Valor	Horas	Valor
1M01	Descanso Remunerado	2,00	152.800,00	0,00	0,00
2T98	Libranza Banco de Bogota	0,00	0,00	0,00	386.406,00
9A11	Amrt.Reg. Comp.Tiend	0,00	0,00	0,00	25.972,00
M010	Sueldo Básico	11,00	840.400,00	0,00	0,00
M1L2	Licencia no remunerada	2,00	0,00	0,00	0,00
T000	Descuento Salud	0,00	0,00	13,00	39.728,00
T010	Descuento Pensión	0,00	0,00	15,00	45.840,00
		Devengados	993.200,00	Deducciones	497.946,00
				Neto	495.254,00

Saldo
0,00
0,00
129.858,00
0,00
0,00
0,00
0,00

14/10/2020 9:43:31



RECIBO DE PAGO

Centro de costos
CO380000

Periodo : 14

Desde : **16-07-2020**Hasta : **31/07/2020**

Código

Nombre

Salario

1035865472**CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO**

2.292.000,00

Conc	Descripción	Devengados		Deducciones	
		Horas	Valor	Horas	Valor
1M01	Descanso Remunerado	3,00	229.200,00	0,00	0,00
2T98	Libranza Banco de Bogota	0,00	0,00	0,00	386.406,00
9A11	Amrt.Reg. Comp.Tiend	0,00	0,00	0,00	25.972,00
M010	Sueldo Básico	14,00	1.069.600,00	0,00	0,00
M1L2	Licencia no remunerada	-2,00	0,00	0,00	0,00
T000	Descuento Salud	0,00	0,00	17,00	51.952,00
T010	Descuento Pensión	0,00	0,00	15,00	45.840,00
		Devengados	1.298.800,00	Deducciones	510.170,00
				Neto	788.630,00

Saldo
0,00
0,00
103.886,00
0,00
0,00
0,00
0,00

14/10/2020 9:44:05



RECIBO DE PAGO

Centro de costos
CO380000

Periodo : 15

Desde : **01-08-2020**

Hasta : **15/08/2020**

Código

Nombre

Salario

1035865472

CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO

2.292.000,00

Conc	Descripción	Devengados		Deducciones	
		Horas	Valor	Horas	Valor
1M01	Descanso Remunerado	2,00	152.800,00	0,00	0,00
2T98	Libranza Banco de Bogota	0,00	0,00	0,00	386.406,00
9A11	Amrt.Reg. Comp.Tiend	0,00	0,00	0,00	25.972,00
M010	Sueldo Básico	11,00	840.400,00	0,00	0,00
M1L2	Licencia no remunerada	2,00	0,00	0,00	0,00
T000	Descuento Salud	0,00	0,00	13,00	39.728,00
T010	Descuento Pensión	0,00	0,00	15,00	45.840,00
		Devengados	993.200,00	Deducciones	497.946,00
				Neto	495.254,00

Saldo
0,00
0,00
77.914,00
0,00
0,00
0,00
0,00

14/10/2020 9:44:34



RECIBO DE PAGO

Centro de costos
CO380000

Periodo : 16

Desde : **16-08-2020**

Hasta : **31/08/2020**

Código

Nombre

Salario

1035865472

CORREA GALLEGO CRISTIAN CAMILO

2.292.000,00

Conc	Descripción	Devengados		Deducciones	
		Horas	Valor	Horas	Valor
1M01	Descanso Remunerado	3,00	229.200,00	0,00	0,00
2T98	Libranza Banco de Bogota	0,00	0,00	0,00	386.406,00
9A11	Amrt.Reg. Comp.Tiend	0,00	0,00	0,00	25.972,00
M010	Sueldo Básico	9,00	687.600,00	0,00	0,00
M1L2	Licencia no remunerada	3,00	0,00	0,00	0,00
T000	Descuento Salud	0,00	0,00	12,00	36.672,00
T010	Descuento Pensión	0,00	0,00	15,00	45.840,00
		Devengados	916.800,00	Deducciones	494.890,00
				Neto	421.910,00

Saldo
0,00
0,00
51.942,00
0,00
0,00
0,00
0,00

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5828515**

DIAZ GONZALEZ
 APELLIDOS

JULIAN ANDRES
 NOMBRES

Julian Andres Diaz b.
 FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

CONSEJO Superior de la Judicatura

NOMBRES: **JULIAN ANDRES**
 APELLIDOS: **DIAZ GONZALEZ**

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
EDGAR CARLOS SANABRIA MELO

Edgar Carlos Sanabria Melo
 CONSEJO SECCIONAL

COOP. DE COL IBAGUE
 CEDULA

14/12/2018
 FECHA DE EXPEDICION

TOLIMA
 TARJETA N°

5828515 **16/01/2019** **319915**





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1982

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

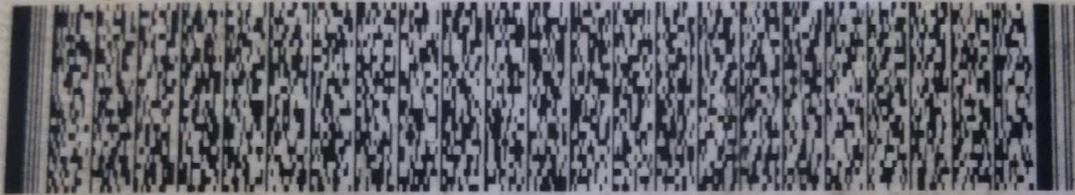
1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-MAY-2000 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUGUE ESCOBAR



P-2900100-63084002-M-0005828515-20010418

1973201026A 02 094623885

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 198 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.