

Requerimiento Documentación Aportada mediante Enlace Rad. 2021-110

Nicolás Rueda Cotes | López & Asoc | <nicolas.rueda@lopezasociados.net>

Jue 7/09/2023 4:25 PM

Para: Juzgado 01 Laboral Circuito - Magdalena - Cienaga <j01lactociena@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Me permito remitir nuevo link con los documentos, agradezco me confirme si pueden acceder:

https://lopezasociados-my.sharepoint.com/:f/g/personal/nicolas_rueda_lopezasociados_net/EiixvXPVtZpOvu4-PnIGsQgBr_vnHp6TY3n8qgJ0SOkyGQ?e=XtUmKc

Atentamente,



NICOLÁS RUEDA COTES

ABOGADO SENIOR - LITIGIOS Y REPRESENTACIÓN JUDICIAL

📍 Calle 70 # 7-30 Piso 6
📍 Bogotá - Colombia
☎ + 57 601 3406944
🌐 www.lopezasociados.net



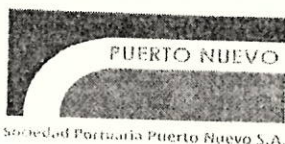
*The Legal 500 Top tier 2023
Top Ranked Chambers Latin America 2023
Leaders League 2023*

AVISO LEGAL

Mi día de trabajo y horario, puede no ser su día de trabajo y horario. No se sienta obligado a responder fuera de su horario normal de trabajo. Este mensaje podría contener información clasificada o reservada de uso confidencial, por lo cual está dirigido exclusivamente a su destinatario, sin la intención de que la misma sea revelada o divulgada a terceros. Si usted ha recibido por error este mensaje, le solicitamos enviarlo de vuelta a López & Asociados S.A.S. a la dirección de correo electrónico que se lo envió y borrarlo o destruirlo de sus archivos. Cualquier uso o divulgación no autorizada de información confidencial generará las consecuencias civiles, disciplinarias, penales, fiscales y las demás previstas en la legislación colombiana. El receptor de este mensaje deberá verificar posibles códigos maliciosos de este correo o sus adjuntos, por lo cual López & Asociados S.A.S. no asumirá responsabilidad alguna por daños generados por esta causa. López & Asociados S.A.S. está comprometida con el cumplimiento del régimen de protección de datos personales, por lo cual lo invitamos a consultar las políticas generales de protección de datos personales en **Política de Protección de Datos Personales**. Por favor considere el medio ambiente antes de imprimir este correo.

LEGAL NOTICE

My working day may not be your working day. Please do not feel obliged to reply to this email outside of your normal working hours. This message may contain classified or confidential information, which is directed exclusively to its addressee, with no intention of it being disclosed or revealed to third parties. If you happen to receive this message by mistake, please send it back to López & Asociados S.A.S. to the same email address and either delete it from your electronic files or destroy it. Any unauthorized use or disclosure of confidential information will generate civil, disciplinary, penal, fiscal and other consequences set forth by the Colombian legislation. The recipient must verify the presence of possible malicious code (malware) in the email or its attachments, and for this reason López & Asociados S.A.S. shall not be made liable for any damages caused by this cause. López & Asociados S.A.S. is committed to the compliance of the privacy and personal data legislation, please consult our privacy policies at **Política de Protección de Datos Personales**. Please consider the environment before printing this email.



Ciénaga, septiembre 4 de 2019

Señora:
TANIA SAADE FERNANDEZ
Calle 11D No. 19 - 44 Bl. 1 Apto 4B.
Santa Marta - Magdalena

Referencia: Su derecho de petición de fecha 14 de agosto de 2019.

En atención a la petición de la referencia y encontrándonos dentro del término legal para contestar, nos permitimos informarle que no es posible proceder de manera positiva con sus pretensiones teniendo en cuenta que el beneficio denominado "auxilio de desplazamiento a otros municipios", solo aplica cuando las citas médicas se desarrollan en lugar diferente al municipio donde el trabajador reside, lo cual no es su caso ya que su residencia es en la ciudad de santa marta, municipio en el cual se cumplen también sus citas médicas.

En los anteriores términos damos respuesta clara y de fondo a su petición de fecha 14 de agosto de 2019.

Atentamente,

ALEX ILLERA MEJIA
Coordinador de Gestión Humana (E)

*Se ha como recibido
05-09-19 08:08h*

Tania Saade

Santa Marta, agosto 14 de 2019

Señores

Sociedad Portuaria Puerto Nuevo S.A.

E. S. D.

*Recibido
14/08/2019*

Asunto: Derecho de Petición

Tania Lorena Saade Fernández, identificada como aparece al pie de mi firma, de manera cordial y respetuosa, mediante el presente escrito, me permito, teniendo en cuenta lo establecido en los artículos 23 y 74 de la Constitución Política de Colombia, reglamentados por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, que sustituyó los artículos 13 a 33 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, elevar las siguientes

PETICIONES

1. Se me cancele de forma retroactiva los valores correspondientes a la cláusula Décimo Octava, "Desplazamientos a otros municipios", del Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023, correspondiente a los traslados realizados desde el domicilio de la empresa en el municipio de Ciénaga hasta la ciudad de Santa Marta realizados entre el 12 de junio y 31 de diciembre de 2018.
2. En consecuencia, se reajuste el valor contenido de lo anterior conforme lo establece la cláusula Trigésimo Sexta, "Reajuste a los auxilios", del Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023.
3. Se me cancele de forma retroactiva los valores correspondientes a la cláusula Décimo Octava, "Desplazamientos a otros municipios", del Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023, correspondiente a los traslados realizados desde el domicilio de la empresa en el municipio de Ciénaga hasta la ciudad de Santa Marta realizados desde el 1 de enero de 2019 a la fecha de recibido de la presente solicitud.
4. En consecuencia, se reajuste el valor contenido de lo anterior conforme lo establece la cláusula Trigésimo Sexta, "Reajuste a los auxilios", del Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023.

5. Se me cancelen los valores que se causen a partir de la fecha de recibido de la presente solicitud conforme lo establece la cláusula Décimo Octava, "Desplazamientos a otros municipios", del Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023, teniendo en cuenta los traslados que realice desde el domicilio de la empresa en el municipio de Ciénaga hasta la ciudad de Santa Marta.
6. En consecuencia, se reajuste el valor contenido de lo anterior conforme lo establece la cláusula Trigésimo Sexta, "Reajuste a los auxilios", del Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023.

Las anteriores peticiones se hacen teniendo en cuenta los siguientes

HECHOS

1. El día 9 de junio de 2011, suscribí contrato de trabajo a término indefinido con C.I. Prodeco S.A. para desempeñar el cargo Coordinador Logístico, el cual empezó a regir desde el día 16 del mismo mes y año.
2. El 14 de mayo de 2013 C.I. Prodeco S.A. cedió mi contrato de trabajo a Sociedad Portuaria Puerto Nuevo S.A., actuación que modificó la denominación de mi cargo a "planeador logístico", dicho contrato entró en vigencia el 1 de junio de 2013.
3. Sociedad Portuaria Puerto Nuevo S.A. se encuentra domiciliada en el Municipio de Ciénaga – Magdalena.
4. El día 2 de agosto de 2016 se suscribió el Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023, el cual entró a regir el día 1 de enero de 2017 conforme lo establece la Cláusula Trigésimo Séptima de dicho documento.
5. En la cláusula Décimo Octava, "Desplazamiento a otros municipios", del Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023 se estableció:

*"Cuando la E.P.S., Medicina Prepagada o la A.R.L. **le formulen al trabajador exámenes médicos y/o tratamientos que requieren desplazamientos a otros municipios** o departamentos **fuera de donde labora el trabajador**, se reconocerá un auxilio, el cual se cancelará de la siguiente forma:*

- *Dentro de la Costa Atlántica, la empresa otorgará un auxilio de Noventa y Seis Mil Seiscientos Doce pesos (\$96.612) diarios hasta por un máximo de tres (3) días. (...)*
6. En la cláusula Trigésimo Sexta, "Reajuste a los auxilios", del Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023 se estableció:

"Los auxilios previstos en el presente Pacto en la (...) Cláusula Décimo Octava: "Desplazamiento a otros municipios"; (...) serán ajustados anualmente, durante la vigencia del presente Pacto Colectivo, teniendo en cuenta el porcentaje de variación del Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), del año inmediatamente anterior, de la siguiente manera:

- *Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2018, la empresa incrementará IPC + 2.0 (calculado del 1 de enero al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior).*
- *Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, la empresa incrementará IPC + 2.0 (calculado del 1 de enero al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior). (...)"*

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Constitución Política de Colombia, Ley 1437 de 2011 – ley 1755 de 2015; Pacto Colectivo de Trabajo 2017 – 2023, Sociedad Portuaria Puerto Nuevo S.A.

ANEXO

- Tabla con listado de permisos remunerados para asistir a exámenes médicos y/o tratamientos en municipios distintos de donde labora el trabajador. (3 folios)

NOTIFICACIÓN

Las recibiré en la calle 11 d No. 19 – 44, Bl. 1, Apto. 4 B de la ciudad de Santa Marta.

Cordialmente,



Tania Saade F.
C.C. 57.462.203

Permisos remunerados para asistir a exámenes médicos y/o tratamientos en municipios distintos de donde labora el trabajador

No.	Fecha	Motivo	Especialidad	Lugar
1	12/06/2018	Cita Médica	Odontología, Otorrinolaringología y Terapia física	Santa Marta
2	18/06/2018	Cita Médica	Medicina laboral	Santa Marta
3	25/06/2018	Cita Médica	Psicología	Santa Marta
4	18/07/2018	Cita Médica	Neumología, Neurología	Santa Marta
5	24/07/2018	Cita Médica	Medicina laboral	Santa Marta
6	25/07/2018	Cita Médica	Médico general, TAC de senos paranasales	Santa Marta
7	6/08/2018	Cita Médica	Medicina alternativa	Santa Marta
8	15/08/2018	Cita Médica	Medicina alternativa	Santa Marta
9	10/09/2018	Cita Médica	Fisioterapia y Medicina Alternativa	Santa Marta
10	11/09/2018	Cita Médica	Alergología, Fisioterapia y Terapia Psicológica	Santa Marta
11	12/09/2018	Cita Médica	Neumología	Santa Marta
12	13/09/2018	Cita Médica	Remisión médico salud ocupacional a médico tratante urgencias EPS	Santa Marta
13	17/09/2018	Cita Médica	Medicina alternativa y Terapia psicológica	Santa Marta
14	18/09/2018	Cita Médica	Medicina laboral	Santa Marta
15	25/09/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
16	26/09/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
17	27/09/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
18	1/10/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
19	2/10/2018	Cita Médica	Otorrinolaringólogo y fisioterapia	Santa Marta

20	3/10/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
21	4/10/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
22	8/10/2018	Cita Médica	Otorrinolaringólogo y fisioterapia	Santa Marta
23	9/10/2018	Cita Médica	Fisioterapia y psiquiatría	Santa Marta
24	10/10/2018	Cita Médica	Fisioterapia y alergología	Santa Marta
25	16/10/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
26	17/10/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
27	6/11/2018	Cita Médica	Neurocirugía	Santa Marta
28	7/11/2018	Cita Médica	Otorrinolaringólogo	Santa Marta
29	8/11/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
30	13/11/2018	Cita Médica	Terapia psicológica	Santa Marta
31	14/11/2018	Cita Médica	Alergología	Santa Marta
32	15/11/2018	Cita Médica	Medicina Laboral	Santa Marta
33	19/11/2018	Cita Médica	Medicina Laboral	Santa Marta
34	20/11/2018	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
35	3/12/2018	Cita Médica	Terapia Física	Santa Marta
36	4/12/2018	Cita Médica	Otorrinolaringología	Santa Marta
37	5/12/2018	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
38	6/12/2018	Cita Médica	Terapia Física	Santa Marta
39	10/12/2018	Control y cita médica	Medicina laboral	Santa Marta
40	11/12/2018	Control Médico	Terapia psicológica	Santa Marta
41	12/12/2018	Control médico	Otorrinolaringología	Santa Marta
42	13/12/2018	Control médico	Alergología	Santa Marta
43	18/12/2018	Control médico	Gastroenterólogo	Santa Marta
44	19/12/2018	Control médico	Neumología	Santa Marta
45	21/12/2018	Cita Médica	Ginecología	Santa Marta
46	21/01/2019	Cita Médica	Alergología	Santa Marta
47	22/01/2019	Cita Médica	Psicología	Santa Marta
48	24/12/2019	Cita Médica	Laboratorio y Psiquiatría	Santa Marta
49	23/01/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
50	24/01/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
51	28/01/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
52	29/01/2019	Cita Médica	Neurología y Terapia física	Santa Marta
53	30/01/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
54	31/01/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
55	4/02/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
56	5/02/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
57	6/02/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta

58	7/02/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
59	13/02/2019	Cita Médica	Fisiatría y terapia psicológica	Santa Marta
60	14/02/2019	Cita Médica	Odontología	Santa Marta
61	18/02/2019	Cita Médica	Rehabilitador y Ortopedia	Santa Marta
62	19/02/2019	Cita Médica	Psicología y Terapia física	Santa Marta
63	20/02/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
64	28/02/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
65	1/03/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
66	4/03/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
67	5/03/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
68	12/03/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
69	13/03/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
70	14/03/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
71	19/03/2019	Cita Médica	Otorrinolaringología	Santa Marta
72	20/03/2019	Cita Médica	Rehabilitador	Santa Marta
73	21/03/2019	Cita Médica	alergología	Santa Marta
74	22/03/2019	Cita Médica	Odontología	Santa Marta
75	26/03/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
76	28/03/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
77	2/04/2019	Cita Médica	Psicología	Santa Marta
78	10/04/2019	Cita Médica	Rehabilitador	Santa Marta
79	11/04/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
80	17/04/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
81	23/04/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
82	24/04/2019	Cita Médica	Rehabilitador	Santa Marta
83	6/06/2019	Cita Médica	Alergología	Santa Marta
84	10/06/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
85	11/06/2019	Cita Médica	Exámenes electrodiagnósticos	Santa Marta
86	12/06/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
87	13/06/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
88	14/06/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
89	2/07/2019	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
90	3/07/2019	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
91	4/07/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
92	5/07/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
93	8/07/2019	Cita Médica	Psicología	Santa Marta
94	9/07/2019	Cita Médica	Fisioterapia	Santa Marta
95	10/07/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
96	11/07/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
97	16/07/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta

98	22/07/2019	Cita Médica	Terapia física	Santa Marta
99	23/07/2019	Cita Médica	Neumología	Santa Marta
100	24/07/2019	Cita Médica	Rehabilitador	Santa Marta
101	25/07/2019	Cita Médica	Otorrinolaringología	Santa Marta

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2019 07	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	19,17		2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.684,00	
M010	Sueldo Básico	11,00	2.047.858,00	T000	Descuento Salud	15,00	110.834,00	
M1A1	Aux.Días inic.incap gral	2,00	350.656,00	T010	Descuento Pensión	15,00	110.834,00	
M1L1	Permiso Remunerado	2,00	372.340,00	T020	Descuento Solidaridad		217,00-	
				T030	Aporte Voluntario		167.552,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	1,96	26.000,00	
TOTAL DEVENGOS				TOTAL DEDUCCIONES				
SUELDO BASICO				NETO A PAGAR				

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2020 07	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		87.311,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		87.311,00	
1MJ4	Prima De Alimentacion	6,00	72.894,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		12.376,00	
1MSM	Permiso Cita Medica Horas	3,50		2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	43.656,00	
M010	Sueldo Básico		3,00	T000	Descuento Salud	15,00	150.048,00	
M100	Incap.General Ambulatoria		1.681.553,00	T010	Descuento Pensión	15,00	150.048,00	
		13,00-						
M150	Incap.Enfermedad Profesio	14,00	2.716.358,00	T020	Descuento Solidaridad		8.408,00	
M155	Prórroga Inc.Enf.Profesio	15,00	2.910.383,00	T030	Aporte Voluntario		174.623,00	
M1A1	Aux.Días inic.incap gral	2,00-	388.051,00	T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
M1A2	Aux.Días inic.incap riesg	1,00	194.026,00	T050	Retención en la Fuente	2,78	46.000,00	
M1A3	Auxilio incapacidad		840.779,00					
TOTAL DEVENGOS			3.070.592,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.172.470,00	
SUELDO BASICO			5.820.763,00	NETO A PAGAR			1.898.122,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363	SECCIONAL PUERTO NUEVO	PERIODO DE PAGO 2018 15	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA	BANCO 78131624351	GRUPO COORDINACION DE OPERACION	

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1M26	Ajuste día 31 Incapacidad	1,00	179.700,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		307.488,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.015,00	
1MC6	Aux. Medicamentos		135.620,00	T000	Descuento Salud	15,00	92.562,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	T010	Descuento Pensión	15,00	92.562,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	5,00		T020	Descuento Solidaridad		1.434,00-	
M010	Sueldo Básico	2,00-	359.401,00-	T030	Aporte Voluntario		161.730,00	
M100	Incap.General Ambulatoria	4,00	480.762,00	T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
M105	Prórroga Incap Gral Ambul	10,00	1.472.742,00	T050	Retención en la Fuente	2,17	17.000,00	
M1A1	Aux.Días inic.incap gral	2,00	360.572,00					
M1A3	Auxilio incapacidad	4,00	240.381,00					
M1A4	Auxilio prórroga incapaci	10,00	736.373,00					
TOTAL DEVENGOS			3.814.802,00	TOTAL DEDUCCIONES			956.300,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			2.858.502,00	

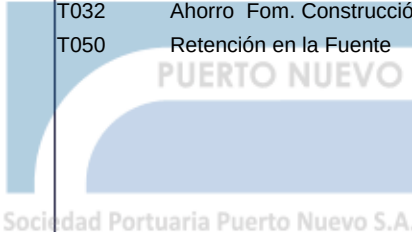
Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363	SECCIONAL PUERTO NUEVO	PERIODO DE PAGO 2019 15	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA		BANCO 78131624351	GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1M26	Ajuste día 31 Incapacidad	1,00	186.169,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.684,00	
1MG9	Permiso Cita Medica	1,00	186.169,00	2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	41.888,00	
1MO9	Reembolso Incapac. AT SS		1.511.694,00	T000	Descuento Salud	15,00	151.222,00	
1MSM	Permiso Cita Medica Horas	24,00		T010	Descuento Pensión	15,00	151.222,00	
M010	Sueldo Básico	5,00-	930.848,00	T020	Descuento Solidaridad	15,00	37.805,00	
M155	Prórroga Inc.Enf.Profesio	19,00	2.546.792,00	T030	Aporte Voluntario		167.552,00	
M460	Prima Legal de Servicio		91.223,00	T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	6,01	157.900,00	
TOTAL DEVENGOS			3.492.529,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.305.049,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			2.187.480,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2018 23	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	
1MJ6	Prima Extralega Diciembre	13,00	2.336.099,00	2TC8	Cooemeva Medicina Prepagad		13.684,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	5,17		T000	Descuento Salud	15,00	122.699,00	
M010	Sueldo Básico	15,00	2.695.499,00	T010	Descuento Pensión	15,00	122.699,00	
M460	Prima Legal de Servicio	15,00	2.744.508,00	T030	Aporte Voluntario		161.730,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	2,17	99.000,00	
								
TOTAL DEVENGOS			7.856.971,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.100.677,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			6.756.294,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2019 23	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		107.805,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		14.439,00	
1MJ6	Prima Extralega Diciembre	13,00	2.420.198,00	2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	41.888,00	
1MSM	Permiso Cita Medica Horas	10,50		T000	Descuento Salud	15,00	132.862,00	
M010	Sueldo Básico	14,00	2.606.366,00	T010	Descuento Pensión	15,00	132.862,00	
M400	Vacaciones Disfrutadas	1,00	186.169,00	T020	Descuento Solidaridad	15,00	33.216,00	
M460	Prima Legal de Servicio	15,00	2.809.460,00	T030	Aporte Voluntario		167.552,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	4,05	218.000,00	
TOTAL DEVENGOS			8.213.774,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.324.595,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			6.889.179,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2019 01	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		102.496,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		2.911,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		2.911,00	T000	Descuento Salud	3,00	22.600,00	
1MI7	Permiso Matrimonio	3,00	552.039,00	T010	Descuento Pensión	3,00	22.600,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	15,00		T030	Aporte Voluntario		5.822,00	
M010	Sueldo Básico	3,00-	526.162,00	T050	Retención en la Fuente	2,17	9.700,00	
M1L1	Permiso Remunerado	1,00	179.700,00					
M400	Vacaciones Disfrutadas	2,00	372.338,00					
M401	Recálculo Vacaciones Fijo	9,00	58.223,00					
M460	Prima Legal de Servicio		1,00					
TOTAL DEVENGOS			741.546,00	TOTAL DEDUCCIONES			63.633,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			677.913,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2020 01	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		323.415,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		87.311,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		87.311,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		14.439,00	
1MSM	Permiso Cita Medica Horas	3,75		2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	43.656,00	
M010	Sueldo Básico	15,00	2.910.382,00	T000	Descuento Salud	15,00	116.415,00	
				T010	Descuento Pensión	15,00	116.415,00	
				T030	Aporte Voluntario		174.623,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	4,05	77.000,00	
TOTAL DEVENGOS			3.321.108,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.129.859,00	
SUELDO BASICO			5.820.763,00	NETO A PAGAR			2.191.249,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363	SECCIONAL PUERTO NUEVO	PERIODO DE PAGO 2019 03	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA		BANCO 78131624351	GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	35,25		2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.684,00	
M010	Sueldo Básico	12,00	2.234.029,00	T000	Descuento Salud	15,00	111.183,00	
M1A1	Aux.Días inic.incap gral	2,00	359.400,00	T010	Descuento Pensión	15,00	111.183,00	
M1L1	Permiso Remunerado	1,00	186.170,00	T020	Descuento Solidaridad		129,00-	
				T030	Aporte Voluntario		167.552,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	5,88	64.000,00	
TOTAL DEVENGOS			2.863.375,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.051.249,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			1.812.126,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2020 03	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MC6	Aux. Medicamentos		108.700,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		87.311,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		87.311,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		10.314,00	
1MG9	Permiso Cita Medica	2,00	388.050,00	2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	43.656,00	
M010	Sueldo Básico	3,00	582.076,00	T000	Descuento Salud	15,00	116.415,00	
M400	Vacaciones Disfrutadas	10,00	1.940.254,00	T010	Descuento Pensión	15,00	116.415,00	
				T030	Aporte Voluntario		174.623,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	2,78	48.000,00	
TOTAL DEVENGOS			3.106.391,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.096.734,00	
SUELDO BASICO			5.820.763,00	NETO A PAGAR			2.009.657,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2018 13	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA3	Aux. De Lentes			2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.015,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	6,83		T000	Descuento Salud	15,00	108.523,00	
M010	Sueldo Básico	11,00	1.976.699,00	T010	Descuento Pensión	15,00	108.523,00	
M100	Incap.General Ambulatoria	2,00	294.548,00	T020	Descuento Solidaridad		176,00	
M1A1	Aux.Días inic.incap gral	2,00	441.823,00	T030	Aporte Voluntario		161.730,00	
M1A3	Auxilio incapacidad	2,00	147.275,00	T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
M460	Prima Legal de Servicio			T050	Retención en la Fuente	1,93	23.000,00	
TOTAL DEVENGOS			2.941.210,00	TOTAL DEDUCCIONES			995.832,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			1.945.378,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2019 13	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		215.610,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.684,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	3,50		2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	41.888,00	
1MSM	Permiso Cita Medica Horas	3,50		T000	Descuento Salud	15,00	90.850,00	
M010	Sueldo Básico	4,00	744.677,00	T010	Descuento Pensión	15,00	90.850,00	
M155	Prórroga Inc.Enf.Profesio	10,00	1.340.417,00	T020	Descuento Solidaridad		5.213,00-	
M1L1	Permiso Remunerado	1,00	186.169,00	T030	Aporte Voluntario		167.552,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	1,96	7.000,00	
TOTAL DEVENGOS			2.570.649,00	TOTAL DEDUCCIONES			990.387,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			1.580.262,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2018 11	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO SUPERINTENDENCIA DE OPERA

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	
1MJ7	Prima Extralegal Junio	9,00	1.617.299,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.015,00	
M010	Sueldo Básico	15,00	2.695.499,00	T000	Descuento Salud	15,00	107.820,00	
M460	Prima Legal de Servicio	15,00	2.769.013,00	T010	Descuento Pensión	15,00	107.820,00	
				T030	Aporte Voluntario		161.730,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	1,93	80.000,00	
TOTAL DEVENGOS			7.162.676,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.051.250,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			6.111.426,00	



Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2019 11	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1M60	Disfrute de Vac Suspendid	1,00		2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.684,00	
1MJ7	Prima Extralegal Junio	9,00	1.675.522,00	2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	14,00	39.096,00	
M010	Sueldo Básico	14,00	2.606.366,00	T000	Descuento Salud	14,00	104.776,00	
M460	Prima Legal de Servicio	15,00	2.937.833,00	T010	Descuento Pensión	14,00	104.776,00	
				T030	Aporte Voluntario		167.552,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	1,96	93.000,00	
TOTAL DEVENGOS			7.303.497,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.106.660,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			6.196.837,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2019 05	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		107.805,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	
1MC6	Aux. Medicamentos		166.812,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.684,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	T000	Descuento Salud	15,00	98.692,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	9,67		T010	Descuento Pensión	15,00	98.692,00	
M010	Sueldo Básico	8,00	1.489.352,00	T030	Aporte Voluntario		167.552,00	
M100	Incap.General Ambulatoria	5,00	611.219,00	T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
M1A1	Aux.Días inic.incap gral	2,00	366.732,00	T050	Retención en la Fuente	1,96	23.000,00	
M1A3	Auxilio incapacidad	5,00	305.610,00					
TOTAL DEVENGOS			3.131.306,00	TOTAL DEDUCCIONES			985.396,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			2.145.910,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2020 05	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		685.638,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		87.311,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		87.311,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		12.376,00	
M100	Incap.General Ambulatoria	13,00	1.681.553,00	2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	43.656,00	
M1A1	Aux.Días inic.incap gral	2,00	388.051,00	T000	Descuento Salud	15,00	82.784,00	
M1A3	Auxilio incapacidad	13,00	840.779,00	T010	Descuento Pensión	15,00	82.784,00	
				T020	Descuento Solidaridad		8.408,00-	
				T030	Aporte Voluntario		174.623,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	2,78	59.000,00	
TOTAL DEVENGOS			3.683.332,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.034.126,00	
SUELDO BASICO			5.820.763,00	NETO A PAGAR			2.649.206,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2021 05	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		237.254,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		89.084,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		89.084,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		23.934,00	
M100	Incap.General Ambulatoria	1,00	84.070,00	2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	44.542,00	
M105	Prórroga Incap Gral Ambul	14,00	1.176.986,00	T000	Descuento Salud	15,00	73.407,00	
M1A3	Auxilio incapacidad	1,00	42.035,00	T010	Descuento Pensión	15,00	73.407,00	
M1A4	Auxilio prórroga incapaci	14,00	588.494,00	T030	Aporte Voluntario		178.168,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	3,26	41.000,00	
TOTAL DEVENGOS			2.217.923,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.023.542,00	
SUELDO BASICO			5.938.924,00	NETO A PAGAR			1.194.381,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2018 09	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO SUPERINTENDENCIA DE OPERA

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	
1ME4	Bono Por Mera Liberalidad		5.400.000,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.015,00	
M010	Sueldo Básico	15,00	2.695.499,00	T000	Descuento Salud	15,00	196.233,00	
				T010	Descuento Pensión	15,00	196.233,00	
				T020	Descuento Solidaridad	15,00	49.058,00	
				T030	Aporte Voluntario		161.730,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	1,93	90.000,00	
TOTAL DEVENGOS			8.176.364,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.287.134,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			6.889.230,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2019 09	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		107.805,00	T000	Descuento Salud	6,00	44.680,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	11,00		T010	Descuento Pensión	6,00	44.680,00	
M010	Sueldo Básico	4,00	744.674,00	T050	Retención en la Fuente	1,96	17.000,00	
M1A4	Auxilio prórroga incapaci		21.096,00					
M1L1	Permiso Remunerado	2,00	372.336,00					
								
TOTAL DEVENGOS			1.203.719,00	TOTAL DEDUCCIONES			106.360,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			1.097.359,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2020 09	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		261.933,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		261.933,00	
1MJ4	Prima De Alimentacion	12,00	145.788,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		37.128,00	
1MJ5	Prima De Vacaciones	15,00	2.910.382,00	2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	45,00	130.968,00	
M010	Sueldo Básico	12,00	2.328.306,00	T000	Descuento Salud	15,00	116.416,00	
M015	Ant. Sueldo en Vacaciones	11,00	2.134.279,00	T001	Ant. Salud Vacaciones	27,00	209.547,00	
M155	Prórroga Inc.Enf.Profesio	3,00	582.077,00	T010	Descuento Pensión	15,00	21.828,00	
M400	Vacaciones Disfrutadas	16,00	3.104.407,00	T011	Ant. Pensión Vacaciones	27,00	114.960,00	
				T020	Descuento Solidaridad		58.208,00-	
						30,00-		
				T030	Aporte Voluntario		523.869,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		1.500.000,00	
TOTAL DEVENGOS			11.467.172,00	TOTAL DEDUCCIONES			3.043.441,00	
SUELDO BASICO			5.820.763,00	NETO A PAGAR			8.423.731,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363	SECCIONAL PUERTO NUEVO	PERIODO DE PAGO 2018 21	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA	BANCO 78131624351	GRUPO COORDINACION DE OPERACION	

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		161.730,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		161.730,00	
1MM2	Prórr. Inc.Gral Amb Legal	11,00	1.282.749,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		27.368,00	
M010	Sueldo Básico	1,00	179.698,00	T000	Descuento Salud	16,00	77.155,00	
M015	Ant. Sueldo en Vacaciones	5,00	898.499,00	T001	Ant. Salud Vacaciones	9,00	60.940,00	
M105	Prórroga Incap Gral Ambul	4,00	466.454,00	T010	Descuento Pensión	16,00	77.155,00	
M1A4	Auxilio prórroga incapaci	4,00	233.228,00	T011	Ant. Pensión Vacaciones	9,00	60.940,00	
M400	Vacaciones Disfrutadas	4,00	718.800,00	T020	Descuento Solidaridad	1,00	7.035,00-	
				T021	Ant. Solid. Vacaciones	24,00	41.559,00	
				T030	Aporte Voluntario		323.460,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		1.000.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	2,17	25.000,00	
TOTAL DEVENGOS			3.941.158,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.848.272,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			2.092.886,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2018 20	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	26,68		2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.015,00	
M010	Sueldo Básico	15,00	2.695.499,00	T000	Descuento Salud	15,00	107.820,00	
				T010	Descuento Pensión	15,00	107.820,00	
				T020	Descuento Solidaridad	30,00	53.910,00	
				T030	Aporte Voluntario		161.730,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	2,17	32.000,00	
TOTAL DEVENGOS			2.776.364,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.057.160,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			1.719.204,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2018 19	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		102.496,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.015,00	
1MSJ	Permiso rem. horas	14,67		T000	Descuento Salud	15,00	95.203,00	
M010	Sueldo Básico	10,00	1.797.000,00	T010	Descuento Pensión	15,00	95.203,00	
M105	Prórroga Incap Gral Ambul	5,00	583.067,00	T020	Descuento Solidaridad		3.154,00-	
M1A4	Auxilio prórroga incapaci	5,00	291.535,00	T030	Aporte Voluntario		161.730,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	2,17	27.000,00	
TOTAL DEVENGOS			2.854.963,00	TOTAL DEDUCCIONES			969.862,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			1.885.101,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2019 19	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1MA1	Auxilio De Desplazamiento		107.805,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		83.776,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.684,00	
1MSM	Permiso Cita Medica Horas	12,50		2TH7	Cuota Ord. Sintracarbon	15,00	41.888,00	
M010	Sueldo Básico	15,00	2.792.537,00	T000	Descuento Salud	15,00	111.701,00	
				T010	Descuento Pensión	15,00	111.701,00	
				T030	Aporte Voluntario		167.552,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	4,05	67.000,00	
TOTAL DEVENGOS			2.984.118,00	TOTAL DEDUCCIONES			1.097.302,00	
SUELDO BASICO			5.585.073,00	NETO A PAGAR			1.886.816,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa

NOMBRE SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA		CODIGO 00002363		SECCIONAL PUERTO NUEVO		PERIODO DE PAGO 2018 17	
CEDULA 57462203	CARGO PLANEADOR LOGISTICO	BANCO BANCOLOMBIA			BANCO 78131624351		GRUPO COORDINACION DE OPERACION

CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	CPTO	DESCRIPCION	UD.	VALOR	SALDO
1M26	Ajuste día 31 Incapacidad	1,00	179.700,00	2TC6	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	
1MD4	Beneficio Ahorro Plan Ins		80.865,00	2TC8	Coomeva Medicina Prepagad		13.015,00	
M010	Sueldo Básico	8,00	1.437.599,00	T000	Descuento Salud	15,00	97.344,00	
M105	Prórroga Incap Gral Ambul	7,00	816.295,00	T010	Descuento Pensión	15,00	97.344,00	
M1A4	Auxilio prórroga incapac	7,00	408.148,00	T020	Descuento Solidaridad		1.797,00	
				T030	Aporte Voluntario		161.730,00	
				T032	Ahorro Fom. Construcción		500.000,00	
				T050	Retención en la Fuente	2,17	25.000,00	
TOTAL DEVENGOS			2.922.607,00	TOTAL DEDUCCIONES			977.095,00	
SUELDO BASICO			5.390.997,00	NETO A PAGAR			1.945.512,00	

Crédito: Valor resultante de reportar ausencias sin pago que la empresa pagó como salario y para cubrir aportes a la seguridad social que usted debe asumir. Otro concepto que adeude a la empresa



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 09-08-18
Nombre de empleado Tanc Sach
Cargo del empleado P. Logístico
Motivo de ausencia Cita médica - Trabajo

Permiso concedido Desde 08-08-18 Hasta 08-08-18
Permiso remunerado ☒ Si ☐ No 1730

[Firma]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tanc Sach
[Firma]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. Ops.

.....



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 13-08-18
Nombre de empleado Tania Sacha
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Cita médica

Permiso concedido Desde 07:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado Si ☒ No ☐

[Firma]
FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo: Tania Sacha

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. Ops.

PERFECT BODY MEDICAL CENTER

Identificación Interna: 000223997

Cod. Habilitación: 470010087701

Dirección: Cra 20 N° 15 - 110, Barrio El Jardín Teléfono: 4217201

Fecha de Impresión: 13/08/2018 08:20 Centro de atención: 01 - SFDE PRINCIPAL Paciente: 01-57462201 - TANIA ORFENASAE FERNANDEZ Fecha de Nacimiento: 07/10/1984 Religión: Régimen: 5 - Otro Dirección: CALLE 14 - 12-46 CASAS Teléfono: 4222083 Ocupación: Acompañante: Teléfono Acomp: Dirección Acomp: Responsable: Teléfono Resp: Dirección Resp: Médico Tratante: JUAN CARLOS BALLESTAS ARZUZA Administradora: PARTICULAR PERFECT BODY	INFORMACION GENERAL Fecha de Atención: 13/08/2018 08:20 Admisión: 4089936 Edad: 33 año(s), 10 meses y 6 días Creencia: Nivel: 1 Lugar: Santa Marta Magdalena Parentesco Acomp: Parentesco Resp: Especialidad: MEDICINA INTERNA	Impreso por: JBA - FETAS Sexo: F Estado Civil: Carnet: Tipo Vinculación: Contrato
EVOLUCIÓN CLÍNICA GENERAL Signos vitales		



CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ

Identificado con cedula: 57.462.203

Expedida: SANTA MARTA

El presente certificado hace constar que la paciente en mención realiza terapias físicas en nuestras instalaciones en la jornada de la mañana

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 13 de agosto 2018.

Sixta Paola Morales

SIXTA PAOLA MORALES HERNANDEZ

ATENCION AL USUARIO

FUNDACION SANAR KINESIS



CERTIFICA QUE

Santa marta 13 de Agosto de 2018

Nombre del paciente TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57462203
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

**PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A SESION DE
ACUPUNTURA EL DIA 13 DE AGOSTO EN NUESTRAS INSTALACIONES.**

**MEDICO ALTERNATAIVO
JOSE MONTENEGRO**

GRUPO KINESIS

PUERTO NUEVO

AUTORIZACION DE AUSENCIA

FECHA

06-08-18

NOMBRE DEL EMPLEADO

Tanc Sack

CARGO DEL EMPLEADO

P. Legístico

MOTIVO DE AUSENCIA

C. Médica

Permiso Concedido Desde

DESDE

06/08/18 Y 06/08/18 HASTA 06/08/18 Y 17:00

Permiso Remunerado

SI ☒ NO ☐

FIRMA DEL EMPLEADO



Nombre y Cargo:

Tanc Sack

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y Cargo:

Sandra Bolívar.
Coord. ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 15-08-13
Nombre de empleado Tancs Saadi
Cargo del empleado P. Logístico
Motivo de ausencia Citas médicas

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ Si ☐ No
Desde 14:30 Hasta 17:30

Tancs Saadi
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tancs Saadi
SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra B. coord. ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

FECHA

23-07-18

NOMBRE DEL EMPLEADO

Tania Sach

CARGO DEL EMPLEADO

logística

MOTIVO DE AUSENCIA

Citas médicas

Permiso Concedido Desde

DESDE

23/07/18 OTROS HASTA 23/07/18 17:30

Permiso Remunerado

SI

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y Cargo:

Tania Sach

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

SANDRA B.

Nombre y Cargo:

Sandra Bolívar
Coord. ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

FECHA	<u>13-07-18</u>		
NOMBRE DEL EMPLEADO	<u>Tania Sack</u>		
CARGO DEL EMPLEADO	<u>P. Logístico</u>		
MOTIVO DE AUSENCIA	<u>Estudio</u>		
Permiso Concedido Desde	DESDE	<u>13/07/18</u>	HASTA <u>17/07</u>
Permiso Remunerado	SI ☒	No ☐	
FIRMA DEL EMPLEADO	<u>[Signature]</u>		
Nombre y Cargo:	<u>Tania Sack</u> <u>P. Logístico</u>		
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO	<u>[Signature]</u>		
Nombre y Cargo:	<u>Sandra Bolívar</u> <u>Coord. Ops.</u>		



AUTORIZACION DE AUSENCIA

FECHA 18-07-18

NOMBRE DEL EMPLEADO Tania Saade

CARGO DEL EMPLEADO P. Logístico

MOTIVO DE AUSENCIA Cita médica

Permiso Concedido Desde DESDE 18/07/18 15:00h HASTA 18/07/18 17:30h

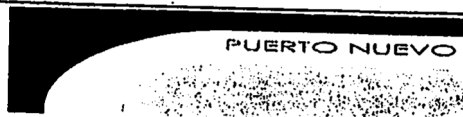
Permiso Remunerado SI ☒ No ☐

FIRMA DEL EMPLEADO [Firma]

Nombre y Cargo: Tania Saade
P. Logístico

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO SANDRA B.

Nombre y Cargo: Sandra Bolívar
Coord. ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

FECHA 19-07-18

NOMBRE DEL EMPLEADO Tania Saade

CARGO DEL EMPLEADO Cita médica (Traslado a Barranquillo)

MOTIVO DE AUSENCIA Cita médica (Traslado a Barranquillo)

Permiso Concedido Desde DESDE 19/07/18 07:00 HASTA 19/07/18 17:30

Permiso Remunerado SI ☒ No ☐

FIRMA DEL EMPLEADO [Firma]

Nombre y Cargo: Tania Saade
P. Logístico

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO SANDRA B.

Nombre y Cargo: Sandra Bolívar
Coord. ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 10-09-18
Nombre de empleado Tania Sach
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Citas médicas

Permiso concedido Desde 14:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tania Sach


FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Badier
Coord. Ops



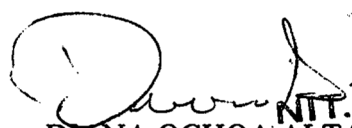
CERTIFICA QUE

Santa marta 10 de SEPTIEMBRE de 2018

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado: 57462203
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA M.P

**PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
FISIOTERAPIA Y ACUPUNTURA**

INICIO: 03:00
FINALIZO: 04:45


NTT. 819.054.334-4
DIANA OCHOA ALTABONA
ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 11-09-18
Nombre de empleado Tamara Saez
Cargo del empleado Registradora
Motivo de ausencia Cu/3 me da en
Permiso concedido Desde 12:30 Hasta 17:30
Permiso remunerado Si No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tamara Saez
[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolivar
Coord. ops

ALEJANDRO MARIO CARREÑO PEREZ

CALLE 21 No 12-35 BARRIO ALCAZREZTEL 4217172-4216897

SANTA MARTA MAGDALENA

NIT.72153005-5

CONSULTA EXTERNA

www.centrodealergologia.com

NOMBRE: DOCUMENTO:

SEXO:

TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ CC 574622203

Femenino

ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A

EDAD: 33

FORMATO Nº: 38 Fecha/Hora 11/09/2018



PACIENTE ASISTE A SU DOSIS MENSUAL DE TRATAMIENTO DE INMUNOTERAPIA

HORA : 2 PM

ALEJANDRO MARIO CARREÑO PEREZ
NIT. 72153005-5
11/09/2018



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 12-09-18
Nombre de empleado Tanis Such
Cargo del empleado P. Legitimado
Motivo de ausencia Permiso médico por cita médica
Permiso concedido Desde 15:30 Hasta 19:30
Permiso remunerado ☒ Sí ☐ No

49
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tanis Such
Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. ops.



CERTIFICA QUE

Santa Marta 11 de SEPTIEMBRE de 2018

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado: 57462203
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA M.P

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

INICIO: 14:50
FINALIZO: 15:30


LEUDITH RUA
ATENCION AL USUARIO

Fundación San Juan
Kinesis
NIT. 819002934-4

GRUPO KINESIS



CERTIFICA QUE

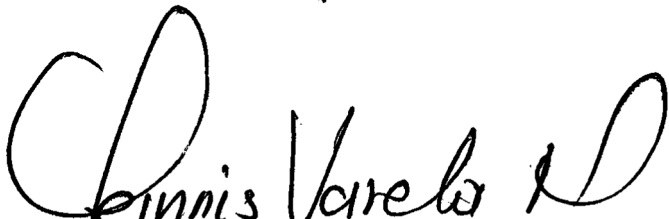
Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ

Identificado con cedula: 57.462.203

Expedida: SANTA MARTA

El presente certificado hace constar que la paciente en mención asistió a **TERAPIA PSICOLOGIA** en nuestras instalaciones en la jornada de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 11 de septiembre 2018.


YEINNIS VARELA MARIMON
ATENCION AL USUARIO
FUNDACION SANAR KINESIS

INSTITUTO PARA EL CUIDADO RESPIRATORIO

Dr. JOHN CARLOS PEDROZO PUPO, MD

Medicina Interna - Neumología

U. El Bosque - Hospital Santa Clara

Bogotá - Colombia

Carrera 21 No. 18 - 27, Tel: 4208252 - 312-6286444, Barrio Jardín - Santa Marta - Colombia



HISTORIA CLINICA EVOLUCIONES

Nombres : SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA

F.Nac : 07/10/1984

Empresa : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

HC : 57462203

Fecha : 12/09/2018

Edad : 33 Años 11 Meses



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

12-09-18

Nombre de empleado

Tania Sauch

Cargo del empleado

P. Logística

Motivo de ausencia

Permiso médico por

Cita médica

Permiso cedido

Desde 15:30 Hasta

17:30

Permiso remunerado

SI

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo: Tania Sauch

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: Sandra Belvar
Coord. Ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 12-09-18
Nombre de empleado Fane Sady
Cargo del empleado P. Legística
Motivo de ausencia Citas médicas

Permiso concedido Desde 13:00 Hasta 13:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

[Firma]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Fane Sady

[Firma]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. ops.

.....



CERTIFICA QUE

Santa marta 17 de SEPTIEMBRER de 2018

Nombre del paciente: TANIA SAADE HERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio: ACUPUNTURA
Entidad: COOMEPA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
ACUPUNTURA

INICIO: 14:30
FINALIZO: 13:15



LEUDITH RUA
ATENCION AL USUARIO

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819002934-4

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 13-09-18
Nombre de empleado Tania Sued
Cargo del empleado P. Cogishe
Motivo de ausencia Permiso médico salud ocupacional

Permiso concedido Desde 17:00 Hasta 18:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

Tania Sued
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tania Sued

Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord ops

.....



CERTIFICA QUE

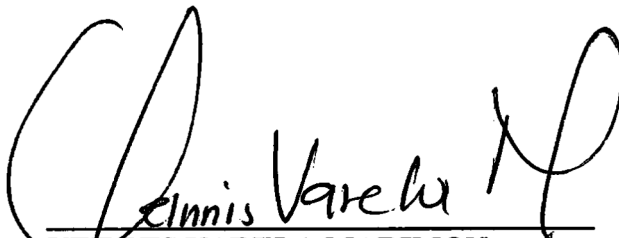
Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ

Identificado con cedula: 57.462.203

Expedida: SANTA MARTA

El presente certificado hace constar que la paciente en mención asistió a TERAPIA PSICOLOGIA en nuestras instalaciones en la jornada de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 17 de septiembre 2018.


YENNIS VARELA MARIMON
ATENCION AL USUARIO
FUNDACION SANAR KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 02-10-18
Nombre de empleado Jane Smith
Cargo del empleado P. English
Motivo de ausencia Citas médicas

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ No ☐
Desde 13:30 Hasta 19:30

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: T. Smith

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra B. Bolivar
Coord. ops.

.....

GUSTAVO ROMERO

**CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**Cel. 3012527249, email: info@gustavoromero.co
www.gustavoromero.co**

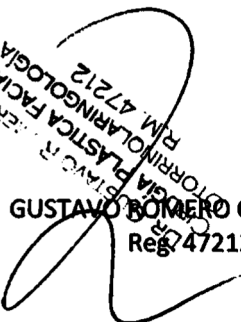
SANTA MARTA, 2 DE OCTUBRE DEL 2018

PACIENTE: TANIA SAADE

DOCUMENTO 57462203

PACIENTE QUE ASISTE A CITA DE CONTROL CIRUGIA

FUNCIONAL EL DIA DE HOY EN LAS HORAS DE LA TARDE


OTORRINOLARINGOLOGÍA
CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
R.M. 47212
GUSTAVO ROMERO CABALLERO
Reg. 47212



Santa Marta 02 de OCTUBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
FISIOTERAPIA EL 02/10/18 DE 02:53 PM A 04:16 PM.

Fundación Sanar

Kinesia
FUNDACIÓN SANAR S.A.

ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 03 - W - 14
Nombre de empleado Laura Saed
Cargo del empleado P. L. S. S. S.
Motivo de ausencia Cita medica

Permiso concedido Desde 14:00 Hasta 17:00

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tamara Saez

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra B. coord. P.S.

.....

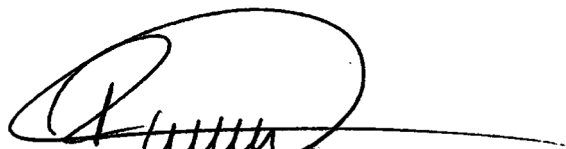


Santa Marta 03 de OCTUBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL 03/10/18 DE 03:47 PM A 05:38 PM.



RONALD FANDIÑO
AUDITOR ADMINISTRATIVO

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819002934-4

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 04-10-11
Nombre de empleado Jane Sueda
Cargo del empleado P. registre
Motivo de ausencia Ex. medic

Permiso cedido Desde 14:30 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Jane Sueda


FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolivar
Coord. Qd.

.....

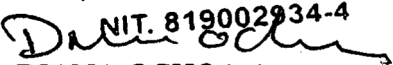


Santa Marta 04 de OCTUBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL 04/10/18 DE 04:18 PM A 06:05PM.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819002934-4

DIANA OCHOA A.
ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 06-10-18

Nombre de empleado Tane Saca

Cargo del empleado P. cos. juv.

Motivo de ausencia vacaciones

Permiso concedido

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

Desde 14/10 Hasta 17/10

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo: Tane Saca

[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: Sandra Bolivar Card. ops.

.....

GUSTAVO
ROMERO

CRUGIA PLASTICA FACIAL
OTORRINOLARINGOLOGIA

Nit. 900908151-1

Tel. 4200702- 4321103

info@gustavoromero.co

Avenida Ferrocarril con Calle 26A esquina la caja piso 2
Santa Marta- Colombia



DRA. LUISA
CFPCA
MEDICINA ESTETICA
Y ANTIENVEJECIMIENTO

EVOLUCIONES

CC: 57462203 Nombre del Paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ

Edad: 34 AÑOS 0 N° 664

8 de Octubre del 2018 4:23pm - Gustavo Romero [Otorrinolaringologia]

ORL

POR 31 DIAS DE SEPTORRINOLARINGOLOGIA Y TUBINOPLASTIA DESPUES DE OPERACIÓN POR SEPTORRINOLARINGOLOGIA Y TUBINOPLASTIA

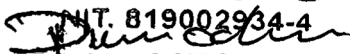


Santa Marta 08 de OCTUBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
FISIOTERAPIA EL 08/10/18 DE 05:18 PM A 06:50PM.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819002934-4

DIANA OCHOA A.
ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 09-10-11
Nombre de empleado Tane Sach
Cargo del empleado Coordinador
Motivo de ausencia Citas médicas

Permiso concedido
Desde 14/10 Hasta 17/10

Permiso remunerado ☒ SI ☐ NO

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tane Sach

[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Balívar
Coord. ops.

.....



Santa Marta 09 de OCTUBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
FISIOTERAPIA EL 09/10/18 DE 04:15 PM A 06:15PM.

Fundación Sanar
Kinesis
1900
DIANA OCHOA A.
ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS

JOSE DEL CARMEN BORNACELLY TERNERA
MEDICO PSIQUIATRA-PSICOTERAPEUTA
UNINORTE-ICSN CLINICA MONSERRAT
REG.MED-588 SANTA MARTA

NOMBRE: TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ

CENTRO DE ATENCIÓN

FECHA: Octubre 09 del 2018.

Cédula: 57,462.203 de Santa Marta



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 10-10-18
Nombre de empleado Tamara Sach
Cargo del empleado P. Registro
Motivo de ausencia Citas médicas

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ SI ☐ No
Desde 13:00 Hasta 17:30

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolivar
Coord. ops.

.....



Santa Marta 10 de OCTUBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL 10/10/18 DE 14:57 PM 15:54.


LEUDITH RÚA.
ATENCION AL USUARIO

Fundación Salud
Kinesis
NIT. 819002024-4

GRUPO KINESIS

ALEJANDRO MARIO CARREÑO PEREZ
CALLE 21 No 12-35 BARRIO ALCAZREZTEL 4217172-4216897
SANTA MARTA MAGDALENA

NIT.72153005-5

CONSULTA EXTERNA

www.centrodealergologia.com

NOMBRE: DOCUMENTO:

SEXO:

TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ CC 57462203

Femenino

ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A

EDAD: 34

FORMATO Nº: 38 Fecha/Hora:10/10/2018



ALEJANDRO CARREÑO

PACIENTE EN MENSION ASISTIO CONTROL
PARA APLICACIÓN DE DOSIS DE INMUNOTERAPIA ESPECIFICA ACAROS
VACUNAS PARA LA ALERGIA

HOTRA : 14:11 PM

Dr. Alejandro Mario Carreño
Médico Inmunología
Ces. Med. 692194



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

16-10-16

Nombre de empleado

Tania Sed

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde 14:30 Hasta

17:30

Permiso remunerado

Si

No

FIRMA DEL EMPLEADO

[Signature]

Nombre y cargo:

SANDRA P.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: Sandra Ballvar
Coord. OpC



Santa Marta 16 de OCTUBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado 57462203

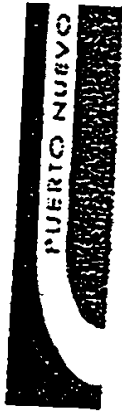
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
FISIOTERAPIA EL 16/10/18 DE 03:01 PM 04:45.

LEUDITH RUA.
ATENCION AL USUARIO

Rehabilitación Sanar
Kinesis
NIT. 819002934-4

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 17-03-11
Nombre de empleado Tane Sely
Cargo del empleado Coord. medica
Motivo de ausencia Permisos médicos
Permiso concedido Desde 14:00 Hasta 17:30
Permiso remunerado ☒ SI ☐ No

TS
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Belvar
Coord. cps.

.....



Santa Marta 17 de OCTUBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado 57462203

Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
FISIOTERAPIA EL 17/10/18 DE 03:48 PM A 04:50PM.

Fundación Sanar

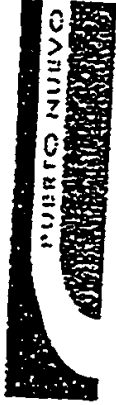
Kinesis

NIT. 819002834-4

Diana Ochoa
DIANA OCHOA

ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre de empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

B-12-17

Laura Saal

P. L. Saal

Control médico

Desde 14:30

Hasta 19:30

No

Sandra B.

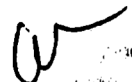
14/12/13

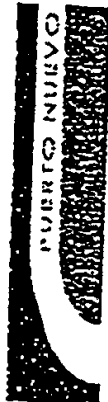
ALEJANDRO MARIO CARREÑO PEREZ
CALLE 21 No 12-35 BARRIO ALCAZREZ TEL 4217172-4216897
SANTA MARTA MAGDALENA
NIT.72153005-5
CONSULTA EXTERNA
www.centrodealergologia.com
NOMBRE: DOCUMENTO:
SEXO:
TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ CC 57462203
Femenino
ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A
EDAD: 34
FORMATO N°: 39 Fecha/Hora:13/12/2018



paciente asistio a cita para aplicación de su tratamiento
de inmunoterapia especifica acaros

hora en la tarde


ALEJANDRO CARREÑO
CENTRO DE ALERGOLOGIA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 18-12-18
Nombre del empleado Enrique Sosa
Cargo del empleado P. Lozano
Motivo de ausencia Control médico

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ Si ☐ No
Desde 15:00 Hasta 17:30

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:
Sandra D.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



**UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y GASTROENTEROLOGIA
DEL MAGDALENA**

HISTORIA CLINICA EVOLUCIONES

Nombres : SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA

F.Nac : 07/10/1984

Empresa : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.

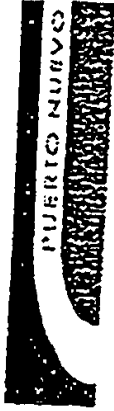
HC : 57462203

Fec.Evolución: 18/12/2018

Edad : 34 Años 2 Meses 11 Días

Médico : RAFAEL HUMBERTO POLO OSPINO


RAFAEL HUMBERTO POLO OSPINO



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

19-12-12

Tare Sanchez

P. Logistics

Control medico

Desde 15:00 Hasta 17:30

☒ Si ☐ No

SANDRA P.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

INSTITUTO PARA EL CUIDADO RESPIRATORIO
Dr. JOHN CARLOS PEDROZO PUPO, MD

Medicina Interna - Neumología
U. El Bosque - Hospital Santa Clara
Bogotá - Colombia

Carrera 21 No. 18 - 27, Tel: 4208252 - 312-6286444, Barrio Jardín - Santa Marta - Colombia



Respire
INSTITUTO PARA EL
CUIDADO RESPIRATORIO

HISTORIA CLINICA EVOLUCIONES

Nombres : SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA

Empresa : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

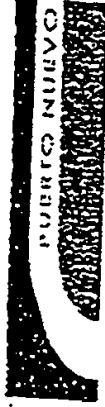
Fecha : 19/12/2018

Edad : 34 Años 2 Meses 12 Días

F.Nac : 07/10/1984

HC : 57462203

No.Orden 43606 4



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

21-12-18

Nombre de empleado

Tania Sach

Cargo del empleado

P. Legística

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde 18.00 Hasta 17.00

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

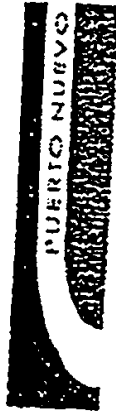
SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

21.12.18.

Marie Trade.

44



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

24-12-18

Nombre de empleado

Laura Snad

Cargo del empleado

Legislador

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde 09:00 Hasta 12:00

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

Edo Jones

LABORATORIO CLINICO

COLANDREA LA STRA DE TROUT S.A.S

Calle 18 No 8-05 Tel 421 1694 Cel 3163563458

www.laboratoriocolandastra.com E Mail: info@laboratoriocolandastra.com
Santa Marta - Magdalena

ORDEN DE EXAMEN

Software @axinc v201702

Sede	10 PRINCIPAL	Web	3445	ORIGINAL	
Nro. Orden De Examen	29.280	Tiempo De Recepción		1 Min 54 Seg	Página 1 de 1
Fecha Orden De Examen	24 dic 2018 07:49:19 am				
Entidad (Resón Social)	COLOMBIA MEDICINA PREPAG-DA S.A. - COLECTIVO 100 ORDEN DIA OMB				
ID Paciente	CC 57462203 SADE FERNANDEZ TANIA LORENA			Sexo: F Edad: 34+	
Dirección	SANTA MARTA / MAGDALENA / COLOMBIA				
Teléfono	3207093024	Web: 4211694	1282606	Imp. Orden	

LABORATORIO CLINICO

CALLE 10 N° 2-45 TEL 421 1844 Cel 3152653460

www.laboratorio-clinico.com.co E-Mail: info@laboratorio-clinico.com.co
Santa Marta - Magdalena

ORDEN DE EXAMEN

Formato Examen 2017CS12

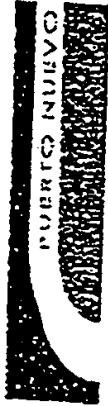
GRUPO	10 PRINCIPAL	WMS 3445	ORIGINAL	Página 1 de 1
Nro. Orden De Examen	25280	Tiempo De Recepción	1 Min 54 Seg	
Fecha Orden De Examen	24 DE OCT DE 2017 12:37			
Nombre Paciente	COLOMBIA MEDICINA PRESTIGADA S.A. - COLECTIVO 100 000 4 DIRE			
Id. Paciente	CC 344100 SANTO FERNANDEZ TANIA LORENA		Señal P. E080. 344	
Dirección	SANTA MARTA - MAGDALENA - COLOMBIA			
Teléfono	30744024	WMS 40002 128280E	Nro. Orden	

24/12/2018
9:33 am



Historia Clinica Consulta Externa

<u>No Historia Clinica :</u>	57462203	<u>Fecha Ingreso</u>	24/12/2018 1 08:30:41	
<u>Apellidos</u>	SADE FERNANDEZ	<u>Nombre</u>	TANIA LORENA	<u>Edad:</u> 34
<u>Sexo :</u>	Femenino	<u>Codigo Diagnostico1 :</u>		
<u>Empresa :</u>	COOMEVA EPS	<u>Codigo Diagnostico2 :</u>		<u>Codigo Diagnostico3 :</u>



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 27-12-18
Nombre de empleado Jane Suedu
Cargo del empleado P. Logístico
Motivo de ausencia Cate redica Bayula

Permiso concedido Desde 07:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ SI ☐ No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Edson Junc

.....

ORDEN DE SERVICIO

N° Autorización: 1078
 Fecha de Expedición: 28/11/2016
 Vigencia Autorización: 45 días
 Tipo: Correo electrónico
 Sucursal: SANTA MARTA Punto: 32. SANTA MARTHA

USUARIO

Apellidos: SAADE FERNANDEZ
 Nombres: TANIA LORENA
 Credencial: 27816801001
 Identificación: 57482203
 Edad: 34 años
 Programa: ORO PRODECO ESTANDAR
 Subcuenta: ORO301SH
 Usuario Común: SI
 Valor Tipo: 0.00

PRESTADOR AUTORIZADO

Nombre: AHUMADA, ADOLFO
 NIT: 8697480
 Dirección: Calle - 63 - 420-173 - Cons 1 / BARRANQUILL
 53501698

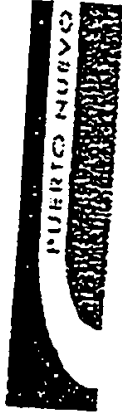


Cooameva | Medicina Prepagada

SERVICIOS AUTORIZADOS	Cód. Diag.	#Hosp.	Autorizó	Elaboró
	G470		lpbg8130	lpbg8130
CUPS	DESCRIPCIÓN	CANT.		
880284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	(1)		

Cooameva Medicina Prepagada ofrece servicios predefinidos relacionados en esta orden.

VALOR A PAGAR USUARIO	OBSERVACIONES
Copago 0.00	Observaciones del Analista
Cuota Moderadora 6,000.00	COSEVINO PRODECO NO CAMBIA A CORRO
Excedente 0.00	Observaciones del Auditor
IVA 300.00	
TOTAL 6,300.00	



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

07-03-14

Tania Sade

P. W. S. S. S.

Ator médicos (Dependencia)

Desde

07:00

Hasta

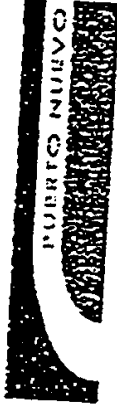
17:30

No

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

08-03-19

Nombre de empleado

Tare Sueda

Cargo del empleado

P. Logistics

Motivo de ausencia

Cate médica (Desplazamiento a gta)

Permiso concedido

Desde 07:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado

No

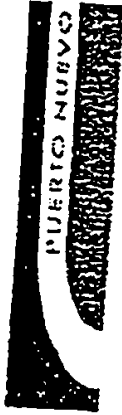
FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 09-04-19
Nombre del empleado Luis Sacha
Cargo del empleado P. logístico
Motivo de ausencia de médica

Permiso concedido

Desde 07:00 Hasta 17:30
☒ Si ☐ No

Permiso remunerado

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



Santa Marta, 09 de Abril de 2019

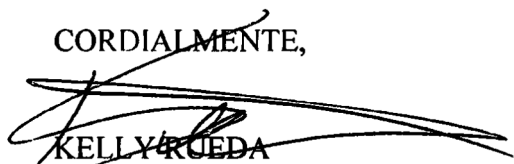
FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente TANIA SAADE
Identificado: 57.462.203
Expedida: SANTA MARTA
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA PREPAGADA

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A LA TERAPIA
FISICA EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES

CORDIALMENTE,


KELLY RUEDA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



CERTIFICA QUE

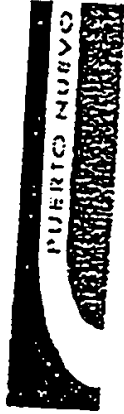
Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado con: 57.462.203
Expedido en: SANTA MARTA
ENTIDAD: COOMEVA MP

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el 09 de ABRIL del 2019 a NEUROPSICOLOGIA en nuestras instalaciones en horas de la mañana.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 09 de abril del 2019.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4

ISRAEL GUTIERREZ MARIN
AUX. ADMINISTRATIVO
FUNDACION SANAR KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 02-04-19

Nombre del empleado Luis Sach

Cargo del empleado P. Legista

Motivo de ausencia enfermedad

Permiso concedido

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

Desde 14:00 Hasta 17:00

FIRMA DEL EMPLEADO [Signature]

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO SANDRA B.

Nombre y cargo:

.....



CERTIFICA QUE

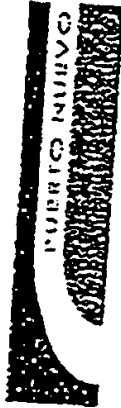
Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado con: 57.462.203
Expedido en: SANTA MARTA
ENTIDAD: COOMEVA MP

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el 02 de ABRIL del 2019, a PSICOLOGIA en nuestras instalaciones en horas de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 02 de abril del 2019.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4

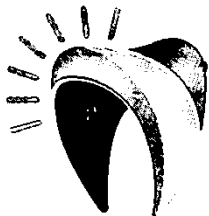
ISRAEL GUTIERREZ MARIN
AUX. ADMINISTRATIVO
FUNDACION SANAR KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 10-04-16
Nombre del empleado Tere Sanchez
Cargo del empleado CP. Logística
Motivo de ausencia CP. medicina
Permiso concedido _____
Permiso remunerado SI Desde 14:00 Hasta 17:30

Firma del empleado [Signature]
Nombre y cargo: SANDRA B.
Firma del jefe inmediato [Signature]
Nombre y cargo: SANDRA B.



UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

DENTALIUM

¡ CUIDAMOS LO MEJOR QUE TIENES: TU SONRISA!

Calle 24A N° 4 - 142 Barrio el Prado

Tel.: 421 11 29 - 423 07 11 (citas)

dentaliumcoord.2018@gmail.com

www.dentalium.com.co

Fecha:

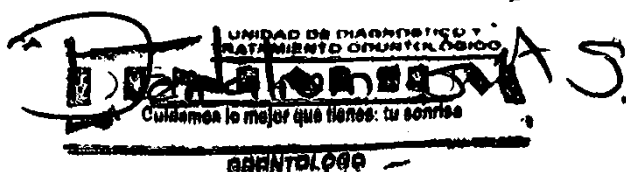
10 - Abril - 2019

Nombre:

Tania. Saade.

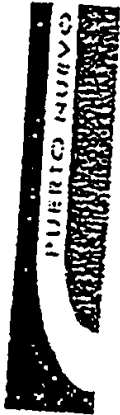
C.C.: 57.462.203.

R/. Paciente asistió a tratamientos
de rehabilitación oral. a la fecha.
en horas de la tarde.



¡ CUIDAMOS LO
MEJOR
QUE TIENES:
TU SONRISA!

Traer esta fórmula en la próxima cita



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

11-04-19

Nombre del empleado

Jane Smith

Cargo del empleado

P. Logistics

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde

12:00

Hasta

12:30

Permiso remunerado

No

SI

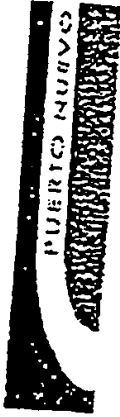
FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

DANIELA B.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 15-04-19
Nombre del empleado Tania Sach
Cargo del empleado Registrador
Motivo de ausencia Falta Médica (Bgu. II)
Permiso concedido
Permiso remunerado Desde 07:00 Hasta 17:30
☒ SI ☐ No

[Firma]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....

Dr. Ahumada Graubard
PSIQUIATRA GENERAL E INFANTIL
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL BOGOTÁ

Número de
Historia Clínica

57 462 203

Nombre:

TERIN SAAD FERNANDEZ

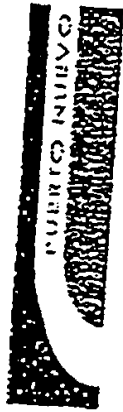
Seccional:

COORUP MD PREPARADO

FECHA
HORA

TODO LA NOTA DE EVOLUCIÓN DEBE LLEVAR FIRMA Y CÓDIGO DEL MÉDICO

15/19



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 16-04-19
Nombre del empleado Jane Sach
Cargo del empleado P. Negativo
Motivo de ausencia Citas medicas
Permiso concedido
Permiso remunerado Desde 07:00 Hasta 17:30

☒ Si ☐ No
FIRMA DEL EMPLEADO [Signature]
Nombre y cargo: SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ

Identificado con: 57.462.203

Expedido en: SANTA MARTA

ENTIDAD: PARTICULAR

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el 16 de ABRIL del 2019, a NEUROPSICOLOGIA en nuestras instalaciones en horas de la mañana.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 16 de abril del 2019.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4

ISRAEL GUTIERREZ MARIN
AUX. ADMINISTRATIVO
FUNDACION SANAR KINESIS



Santa Marta, 16 de Abril de 2019

FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

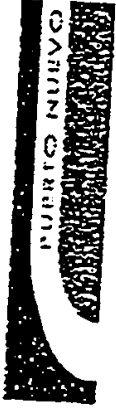
CERTIFICA QUE

Nombre del paciente TANIA SAADE
Identificado: 57.462.203
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A LA TERAPIA FISICA EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES

CORDIALMENTE,


DIANA OCHOA
ATENCIÓN AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	19-03-19		
Nombre de empleado	Irene Sarda		
Cargo del empleado	P. Legado		
Motivo de ausencia	Cita médica		
Permiso concedido	Desde	14:20	Hasta 12:30
Permiso remunerado	☒ Si ☐ No		
FIRMA DEL EMPLEADO	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
Nombre y cargo:	Nombre y cargo:		

SANDRA B.

.....



GUSTAVO ROMERO

**CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Calle 26 A Esquina la Caja Piso 2 Tel: 4200702-4321103 ,

email: info@gustavoromero.co

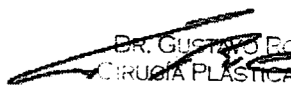
www.gustavoromero.co

NOMBRE: TANIA SAADE

IDENTIFICACION: 57462203

FECHA: 18/03/2019

**PACIENTE QUE ASISTE A CITA MEDICA EN EL DIA DE HOY
EN LAS HORA DE LA TARDE**

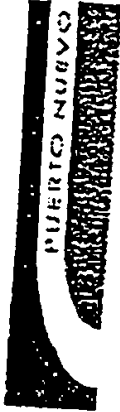

DR. GUSTAVO ROMERO
CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
OTORRINOLARINGOLOGÍA

GUSTAVO ROMERO CABALLER

GUSTAVO ROMERO CABALLERO

Reg 47212

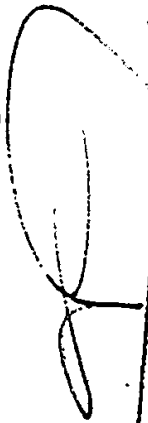
“NO SE DEJE CAMBIAR SU FÓRMULA MÉDICA”



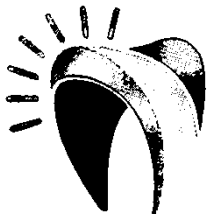
AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 27-03-19
Nombre de empleado Jane Sanchez
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Cita médica

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ SI ☐ No
Desde 14:00 Hasta 17:30

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo: SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: _____



UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

DENTALIUM

¡ CUIDAMOS LO MEJOR QUE TIENES: TU SONRISA!

Calle 24A N° 4 - 142 Barrio el Prado

Tel.: 421 11 29 - 423 07 11 (citas)

dentaliumcoord.2018@gmail.com

www.dentalium.com.co

Fecha: 20/03/19

Nombre: Tania Scade C.C.: 57.462.203

R/.

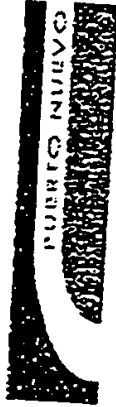
Paciente asiste a consulta por rehabilitación oral, se realiza activación de placa Miorelgente parte posterior, se ajustan puntas de contacto

Recibe
Re 36303
DENTALIUM
UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
ODONTÓLOGO

¡ CUIDAMOS LO
MEJOR
QUE TIENES:
TU SONRISA!

Traer esta fórmula en la próxima cita





AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre de empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

21-03-19

tanis Scazi

R. Logistics

Enkin nichu

Desde 14:00

Hasta 17:30

☒ Si

☐ No

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

.....

ALEJANDRO MARIO CARREÑO PEREZ

CALLE 21 No 12-35 BARRIO ALCAZREZ TEL 4217172-4216897

SANTA MARTA MAGDALENA

NIT. 72153005-5

CONSULTA EXTERNA

www.centrodealergologia.com



NOMBRE: DOCUMENTO:

SEXO:

TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ CC 57462203

Femenino

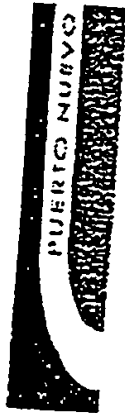
ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A

EDAD: 34

FORMATO N°: 39 Fecha/Hora: 21/03/2019

PACIENTE ASISTIO A CITA PARA LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTO DE INMUNOTERAPIA
MENSUAL PARA LA ALERGIA EN LAS HORAS DE LA TARDE


Dr. Alejandro Carreno
C.C. 1941661661 C.C. 121.933.000
Especialista en Alergia e Inmunología



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 22-03-19
Nombre desempleado Tania Sach
Cargo del empleado P. Logístico
Motivo de ausencia Ex médica
Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ No

Desde 07:00 Hasta 09:30

No

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

2
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

.....



UNIDAD DE DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

DENTALIUM

Calle 23 N° 6 - 51 Local 1 y 2 C. La 23 Tel: 4211129

Santa Marta E-mail: dentaliumd@gmail.com

- Odontología General
- Odontología Estética y
Diseño de Sonrisa
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Ortodoncia
- Odontopediatría
- Estomatología
- Endodoncia
- Rehabilitación Oral
- Radiología

Fecha:

Nov 22 / 2019

Nombre

Tania Saade

C.C.

51462203

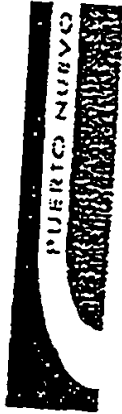
Dr. Certifico que la paciente
Tania Saade asistió
a consulta odontológica
el día de hoy teniendo
en cuenta el tratamiento
odontológico en
Dentalium IPS Santa
Marta.

Atentamente


Dr. Gerardo Vicioso
R.M. 074

Cuidamos lo mejor que tienes: tu sonrisa

Traer esta fórmula en la proxima cita



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

26-03-19

Nombre del empleado

Lane Smith

Cargo del empleado

P. Logistics

Motivo de ausencia

Enfermedad

Permiso concedido

Desde

14.00

Hasta

17.30

Permiso remunerado

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANITZA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



Santa Marta, 26 de marzo de 2019

FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente TANIA SAADE

Identificado: 57462203

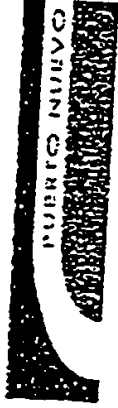
Servicio: TERAPIA FISICA

Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA
EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.


MARIA HELENA JIMENEZ
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 28-05-19
Nombre de empleado Tania Sosa
Cargo del empleado P. Wajishu
Motivo de ausencia Cita médica

Permiso concedido
Desde 14:30 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO
[Signature]
Nombre y cargo: SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



Santa Marta, 28 de Marzo de 2019

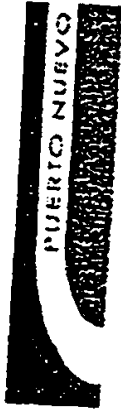
FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado: 57462203
Expedida: SANTA MARTA
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA
EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.


YULIANA CADAVID
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	19-11-18		
Nombre de empleado	Taris, Sach		
Cargo del empleado	P. Logistics		
Motivo de ausencia	Cita médica		
Permiso concedido			
Permiso remunerado	Desde	Hasta	
	SI	No	
			17:30
FIRMA DEL EMPLEADO	SANTA R.		
Nombre y cargo:	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
	Nombre y cargo:		

.....



Santa Marta 19 de Noviembre del 2018

Sres.

Puerto nuevo S. A.

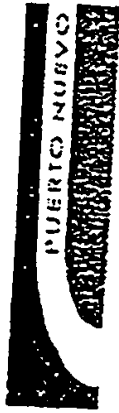
Ref. Consulta de Medicina Laboral - Tania Lorena Saade Fernández CC. 57462203

Certifico que el paciente en mención asistió a cita con Medicina Laboral con el Dr Raul Fernando Balaguera Balaguera el día 19 de noviembre del 2018 a las 4:30 pm en la ciudad de Santa Marta. Se expide a solicitud del trabajador.

RAUL FERNANDO BALAGUERA B.

REGISTRO MEDICO 5456

MEDICO LABORAL - COOMEVA EPS - REGIONAL CARIBE



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha Tarx - Sacd
Nombre de empleado 20-11-19
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Cafes médicos
Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

Desde 4:20 Hasta 13:30

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tarx Sacd

Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra B. coord. ops

.....



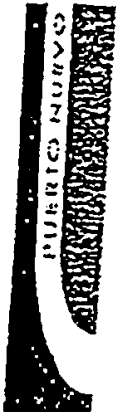
Santa Marta 20 de NOVIEMBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57462203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
FISIOTERAPIA EN HORARIO DE 04:01 A 06:14 PM


DIANA OCHOA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 15-08-19
Nombre del empleado Tanc. Saad
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Cita médica
Permiso concedido
Desde 14:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ SI ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANZA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día 15 de agosto de 2019 en horas de la tarde.

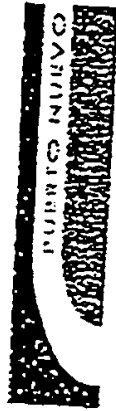
Se expide el certificado a los **15** días del mes **AGOSTO** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

16-08-14

Nombre del empleado

Francisco

Cargo del empleado

P. Logístico

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde

13:30

Hasta

17:00

Permiso remunerado

☒ Si

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

Sandra B.

ROSANA COLINA NEIRA
FISIOTERAPEUTA

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día 16 de agosto de 2019 en horas de la tarde.

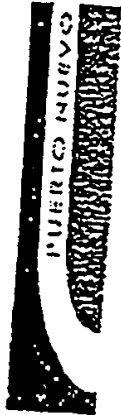
Se expide el certificado a los **16** días del mes **AGOSTO** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

17-04-19

Nombre de empleado

Tania Saez

Cargo del empleado

P. Legística

Motivo de ausencia

Colección

Permiso concedido

Desde

13:30

Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒ SI

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

.....



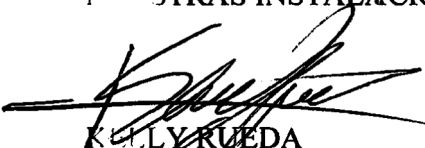
Santa Marta, 17 de abril del 2019

FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

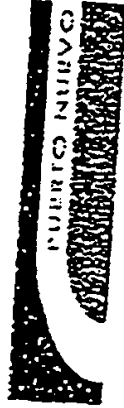
CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado: 57.462.203
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTE A TERAPIA FISICA EN
NUESTRAS INSTALACIONES EN HORAS DE LA TARDE



KELLY RUEDA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	23-04-16		
Nombre del empleado	Jens Sae de		
Cargo del empleado	P. Logistics		
Motivo de ausencia	Cita médica		
Permiso concedido			
Permiso remunerado	Desde	Hasta	
	14:00	17:30	
	☒ SI	☐ No	
FIRMA DEL EMPLEADO	SANDRA B.		
Nombre y cargo:	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
	Nombre y cargo:		

.....



CERTIFICA QUE

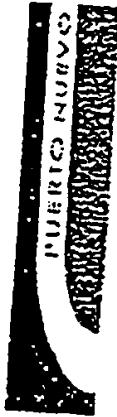
Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado con: 57.462.203
Expedido en: SANTA MARTA
ENTIDAD: COOMEVA MP

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el 23 de ABRIL del 2019, a TERAPIA FISICA en nuestras instalaciones en horas de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 23 de abril del 2019.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4

ISRAEL GUTIERREZ MARIN
AUX. ADMINISTRATIVO
FUNDACION SANAR KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

24-04-19

Nombre del empleado

Lenia Sade

Cargo del empleado

P. Legado

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde 14:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

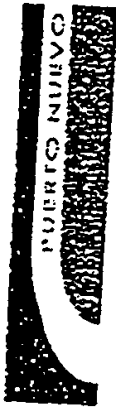
Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

.....



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

03-12-18

Nombre del empleado

Lidia Saez

Cargo del empleado

Protección

Motivo de ausencia

Templea Sisa / cide miche

Permiso concedido

Desde

14:00

Hasta

13:30

Permiso remunerado

Si

No

[Signature]

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

Sandra B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: Sandra Bolívar.

.....



Santa Marta 03 de DICIEMBRE de 2018

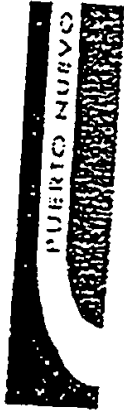
CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ
Identificada: 57.462.203
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
TERAPIA FISICA EN HORAS DE 04:12 PM A 05:26

Fundación Sanar

Kinesia
DIANA OCHOA
NIT: 8190025944
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre de empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

04-12-18

Jane Sanchez

Recepcionista

Control Médico

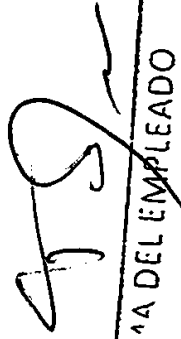
Desde

15:00

Hasta

17:30

No


FIRMA DEL EMPLEADO

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: Sandra Bolivar



GUSTAVO ROMERO

**CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
OTORRINOLARINGOLOGÍA**

AV FERROCARIL CALLE 26 A ESQUINA CENTRO DEPORTIVO LA CAJA

, email: info@gustavoromero.co

www.gustavoromero.c

NOMBRE: TANIA SAADE

IDENTIFICACIÓN: 57462203

FECHA: 4/12/18

**CERTIFICO QUE LA PACIENTE TANIA SAADE , IDENTIFICADA CON C.C 57462203, ASISTIO A CONSULTA
MEDICA EL DIA DE HOY , NO SE PUDO ATENDER SE LE REPROGRAMA PARA LA PROXIMA SEMANA,
EL MIERCOLES 12 A LAS 4:00 PM**

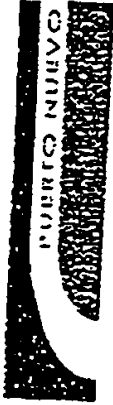
**GUSTAVO ROMERO
CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
OTORRINOLARINGOLOGÍA
RM 47212**

GUSTAVO ROMERO CABALLERO

GUSTAVO ROMERO CABALLERO

Reg 47212

“NO SE DEJE CAMBIAR SU FÓRMULA MÉDICA”



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre de empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

05-12-11
Lance Sach
P. Lopez
Licencia medica

Desde 16:30 Hasta 17:30

No

Sandra P.

[Signature]

.....



Santa Marta 05 de DICIEMBRE de 2018

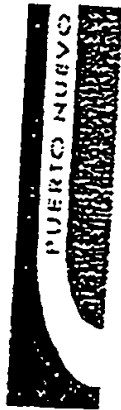
CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ
Identificada: 57.462.203
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
TERAPIA FISICA EN HORAS DE 05:13 PM A 06:19 PM

Fundación Sanar

Kinesis
C.R. 819002934-4
DIANA OCHOA
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 06-12-17
Nombre del empleado Tamara Sack
Cargo del empleado Logística
Motivo de ausencia Periphe física / cida médica
Permiso concedido Desde 14:30 Hasta 17:30
Permiso remunerado SI No

47
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar

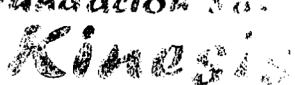


Santa Marta 06 de Diciembre de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificada: 57.462.203
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA PREPAGADA

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
TERAPIA FISICA EL DÍA 06 DE DICIEMBRE DE 2018 DEL PRESENTE AÑO EN
HORARIO DE LA TARDE.


+ GIANCARLOS MAZENETT
GRUPO KINESIS
Fundación S.A.S.

NIT. 819002934-6



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 10-12-14
Nombre del empleado Tane Sach
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Control médico / cita médica
Permiso concedido
Desde 15:30 Hasta 17:30

☒ Si ☐ No

Permiso remunerado

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

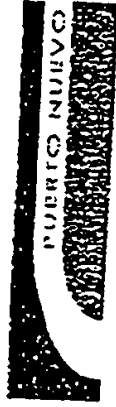
.....

Do Señora SADE fernández fernia Lorenza
57462 203

asisto a Sala Dip Comuna integral
de Colombia

a apartar Acta de Medicina laboral
el día 10-12-2018

firmo: J. Guaybentago
Ejecutor de atención integral



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

11-12-18

Nombre de empleado

Tania Lopez

Cargo del empleado

D. W. J. H.

Motivo de ausencia

Control médico

Permiso concedido

Desde 15:00 Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: **TANIA SAADE FERNANDEZ**

Identificado con cedula: **57.462.203**

Expedida en: **SANTA MARTA**

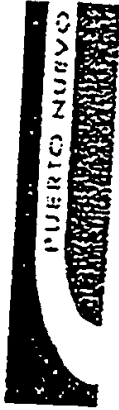
Entidad: **COMEVA MP**

El presente certificado hace constar que el paciente en mención realiza terapia de psicología en nuestras instalaciones en el horario de la Tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día **11 de diciembre 2018**.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-9

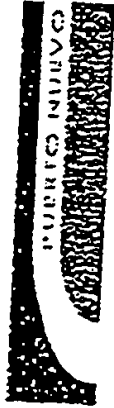
Yuliana Cadavid
Auxiliar operativo
Fundación sanar Kinesis



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	12-12-18		
Nombre de empleado	Tania Sach		
Cargo del empleado	P. usicho		
Motivo de ausencia	control médico		
Permiso concedido			
Permiso remunerado	☒ Si	☐ No	
	Desde	Hasta	17:30
FIRMA DEL EMPLEADO	SANDRA B		
Nombre y cargo:	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
	Nombre y cargo:		

.....



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 18-02-14
Nombre de empleado Lidia Sanchez
Cargo del empleado P. Logístico
Motivo de ausencia Citas médicas
Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ No
FIRMA DEL EMPLEADO [Signature]
Nombre y cargo: SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: [Signature]

18-02-14
[Signature]



UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

DENTALIUM

¡CUIDAMOS LO MEJOR QUE TIENES: TU SONRISA!

Calle 24A N° 4 - 142 Barrio el Prado

Tel.: 4211129 - 423 0711 (citas)

dentaliumcoord.2018@gmail.com

www.dentalium.com.co

Fecha: 18/02/19

Nombre: Tania Saadefernandez C.C.: 57.462.203

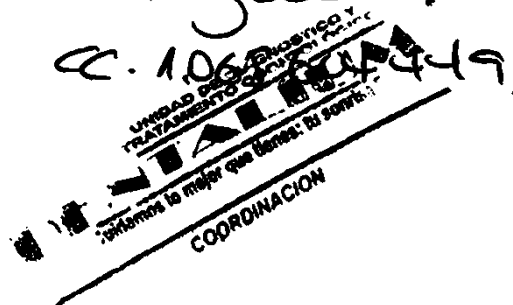
R/.

Paciente asiste a consulta por Rehabilitación oral, se evidencia Apretamiento dental se ordena placa Microlyte. + Detartraje General.

Se dan recomendaciones de Higiene y Cuidado.

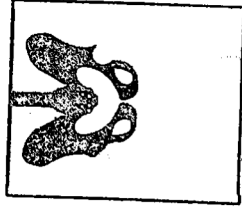
Dña. Dña
Reg 36303.

C. 106



¡CUIDAMOS LO
MEJOR
QUE TIENES:
TU SONRISA!

Traer esta fórmula en la próxima cita



Consultorio de Traumatología & Ortopedia

Dr. Alejandro Habeych
Hosp. Mag. de las Salinas
México

R./ Nombre: TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ

Fecha: 18/feb/2019

FISIOTERAPIA 30 SESIONES

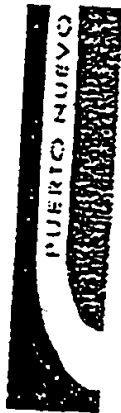
PLAN:

MEDIOS FISICOS EN ESPALDA Y RODILLA
EJERCICIOS ESTIRAMIENTOS
EJERCICIOS PARA DISQUINESIA ESCAPULAR BILATERAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR.

Dr. Salim Amashta S.
Universidad de Cartagena
Colombia


DR. SALIM AMASHTA S.
Ortopedia y Traumatología
P.M. 17:00 a 5:00 PM
Universidad de Cartagena

Calle 22 No. 14 - 70 - Centro Médico Perla del Caribe Sala 3 Cons. 12 Tel. 423 0699
Santa Marta, Colombia



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre de empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

19-02-19

Tania Saady

P. Logístico

Citas médicas

Permiso concedido

Desde

Hasta

17:30

Permiso remunerado

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

19-02-19



CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado con: 57.462.203
Expedido en: SANTA MARTA
ENTIDAD: COOMEVA MP

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el 19 de febrero 2019, a CONSULTA DE PSICOLOGIA en nuestras instalaciones en horas de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 19 de febrero del 2019.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4


JULIANA CADAVID
AUX. ADMINISTRATIVO
FUNDACION SANAR KINESIS



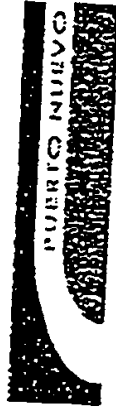
Santa Marta 19 FEBRERO de 2019

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Expedida: SANTA MARTA
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.


DIANA OCHOA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 20-07-19
Nombre de empleado Lara Sach
Cargo del empleado P. Legido
Motivo de ausencia Cita Médica

Permiso concedido

Desde 14:00 Hasta 17:30

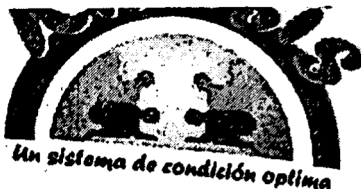
Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



Santa Marta 20 FEBRERO de 2019

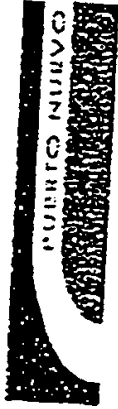
CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado: 57462203
Expedida: SANTA MARTA
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.

Diana Ochoa
DIANA OCHOA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS

Atención Santa
Kinesis



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 01-03-19
Nombre de empleado Jane Sach
Cargo del empleado P. Wiskno
Motivo de ausencia Cita medica
Permiso concedido
Desde 7:00 Hasta 13:20

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

TSG
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

Chy
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Edoardo Juez

.....



Santa Marta, 01 de marzo de 2019

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57462203
Expedida: SANTA MARTA
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad : COOMEVA MP.

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA
EN LAS HORAS DE LA MAÑANA EN NUESTRAS INSTALACIONES.

LEUDITH RUA 
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

04-03-19

Nombre de empleado

Jane Sueda

Cargo del empleado

P. Logística

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde 15:30 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

.....



Santa Marta, 04 de marzo de 2019

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57462203
Expedida: SANTA MARTA
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad : COOMEVA MP.

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA
EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.

LEUDITH RUA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 05-03-14
Nombre de empleado Tare Sanchez
Cargo del empleado P. Logisto
Motivo de ausencia Cita medica

Permiso concedido

Desde 14:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

Sandra B
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Belivar
Coord. Opr.

V. [Signature]
05/03/14



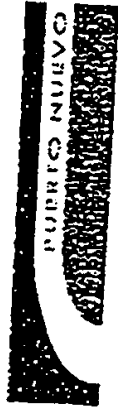
Santa Marta, 05 de marzo de 2019

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado: 57.462.203
Expedida: SANTA MARTA
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA
EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.

KELLY RUEDA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

14-03-19

Nombre de empleado

Pavic Sach

Cargo del empleado

P. Rojas

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde

14/03

Hasta

17:30

Permiso remunerado



No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

Sandra B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: Coord. Ops



Santa Marta, 14 de marzo de 2019

FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

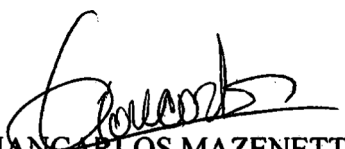
CERTIFICA QUE

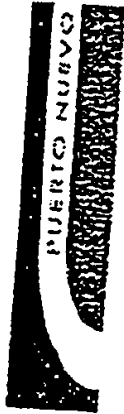
Nombre del paciente: TANIA LORENA SAADE

Identificado.57462203

Expedida: SANTA MARTA
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA
EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.


GIANCARLOS MAZENETT
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



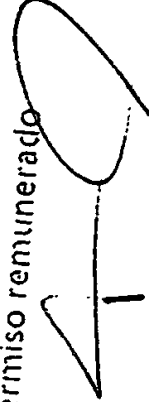
AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 13-03-19
Nombre del empleado Janet Saez
Cargo del empleado Asistente
Motivo de ausencia Citas medicas

Permiso concedido

Desde 14:00 Hasta 19:30
☒ Si ☐ No

Permiso remunerado


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:


FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolivar
Coord. ops.

.....



Santa Marta, 13 de marzo de 2019

FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

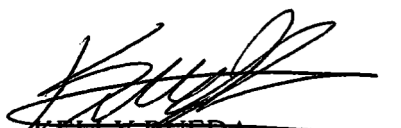
CERTIFICA QUE

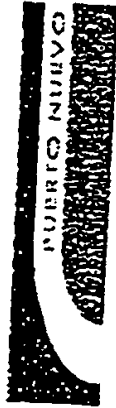
Nombre del paciente: TANIA SAADE

Identificado.57.462.203

Expedida: SANTA MARTA
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA
EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.


KELLY RUEDA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre de empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

12-03-19

Jorge Sady

P. Luisito

C. B. median

Desde

14:30

Hasta

17:30

No

JANET B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



Santa Marta, 12 de marzo de 2019

FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

CERTIFICA QUE

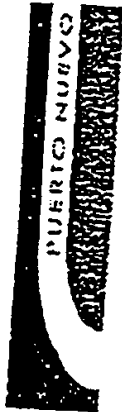
Nombre del paciente: TANIA SAADE

Identificado: 57.462.203

Expedida: SANTA MARTA
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA
EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.


KELLY RUEDA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 15-03-19
Nombre del empleado Tania Saez
Cargo del empleado P. logístico
Motivo de ausencia compensatorio (compensar 23 marzo)

Permiso concedido

Desde 13:00 Hasta 17:00
☒ Si ☐ No

Permiso remunerado

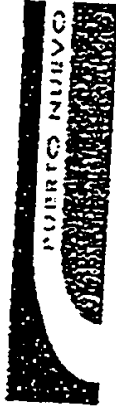
FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

Sandra B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

06 - 03 - 19

Nombre de empleado

Tania Sagala

Cargo del empleado

P. Logística

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde 14:00 Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒ Si

☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

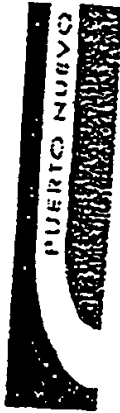
Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

.....



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 28-02-19
Nombre de empleado Jane Sach
Cargo del empleado P. Legística
Motivo de ausencia Cita médica
Permiso concedido
Permiso remunerado Desde 12:40 Hasta 17:30
☒ SI ☐ NO

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:
[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Edo. Jara

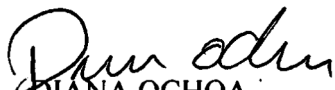


Santa Marta, 28 de febrero de 2019

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE
Identificado: 57.462.203
Expedida: SANTA MARTA
Servicio: TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

EL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TERAPIA FISICA EN LAS HORAS DE LA TARDE EN NUESTRAS INSTALACIONES.


DIANA OCHOA
ATENCION AL USUARIO
GRUPO KINESIS

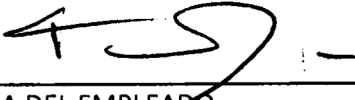


AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 12-06-18
Nombre de empleado Tania Saade
Cargo del empleado _____
Motivo de ausencia Cita médica

Permiso cedido Desde 13:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tania Saade


FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord Gps.

Recibido
13-06-2018



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 18-06-18
Nombre de empleado Tania Saadi
Cargo del empleado _____
Motivo de ausencia Citas medicas

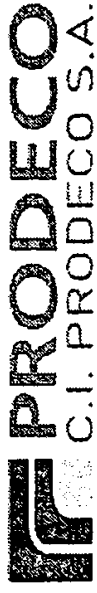
Permiso cedido Desde 13:30 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tania Saadi

[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. qz

.....



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 25-06-18
Nombre del empleado Tania Sady
Cargo del empleado Cik médica
Motivo de ausencia

Permiso concedido Desde 14:40 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

T S
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tania Sady

SANDPA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 25-06-18
Nombre del empleado Tania Sandoval
Cargo del empleado C. k. médica
Motivo de ausencia C. k. médica

Permiso concedido Desde 14:40 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Sí ☐ No

T.S.
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tania Sandoval

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coordinadora

	PROMOCIÓN DE LA SALUD - PREVENCIÓN REHABILITACIÓN RECETARIO MÉDICO FSK-FRMK-044	VERSIÓN: 04
		Vigente desde: 05/02/2014

FECHA: 25-06-2018.

NOMBRE: Tania Saade Emendy ID. 57462203.

ENTIDAD: _____

CIE 10:

R/.

la paciente Tania
Saade, asiste
a control por
Psicología el
día 25-06-2018.

Kinsky Espino D.

Kinsky Dances Espino D.
Psicóloga
T.P. 133316
Unimagdalena

AUTORIZACION DE AUSENCIA

FECHA

24-07-18

NOMBRE DEL EMPLEADO

Tam Sach

CARGO DEL EMPLEADO

P. Legisto

MOTIVO DE AUSENCIA

Cita médica

Permiso Concedido Desde

DESDE 24/07/18 HASTA 24/07/18 17:30

Permiso Remunerado

SI ☒ No ☐

FIRMA DEL EMPLEADO



Nombre y Cargo:

Tam Sach

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y Cargo: Sandra Bolivar.
Coord. ops.

Sandra B.

11/10/18

11/07/18



AUTORIZACION DE AUSENCIA

FECHA 25-07-18

NOMBRE DEL EMPLEADO Tanc Sach

CARGO DEL EMPLEADO P. Logista

MOTIVO DE AUSENCIA Cita médica

Permiso Concedido Desde: DESDE 25/07/18 HASTA 25/07/18 17:30

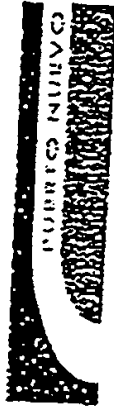
Permiso Remunerado SI ☒ No ☐

FIRMA DEL EMPLEADO [Signature]

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO Sandra B.

Nombre y Cargo: Tanc Sach

Nombre y Cargo: Sandry Bolívar
Coord. Ops.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

02-09-19

Nombre del empleado

Tania Saez

Cargo del empleado

P. Logístico

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde 14:30 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

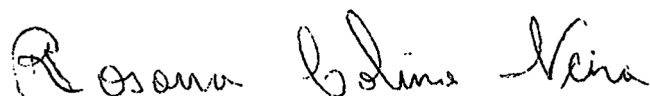


CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día 02 de septiembre de 2019 en horas de la tarde.

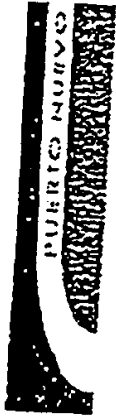
Se expide el certificado a los **02** días del mes **SEPTIEMBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 03-09-19
Nombre del empleado Jane Scott
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Cita médica
Permiso concedido _____
Permiso remunerado Desde 13:50 Hasta 17:30

SI No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....

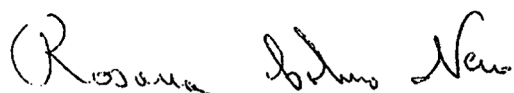


CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **03 de Septiembre** del 2019 en horas de la tarde.

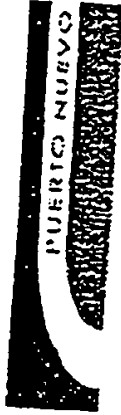
Se expide el certificado a los **03** días del mes **SEPTIEMBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

04-09-19

Nombre de empleado

Tamara Sacha

Cargo del empleado

P. Logística

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde 14:40 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANCIA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

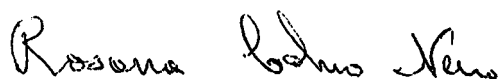
.....

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAÑDE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **04 de Septiembre** del 2019 en horas de la tarde.

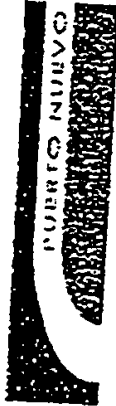
Se expide el certificado a los **04** días del mes **SEPTIEMBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

06-09-19 /

Nombre de empleado

Tania Saez

Cargo del empleado

P. Logística

Motivo de ausencia

Cir. médica

Permiso concedido

Desde 14/20 Hasta 17/20

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



06/09/2019 03:51 p.m.

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: **TANIA SAADE FERNANDEZ**

Identificado con cedula: **57.462.203**

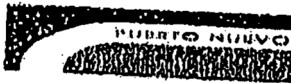
Expedida en: **SANTA MARTA**

Entidad: **COOMEVA MP**

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el día 06 de SEPTIEMBRE a CONSULTA DE PSICOLOGIA en nuestras instalaciones en horas de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente, dada en Santa Marta el día 06 de SEPTIEMBRE.


Fundación Sanar Kinesis
NIT. 819.002.934-4
ISRAEL A. GUTIERREZ MARIN
Atención al usuario
Fundación sanar Kinesis



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha
Nombre del empleado
Cargo del empleado
Motivo de ausencia

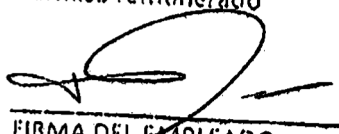
09-09-19
Luis Saade
p. Logístico
Café México

Permiso concedido

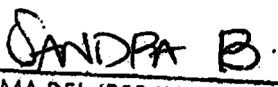
Desde 13:35 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ No


FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:


FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **09 de Septiembre** del 2019 en horas de la tarde.

Se expide el certificado a los **09 días** del mes **SEPTIEMBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,

Rosana Colina Neira
ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 10-09-19
Nombre del empleado Fanis Saady
Cargo del empleado P. Costas
Motivo de ausencia C. P. medica
Permiso concedido Desde 13:30 Hasta 17:00
Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANITA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física los días **10 de Septiembre** del 2019 en horas de la tarde.

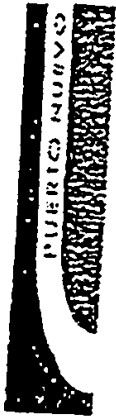
Se expide el certificado a los **10** días del mes **SEPTIEMBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

11-09-09

Nombre del empleado

Tania Saez

Cargo del empleado

D. Logística

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde

13:45

Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

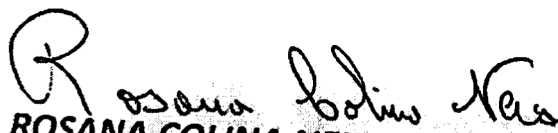
.....

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física los días **11 de Septiembre** del 2019 en horas de la tarde.

Se expide el certificado a los **11 días** del mes **SEPTIEMBRE** de **2019** pactado a la solicitud del paciente en mención.

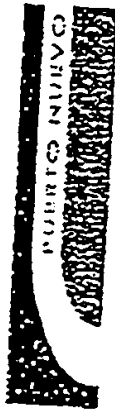
Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA

Rosana Colina Neira
FISIOTERAPEUTA
REG. 298 MAGDALENA
UNIVERSIDAD METROPOLITANA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 13-09-19
Nombre del empleado Leticia Saez
Cargo del empleado P. Legado
Motivo de ausencia Cita medica

Permiso concedido _____
Permiso remunerado ☒ Desde 13:20 Hasta 17:00
No ☐

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: _____
Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: _____

.....

ALEJANDRO CARREÑO

ALEJANDRO MARIO CARREÑO PEREZ

JARDIN - CARRERA 21 No 15-134 CASA 2 TEL 4217172-4216887
SANTA MARTA MAGDALENA
NIT.72153005-5
www.centrodealergologia.com

NOMBRE: TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ

DOCUMENTO: CC-57462203

SEXO: Femenino

EDAD: 34 Año(s)

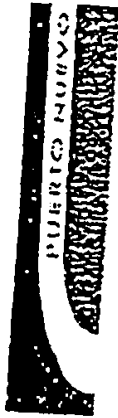
ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A

N° FORMULACION: 17168

FECHA Y HORA DE FORMULACION: 14:54:47/2019-09-23

ORDENES MEDICAS

CODIGO	NOMBRE MEDICAMENTO	DOSIS	OBSERVACION	CANTIDAD
	INMUNOTERAPIA ESPECIFICA CON ACAROS DEL POLVO CASERO/	Der 12 por 360 Dias.	UNA AL MES	12



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

24-09-19

Tania Saady

P. Logística

Interdiciplina

Desde

14:10

Hasta

17:30

No

Sandra B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

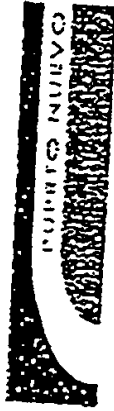
Nombre y cargo:

•

•

.

Zelma Celina Neira
 M.C. 1987-1991
 Rm. 204 MANUALENA
 UNIVERSIDAD METROPOLITANA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha
Nombre del empleado
Cargo del empleado
Motivo de ausencia

30-09-19

Jenis Sacha

P. Logístico

Perapig

Permiso concedido
Permiso remunerado

Desde 15:00 Hasta 17:30

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

Sandra B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

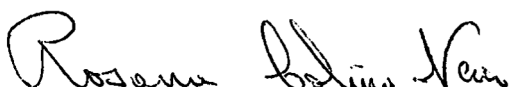
.....

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **30 de Septiembre** del 2019 en horas de la tarde.

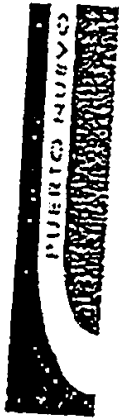
Se expide el certificado a los **30 días** del mes **SEPTIEMBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

Desde

Hasta

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

01-10-19

Jane Sade

D. Logistics

Terapia

Desde 11:10

Hasta

17:30

SANDRA B.

ALEJANDRO MARIO CARRV1:AA22EÑO PEREZ

JARDIN - CARRERA 21 No 15-134 CASA 2TEL 4217172-4216897

SANTA MARTA MAGDALENA

NIT.72153005-5

CONSULTA EXTERNA

NOMBRE: DOCUMENTO:

SEXO:

TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ CC 57462203

Femenino

ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A

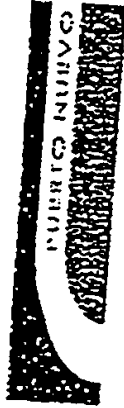
EDAD: 34 Año(s)

FORMATO Nº: 39 Fecha/Hora: 2019-01-10-2019

PACIENTE EN MENSION ASISTE A CITA PARA LA APLICACIÓN
DE TRATAMIENTO DE INMUNOTERAPIA ESPECIFICA
TRATAMIENTO PARA LA ALERGIA

HORAS DE LA TARDE

[Firma manuscrita]
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.
CARRERA 21 No 15-134 CASA 2
SANTA MARTA MAGDALENA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

02-07-15

Nombre del empleado

Jane Saad

Cargo del empleado

P. Logística

Motivo de ausencia

Enfermedad

Permiso concedido

Desde

14:00

Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

Sandra B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



Santa Marta, 02 de Julio de 2019

FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

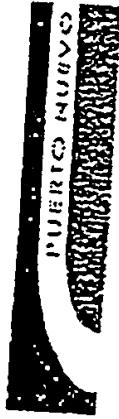
CERTIFICA QUE

Nombre del paciente : TANIA SAADE
Identificado: 57462203
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE EL SEÑOR EN MENCION
RECIBIO TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL DIA 02 DE JULIO 2019 EN
HORAS DE LA TARDE .


DIANA OCHOA
GRUPO KINESIS

Fundacion Sanar
Kinesis
NIT 819002934-4



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	19-06-19
Nombre del empleado	Tamara Soreli
Cargo del empleado	P. Logística
Motivo de ausencia	Cita médica desplazamiento
Permiso concedido	
Permiso remunerado	☒ Sí ☐ No
Firma del empleado	
Nombre y cargo:	
Firma del jefe inmediato	SANDRA B.
Nombre y cargo:	



CERTIFICA

Que el señor(a) **Tania Lorena Saade Fernandez** estuvo en nuestras instalaciones realizándose el estudio de **Resonancia Magnetica De Columna Toracica Y Gammagrafia Osea** el dia 19 de Junio de 2019.

Dado en barranquilla a los 19 dias del mes de Junio de 2019.

Atentamente,

SABBAG RADIOLOGOS
CARRERA 49 C No 80 - 38
TEL. 3858518 - 3580799

SABBAG RADIOLOGOS S.A.
NIT. 802.000.333-7

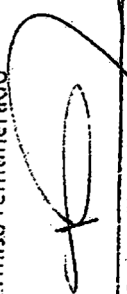


AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 03-07-19
Nombre del empleado Jane Saez
Cargo del empleado A. Logística
Motivo de ausencia Enfermedad

Permiso concedido Desde 14:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ SI ☐ NO


FIRMA DEL EMPLEADO

Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:



Santa Marta, 03 de Julio de 2019

FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

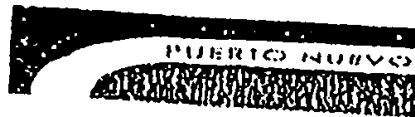
CERTIFICA QUE

Nombre del paciente : TANIA SAADE
Identificado: 57462203
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE EL SEÑOR EN MENCION
RECIBIO TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL DIA 02 DE JULIO 2019 EN
HORAS DE LA TARDE.

Diana Ochoa
DIANA OCHOA
GRUPO KINESIS

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819002934-4



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso cencedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

Desde

14:00

Hasta

17:30

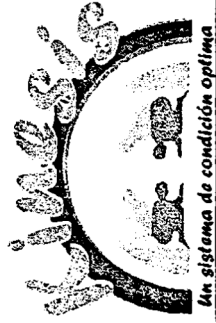
☒ SI

☐ No

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



CERTIFICA QUE

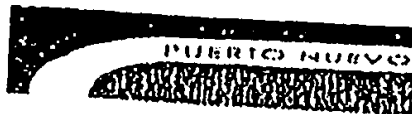
Nombre del paciente: **TANIA SAADE FERNANDEZ**
Identificado con cedula: **57.462.203**
Expedida en: **SANTA MARTA**
Entidad: **COOMEVA MP**

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el día **04 de JULIO** a **TERAPIA FISICA** en nuestras instalaciones en horas de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día **04 DE JULIO 2019**.

Israél A. Gutiérrez Marín
Fundación Sanar Kinesis
MIT. 819.002.934-4

ISRAEL A. GUTIERREZ MARIN
Atención al usuario
Fundación sanar Kinesis



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

05-07-19

Taris Saez

P- Logístico

Cita médica

Permiso concedido

Desde 14:00 Hasta 17:00

Permiso remunerado

SI No

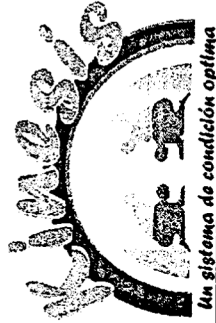
FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



CERTIFICA QUE

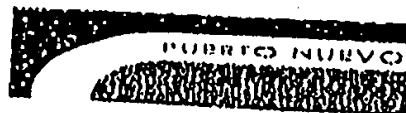
Nombre del paciente: **TANIA SAADE FERNANDEZ**
Identificado con cedula: **57.462.203**
Expedida en: **SANTA MARTA**
Entidad: **COOMEVA MP**

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el día **05 de JULIO** a **TERAPIA FISICA** en nuestras instalaciones en horas de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día **05 DE JULIO 2019**.


Fundación Sanar Kinesis
NIT. 819.002.934-4

ISRAEL A. GUTIERREZ MARIN
Atención al usuario
Fundación sanar Kinesis



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

Desde 08-07-11

Hasta

17:30

Si

No

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

08-07-11
Tania Saade
P. Logística
Enfermedad

SANDRA B.



CERTIFICA QUE

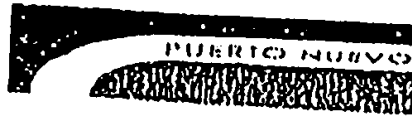
Nombre del paciente: TANIA SSADE FERNANDEZ
Identificado con cedula: 57.462.203
Expedida en: SANTA MARTA
Entidad: COOMEVA MP

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el día 08 de JULIO a PSICOLOGIA en nuestras instalaciones en horas de la tarde.

La presente se expide a solicitud del paciente en mención, dada en Santa Marta el día 08 DE JULIO 2019.


Fundación sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4

ISRAEL A. GUTIERREZ MARIN
Atención al usuario
Fundación sanar Kinesis



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

09-07-19

Nombre del empleado

Tania Sgarr

Cargo del empleado

p. logístico

Motivo de ausencia

cita médica

Permiso concedido

Desde 14:00 Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒ Si

☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



Santa Marta, 09 de Julio de 2019

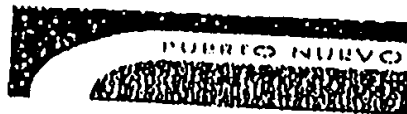
FUNDACION SANAR KINESIS
NIT 819002934-4

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente : TANIA SAADE
Identificado: 57462203
Servicio; TERAPIA FISICA
Entidad: COOMEVA MP

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE EL SEÑOR EN MENCIÓN
RECIBIO TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL DIA 02 DE JULIO 2019 EN
HORAS DE LA TARDE .

Diana Ochoa
DIANA OCHOA
GRUPO KINESIS
Kinesis
NIT. 819002934-4



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha
Nombre de empleado
Cargo del empleado
Motivo de ausencia

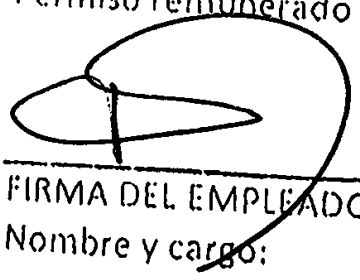
10-07-19
Lana Jacob
P. Logístico
Cita médica

Permiso cencedido

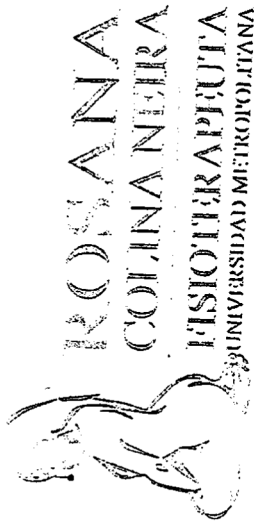
Desde 8:30 Hasta 1:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:



CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con la cédula de ciudadanía N° 57.462.203 asistió a terapia física el día 10 de JULIO del 2019 en horas de la tarde.

Se expide el certificado a los 10 días del mes JULIO de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,

Rosana Colina Neira
ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha
Nombre del empleado
Cargo del empleado
Motivo de ausencia

11-07-19
Tania Sandoz
P. Logístico
Cita médica

Permiso concedido

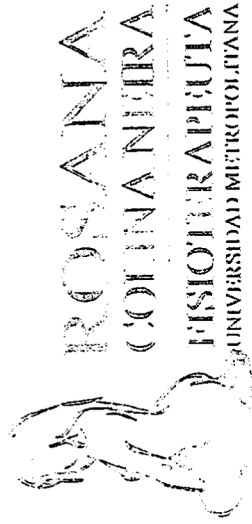
Desde 13:30 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:



CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con la cédula de ciudadanía N° **5746203** asistió a terapia física el día 11 de JUNIO del 2019 en horas de la tarde.

Se expide el certificado a los **11** días del mes **JULIO** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha
Nombre del empleado
Cargo del empleado
Motivo de ausencia

12-07-19
Tania Saadi
P. Logístico
Cita médica

Permiso cencedido

Desde 13:00 Hasta 17:00

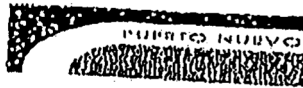
Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

[Signature]

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

15-12-19

Tania Sandoval

P. Logístico
Terapista

Desde 13:00 Hasta 17:00

☒ Si ☐ No

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

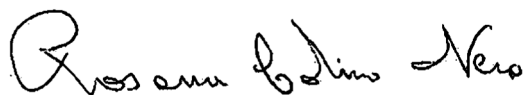
Nombre y cargo:

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **15 de Noviembre** del 2019 en horas de la tarde.

Se expide el certificado a los 15 días del mes **NOVIEMBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha
Nombre del empleado
Cargo del empleado
Motivo de ausencia

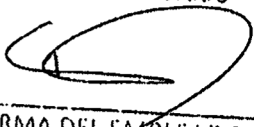
18-11-19
Tamara Saez
P. Legístico
Cita médica

Permiso concedido

Desde 14:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:



18/11/2019 03:43 p.m.

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado con C.C: 57.462.203
Expedida en: SANTA MARTA
Entidad: COOMEVA MP

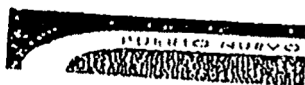
El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el 18 de noviembre a ELECTROMIOGRAFIA Y NEUROCONDUCCION en nuestras instalaciones.

HORA SALIDA: 03:42 PM

La presente se expide a solicitud del paciente, dada en Santa Marta el día 18 de NOVIEMBRE 2019.

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4

ISRAEL GUTIERREZ MARIN
Atención al usuario
Fundación sanar Kinesis



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

19-11-19

Tania Saah

P. Logística
Terapia

Desde

13:30

Hasta

17:30

☒ SI

☐ No

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

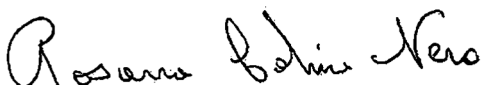
Nombre y cargo:

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **19 de Noviembre** del 2019 en horas de la tarde.

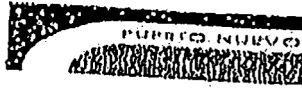
Se expide el certificado a los 19 días del mes **NOVIEMBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha
Nombre del empleado
Cargo del empleado
Motivo de ausencia

25-11-19

Tania Saade

P. Logística

Control médico

Permiso concedido

Desde 07:00 Hasta 10:25

Permiso remunerado

☒ Si

☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

Sandra Bolívar

Derogado desde el 22-11-15 en coordinación y entregado a
supervisión el 25-11-19 por ausencia del jefe inmediato, este lo
devolvió a coordinación.



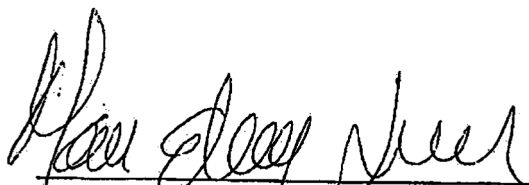
CERTIFICA QUE:

PACIENTE: TANIA SAADE FERNANDEZ
CC: 57462203
ENTIDAD: COOMEVA MP

Fundacion Sanar KINESIS certifica que en la fecha 25 noviembre de 2019 el usuario en mencion asistió a **CONSULTA DE FISIATRIA** en nuestras instalaciones.

HORA DE ENTRADA: 07: 45 AM
HORA DE SALIDA: 09: 00 AM

La siguiente certificación se expide a los 25 dias del mes de noviembre del presente año.


MARIA ELENA JIMENEZ RINCON
4202126 / 4201330

Francisco Javier Mazonett G.
MD FISIATRA
 **UNI - VALLE**



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

Desde 03-03-20 Hasta 17:30

☒ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

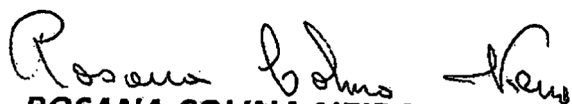
Nombre y cargo: Sandra Bohia
LUIS APEI

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° 57.462.203 asistió a la cita de terapia física el día **03 de Marzo** en horas de la tarde

Se expide el certificado a los **03 días** del mes **MARZO** de 2020 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

FISIOTERAPEUTA

NIT. 36.555.218-1



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 05-03-20
Nombre del empleado Tamir Spade
Cargo del empleado P. Logístico
Motivo de ausencia catóro médico

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ Desde 07:00 Hasta 17:30

FIRMA DEL EMPLEADO [Signature]
Nombre y cargo: [Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO [Signature]
Nombre y cargo: Sandra Bshir
Luis López

Recordatorio de Cita

Coomeva EPS - Integral De Colombia-per Santa Marta

Nombre del afiliado

Tania Lorena Saade Fernandez

Fecha de la cita

05-Marzo-2020

Hora de la cita

09:00 a.m.

Profesional de la salud

Mileydis Maria Balvuenza Arias

Programa Medico

Consulta Salud Maternoperinatal

Consultorio

CONSULTORIO 07

Recuerde:

- Si usted no puede asistir a su cita, debe cancelarla con 2 horas de anticipación y solicitar de nuevo la solicitud de citas.
- Es importante que se presente 15 minutos antes para hacer los trámites de

Recordatorio de Cita

Cooameva EPS - Integral De Colombia-per Santa Marta

Nombre del afiliado

Tania Lorena Saade Fernandez

Fecha de la cita

05-Marzo-2020

Hora de la cita

03:20 p.m.

Profesional de la salud

Hathie Del Carmen Rada Bula

Programa Medico

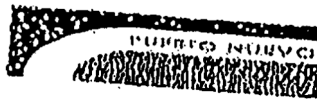
Obstetricia

Consultorio

CONSULTORIO 04

Recuerde:

- Si usted no puede asistir a su cita, debe cancelarla con 2 horas de anticipación en solicitud de citas.
- Es importante que se presente 15 minutos antes para hacer los trámites del cumplimiento.
- Para acceder al servicio por favor presentar documento original de identificación de
- Si tiene reporte de exámenes de laboratorio o ayudas diagnósticas recuerde presentarlos.



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

04-03-20

Tania Saadi

P. Logístico

Corte de energía

Desde 07:00 Hasta

12:00

☒

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

LUIS LOPEZ

Sandra Bohra



Recordatorio de Cita

Coomeva EPS - Integral De Colombia por Santa Marta

Nombre del afiliado

Tania Lorena Saado Fernandez

Fecha de la cita

04-Marzo-2020

Hora de la cita

09:45 a.m

Profesional de la salud

Rosiris Maria Gutierrez PUA

Programa Medico

Consulta Salud Maternoperinatal

Consultorio

CONSULTORIO 08

Recuerde:

• Si usted no puede asistir a su cita, debe cancelarla con 2 horas de anticipación en de solicitud de citas.

• Es importante que se presente 15 minutos antes para hacer los trámites del consultorio.

Fecha

04/03/2020



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha
Nombre del empleado
Cargo del empleado
Motivo de ausencia

13-12-19
Tania Sachs
P. Logística
Tropica

Permiso concedido

Desde 0:15 Hasta 1:00

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolivar

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ identificado con cédula de ciudadanía N° 57.462.203 asistió a la cita de terapia física el día 13 de Diciembre en horas de la tarde

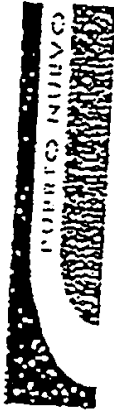
Se expide el certificado a los 13 días del mes DICIEMBRE de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 10-01-20
Nombre del empleado Tania Saade
Cargo del empleado P. Logistics
Motivo de ausencia Tecapic

Permiso concedido _____
Permiso remunerado ☒ Si ☐ No Desde 13:30 Hasta 17:00


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: _____

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: _____

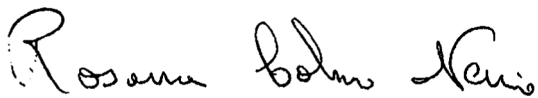
.....

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° 57.462.203 asistió a la cita de terapia física los días **10 de enero** en horas de la tarde

Se expide el certificado a los 10 días del mes **ENERO** de 2020 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,



ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



10/01/2020 05:46 p.m.

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado con C.C: 57.462.203
Expedida en: **SANTA MARTA**
Entidad: **COOMEVA MP**

El presente certificado hace constar que el paciente en mención asistió el
10 de ENERO a CONSULTA DE PSICOLOGIA en nuestras
instalaciones.

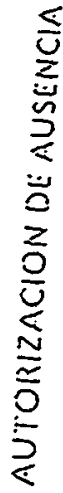
HORA ENTRADA: 05:00 PM
HORA SALIDA: 05:44 PM

La presente se expide a solicitud del paciente, dada en Santa Marta el día
10 de ENERO 2020

JACQUELINE PATIÑO HERNANDEZ

Atención al usuario
Fundación sanar Kinesis

Fundación Sanar
Kinesis
NIT. 819.002.934-4



13-ene-2020

Sandra Bolivar

Coord. Operations

Contad médico embargo

Desde 14:30 Hasta 17:30

IS - NO

FIRMA DEL EMPLEADO

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

30 June



CLINICA DE LA MUJER S.A.
APASIONADOS POR EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Calle 22 N° 21-16
TELEFONOS:
4201088 - 4204089 - 4204406
Santa Marta - Colombia

Fecha:

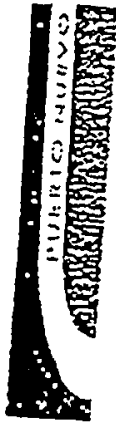
1	3	5
---	---	---

13

ENE. 2020

Nombre:

R/ Yauome Balime -



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 13-01-20
Nombre del empleado Tania Sacha
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Enfermedad
Permiso concedido SI
Permiso remunerado SI Desde 14:00 Hasta 17:30

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

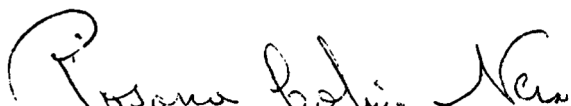
Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° 57.462.203 asistió a la cita de terapia física los días **13 de enero** en horas de la tarde

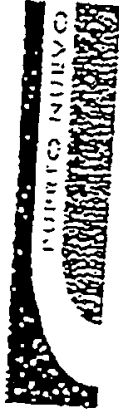
Se expide el certificado a los 13 días del mes **ENERO** de 2020 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

14-01-20

Tania Saade

P. Legado

Peraps

Desde 14:00

Hasta 9:30

☒ Si

☐ No

Sandra B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° 57.462.203 asistió a la cita de terapia física el día **14 de enero** en horas de la tarde

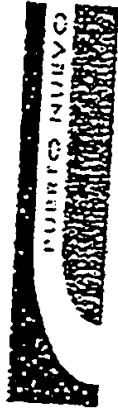
Se expide el certificado a los **14 días** del mes **ENERO** de 2020 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

22-10-19

Nombre de empleado

Tania Sandoval

Cargo del empleado

P. Logístico

Motivo de ausencia

Trabajo

Permiso concedido

Desde

14:05

Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **02 de Octubre** del 2019 en horas de la tarde.

Se expide el certificado a los **02 días** del mes **OCTUBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA


FISIOTERAPEUTA
REG. 298 MAGDALENA
UNIVERSIDAD METROPOLITANA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	04-10-19		
Nombre del empleado	Tenz. Saph		
Cargo del empleado	P. Logístico		
Motivo de ausencia	Trepia		
Permiso concedido			
Permiso remunerado	☒ No		
FIRMA DEL EMPLEADO	SANDRA B.		
Nombre y cargo:	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
	Nombre y cargo:		

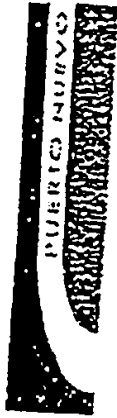
.....

(Continued)

ADE
tió a $\dot{d}o\ a$

1

1



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

02-10-19

Nombre del empleado

Tania

Cargo del empleado

P. Logística

Motivo de ausencia

feria

Permiso concedido

Desde 13:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado

☒ Si ☐ No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

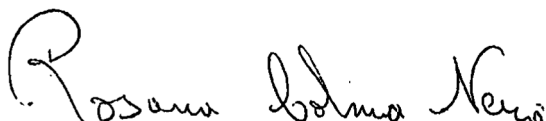
Sandra B.

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **07 de Octubre** del 2019 en horas de la tarde.

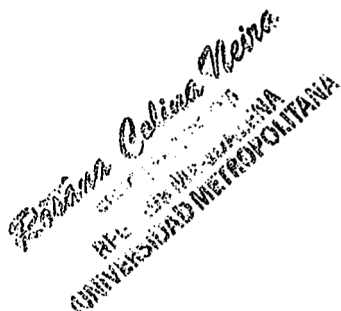
Se expide el certificado a los **07** días del mes **OCTUBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

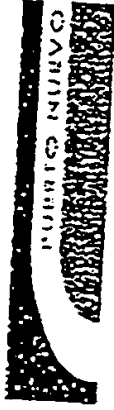
Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA


Rosana Colina Neira
FÍSICO TERAPEUTA
NIT. 36.555.218-1
UNIVERSIDAD METROPOLITANA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 08-10-19
Nombre del empleado Fernando Saez
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Trabajo
Permiso concedido
Permiso remunerado Desde 13:10 Hasta 17:30

Si No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **08 de Octubre** del 2019 en horas de la tarde.

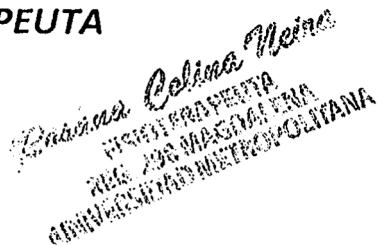
Se expide el certificado a los **08 días** del mes **OCTUBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

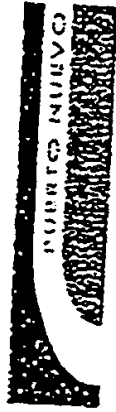
Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA


Rosana Colina Neira
FISIOTERAPEUTA
NIT. 36.555.218-1
COMUNIDAD METROPOLITANA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 09-10-19
Nombre del empleado Jane Saeche
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Control médico
Permiso concedido
Desde 14:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ No ☐

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



GUSTAVO ROMERO
CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
OTORRINOLARINGOLOGÍA

Calle 26 A Esquina Centro Deportivo La Caja 2 Piso Tel.4200702
Cel. 3012527249, email: info@gustavoromero.co
www.gustavoromero.co

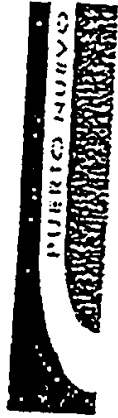
NONBRE: TANIA SAADE
IDENTIFICACION: 57462203
FECHA: 09/10/19

PACIENTE QUE ASISTE A CITA MEDICA EN EL DIA DE HOY
PERO SE LE REPROGRAMA PARA EL 17 DE OCTUBRE A LAS 3.30 PM

GUSTAVO ROMERO CABALLER

GUSTAVO ROMERO CABALLERO
Reg 47212

"NO SE DEJE CAMBIAR SU FÓRMULA MÉDICA"



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	21-10-19		
Nombre del empleado	Tere Sosa		
Cargo del empleado	P. Logística		
Motivo de ausencia	Cita médica		
Permiso concedido	Desde 14:10 Hasta 17:30		
Permiso remunerado	☒ SI ☐ NO		
FIRMA DEL EMPLEADO	SANDRA B.		
Nombre y cargo:	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
	Nombre y cargo:		

Santa Marta D.T.C. E H., 21/10/19

SOLAB S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El señora TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ, identificado con C.C. 57462203 SANTA MARTA, asistió a las instalaciones de SOLAB SAS para la realización de consulta medica alas 4:40pm de la tarde

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de octubre de 2019.

Atentamente,


JOSE DAVID FIGUEROA JANICA

MEDICO CIRUJANO
REG 472S.S.M



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	22-10-19		
Nombre de empleado	Tania Sandy		
Cargo del empleado	P. Logístico		
Motivo de ausencia	Perapig		
Permiso concedido			
Permiso remunerado	☒ Si ☐ No		
FIRMA DEL EMPLEADO	Desde 13:30 Hasta 17:30		
Nombre y cargo:	SANDRA D.		
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO			
Nombre y cargo:			

.....

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **22 de Octubre** del 2019 en horas de la tarde.

*Se expide el certificado a los **22** días del mes **OCTUBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.*

Atentamente,

Rosana Colina Neira
ROSANA COLINA NEIRA

NIT..36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA

Bureau of Census, Nebraska
 1117 N. 10th St.
 NEB. 68102-2828
 Omaha, Nebraska 68102-2828



AUTORIZACION DE AUSENCIA

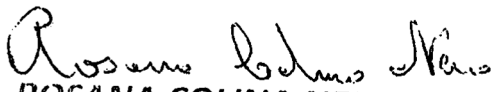
Fecha	23-10-19		
Nombre del empleado	Tania Saah		
Cargo del empleado	P. logístico		
Motivo de ausencia	control médico		
Permiso concedido	Desde 14:00 Hasta 17:30		
Permiso remunerado	☒ SI ☐ No		
FIRMA DEL EMPLEADO	SANDRA B.		
Nombre y cargo:	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
	Nombre y cargo:		

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **23 de Octubre** del 2019 en horas de la tarde.

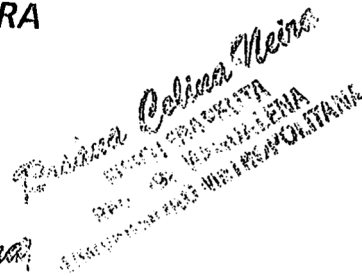
Se expide el certificado a los **23** días del mes **OCTUBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

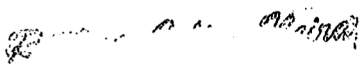
Atentamente,

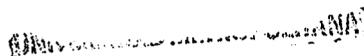

ROSANA COLINA NEIRA

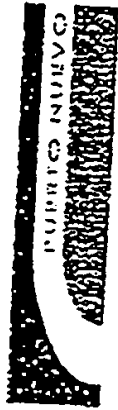
NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA


ROSANA COLINA NEIRA
FISIOTERAPEUTA
NIT. 36.555.218-1







AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 25-10-19
Nombre del empleado Tania Saez
Cargo del empleado P. As. Socio
Motivo de ausencia Expirar

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ No ☐
Desde 14:30 Hasta 17:00


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:
SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **25 de Octubre** del 2019 en horas de la tarde.

Se expide el certificado a los **25 días** del mes **OCTUBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

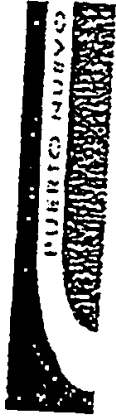
Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA


ROSANA COLINA NEIRA
FISIOTERAPEUTA
REG. 206 MAGDALENA
UNIVERSIDAD METROPOLITANA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 28-10-19

Nombre del empleado Tania Scott

Cargo del empleado P. Logístico

Motivo de ausencia Terapia

Permiso concedido

Desde 14:15 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ No ☐


FIRMA DEL EMPLEADO

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

.....

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día **28 de Octubre** del 2019 en horas de la tarde.

Se expide el certificado a los **28** días del mes **OCTUBRE** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

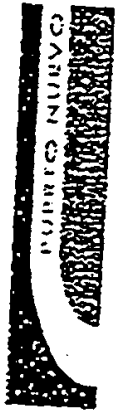
Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA


FISIOTERAPEUTA
REG. 298 MAGDALENA
UNIVERSIDAD METROPOLITANA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 29-10-19
Nombre del empleado Tania Saez
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Control médico
Permiso concedido
Permiso remunerado

Desde 14:45 Hasta 17:30

☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ORAL
DENTALIUM
¡CUIDAMOS LO MEJOR QUE TIENES: TU SONRISA!

Calle 24A N° 4 - 142 Barrio el Prado
Tel.: 421 11 29 - 423 07 11 (citas)
dentaliumcoord.2018@gmail.com
www.dentalium.com.co

Fecha: 29/10/15

Nombre: Tania Sando

C.C.: 57.462.203

R/.

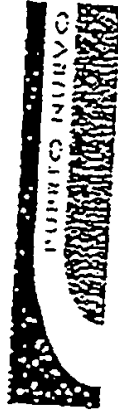
Paciente asiste a Consulta por Rehabilitación Oral se realiza Ajuste de Placa Microelástica en Sector anterior y Posterior.

Se ordena Control en 3 Meses

Para OJE.
Reg 36303

¡CUIDAMOS LO
MEJOR
QUE TIENES:
TU SONRISA!

¡Vea este letrero en la próxima cita!



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 12-11-19
Nombre del empleado Tania Saez
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia control médico (gyneco)
Permiso concedido
Desde 07:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ No ☐

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolivar

.....

NESTOR ADOLFO TABOADA TABOADA M.D.

NEUROCIRUJANO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA - UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Nombre: SAADE HERNANDEZ TANIA LORENA

Doc: CC - 57462203

Fecha: 12 NOV. 2019

R/:

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

DISCARTROSIS C4-C5

SS VAL POR FISIATRIA

CANDIDATA A TRACCIONES CERVICALES

Dr. Nestor A. Taboada
Neurocirujano U. Nacional
Reg. Méd. 89-85

Dr. Nestor Adolfo Taboada Taboada

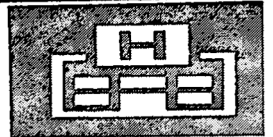
Neurocirujano

R.M.: 5995

7

**Carrera 30 # 1 - 850 Corredor Universitario | TORRE MEDICA COMPLEJO PORTOAZUL | Cons. 723 Piso 7 | Celular: 301 401 0418
Teléfonos: 367 2728 - 377 6505 - 377 6504 - 367 2675 | e-mail: citadrtaboada723@yahoo.com | Barranquilla (Atlántico) - Colombia**

JUAN MIGUEL GRIEGO PIZARRO
NT: 8682278
Teléfono: 3013907888
Dirección: CALLE 70B #41-93 CLINICA LA ASUNCION



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Impresión: 11-12-2019

Fecha Atención: 2019-11-12 12:15:35

Paciente: CC - 57462203 - TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ

Fecha Nacimiento: 07/10/1984

Teléfono: 3174412492

Empresa Responsable: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

Ocupación: Sin especificar

Estado Civil: Casado

ARL:

Edad: 35 Género: Femenino

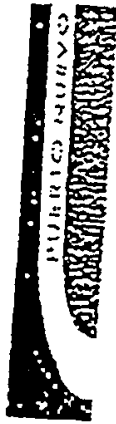
Dirección:

Lugar Nacimiento:

Educación:

EPS:

AFP:



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 13-11-19
Nombre del empleado Tania Sosa
Cargo del empleado Pr. Logístico
Motivo de ausencia vacación (8 días)
Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ SI ☐ No
Desde 07:00 Hasta 17:30

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Balisier

.....



ADOLFO AHUMADA GRAUBARD
ATENCIONES PRESTADAS
DIR. CALLE 83 No. 42D-173 TEL : (5)3528375 3528646
adolfoahumadag@gmail.com Barranquilla - Colombia

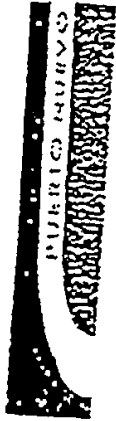
PACIENTE : TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ
CEDULA : 57462203
EDAD : 35
DIRECCION : CLL 11D 19-44- TEL : 3006081965-3174412492- SANTA MARTA - MAGDALENA
EMPRESA : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A

DX Principal:

CONSULTA EXTERNA

ORDEN INTERNA:2612

AUTORIZACION : 4382480
ATENCION : CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA
ATENDIDO POR: ADOLFO AHUMADA
REGISTRO : 2019-11-13 12:11:41



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 19-11-19

Nombre del empleado Tania Saath

Cargo del empleado P. Logístico

Motivo de ausencia Caja médica

Permiso concedido

Permiso remunerado ☒ Sí ☐ No

Desde 07:00 Hasta 13:30

FIRMA DEL EMPLEADO [Signature]

Nombre y cargo: SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO [Signature]

Nombre y cargo:



CliniAlergia

ALERGIA - ASMA - INMUNOLOGÍA
Carrera 51B No. 96A-113
Teléfonos: 357 8336 - 357 5814
Telefax: 357 7620
Celular: 300 226 6348 - 318 591 7666
E-Mail: clinialergia.admon@gmail.com
www.clinialergiasips.com
Barranquilla (Atlántico), Colombia



Eduardo Egea Bermejo MD. Esp. MSc. PhD
Gloria Garavito de Egea MD. Esp. PhD
Inmunólogos Alergólogos

UNIDAD DE ASMA ALERGIA E INMUNOLOGÍA

ORDEN DE ADMISION NRO. ADM030901

Orden de Admisión al día 14-nov-2019 2.33.53 pm
::: TIPO DE SERVICIO: CONSULTA EXTERNA :::

Fecha y Hora de Admisión: 14/11/2019 02:33:50p.m.
Paciente: 57462203 - SAADE FERNANDEZ, TANIA LORENA
Dirección: CALLE 110#19-44- SAN FRANCISCO . SANTA MARAT
Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A - COOMEVA MP- ORO

Historia: 8678

Edad: 35 Año (s) F.N.:

Tel.:3006081965

Localidad: SAN FRANCISCO

Servicios:

890225 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA

61.500,00 Copago:6.700,00

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Observaciones: 1vez

Firma Autorizada:

Atendido Por: DR. EDUARDO ALBERTO EGEA BERMEJO
MD. Esp. MSc

Nro. Autorización: 8678

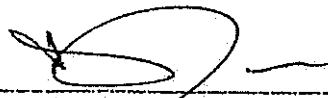


AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 06-03-20
Nombre del empleado Taris Saad
Cargo del empleado P. Logística
Motivo de ausencia Terapia

Permiso concedido Desde 08:30 Hasta 17:00

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:


FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Beliver
LOPEZ

CERTIFICADO

*Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cedula de ciudadanía N° 57.462.203 asistió a terapia física el día **06 de marzo del 2020** en horas de la tarde.*

*Se expide el certificado a los **06 días** del mes **MARZO** de 2020, para soportar pago anticipado de facturas.*

Atentamente,

Leydis L. Anaya D.
LEIDYS ANAYA DÍAZ

C.C. 1.083.047.143

SECRETARIA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 18-09-18
Nombre de empleado Jane Such
Cargo del empleado Proyecto
Motivo de ausencia Enfermedad

Permiso concedido Desde 12:30 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Jane Such

SANDRA B
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. Ops.

.....

Recordatorio de Cita

Coomeva EPS - Sala Sip Santa Marta

Nombre del afiliado Tania Lorena Saade Fernandez
Fecha de la cita 18-09-2018
Hora de la cita 02:00 PM
Profesional de la salud Raul Fernando Balaguera Balaguera
Programa Medico Medicina Laboral
Consultorio Medicina Laboral
Cuota moderadora 0

Recuerde:

- Si usted no puede asistir a su cita, debe cancelarla con 2 horas de anticipación en el horario de solicitud de citas.
- Es importante que se presente 15 minutos antes para hacer los tramites del cumplimiento de la cita.
- Para acceder al servicio por favor presentar documento original de identificación del paciente.
- Si tiene reporte de exámenes de laboratorio o ayudas diagnosticas recuerde presentarlas en la consulta.

El incumplimiento injustificado a consultas, terapias, exámenes diagnósticos o cualquier tipo de servicios que se hayan solicitado previamente obliga al afiliado a pagar a la EPS su valor correspondiente (Resolución 5261, Artículo 5 de 1994).



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 25-09-11
Nombre de empleado Flore Sach
Cargo del empleado Logista
Motivo de ausencia Entrenamiento

Permiso cencedido Desde 14:20 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Flore Sach

Sandra B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. ops.

.....



Santa marta 25 de SEPTIEMBRER de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE
FISIOTERAPIA EL 25/09/18 DE 3:35 PM A 04:51 PM.

Institución Sanar
Kinesis
[Handwritten signature]
DIANA OCHOA A.
ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 26-07-18
Nombre de empleado Juanes
Cargo del empleado Supl
Motivo de ausencia Chateo medico

Permiso concedido Desde 15:30 Hasta 18:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Juanes Supl

SANDRA B
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolivar
Coord. Ops.

.....



Santa marta 26 de SEPTIEMBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL 26/09/18 DE 4:23 PM A 05:48 PM.

Fundación Sanar
Kinesis
D. N.º 819002934-4
DIANA OCHOA A.
ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS

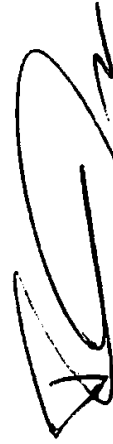


AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 27-09-18
Nombre de empleado Tane Smith
Cargo del empleado P. Wagner
Motivo de ausencia Cita medica

Permiso concedido Desde 15:00 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tane Smith

GANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolivar
Coord. Ops.

.....



Santa Marta 27 de SEPTIEMBRE de 2018

CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL 27/09/18 DE 4:04 PM A 05:10 PM.

Fundación Sanar
Kinesis
DIANA OCHOA 002934-4
ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 01-10-18
Nombre de empleado Tanc Sach
Cargo del empleado P. Cuyche
Motivo de ausencia Cita médica

Permiso concedido Desde 14:30 Hasta 17:30

Permiso remunerado ☒ Si ☐ No

[Signature]
FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo: Tanc Sach

[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo: Sandra Bolívar
Coord. ops.

.....



Santa Marta 01 de OCTUBRE de 2018

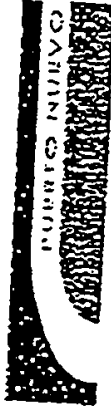
CERTIFICA QUE

Nombre del paciente: TANIA SAADE FERNANDEZ
Identificado: 57.462.203
Servicio T. FISICA
Entidad: COOMEVA MP

PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO ASISTIO A TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EL 01/10/18 DE 03:55 PM A 05:13 PM.

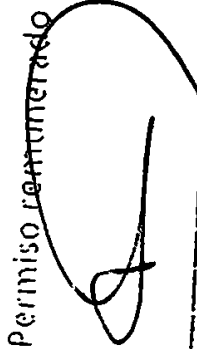
Fundación Sanar
Kinesis
MIT. 819002934-A
Massiel Llanos Cantillo
MASSIEL LLANOS CANTILLO
ATENCION AL USUARIO

GRUPO KINESIS



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 23-08-19
Nombre del empleado Luis Saady
Cargo del empleado D. Vigilio
Motivo de ausencia Cita Médica (Dgna)
Permiso concedido Desde 07:00 Hasta 17:00
Permiso remunerado ☒ Si ☐ No


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:
SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

DOLFO AHUMADA GRAUBARD	COMPROBANTE DE ASISTENCIA
NOMBRE DEL PACIENTE:	Janira Saade Fernandez
Fecha Programada De Cita:	
Fecha de Atención:	23.08.2019
Observaciones:	Asistio a Consulta de Psiquiatria pero su cita fue reprogramada.
Dr. Bo. PSIC. SALUD DEL CARIBE	PSIC. SALUD DEL CARIBE R.M. 15776/1982 C.C. 8.687.000
MEDICO TRATANTE: FIRMA AUTORIZADA	

 **Perfect Body**

PERFECT BODY MEDICAL CENTER
Identificación Interna: 90022367
Céd. Habilitación: 47001008701 Teléfono: 4217801
Dirección: Cra 20 No 15 - 110, Barrio El Jardín

ÓRDENES MÉDICAS

Fecha de Atención: 30/08/2019 17:36
Ubicación: Magdalena - Santa Marta
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Carnet:
Edad: 34 año(s), 10 mes(es) y 23 día(s)
Nivel: 1
Historia: 57462203
Tipo de Sangre:

Fecha de Impresión: 30/08/2019 17:36
Centro de Atención: 01 - SEDE PRINCIPAL
Médico: GABRIEL ANIBAL FRANCO ANGULO
Paciente: CC 57462203 SAADE FERNANDEZ TANIA LORENA
Sexo: F
Estado Civil:
Régimen: 5 - Otro
Tipo de Vinculación: Cotizante
Aseguradora: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. - COOMEVA PREPAGADA
Código Principal: M940 - SINDROME DE LA ARTICULACION CONDROCOSTAL (TET28)

MEDIDAS GENERALES

ETAS #14
4 HORAS

#1 - 12 HORAS.


GABRIEL ANIBAL FRANCO ANGULO
MEDICINA GENERAL
C.C. 57462203 (CC 57462203)



INSECAR S.A.S. Instituto Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen

RECETARIO

Av. Libertador No. 15-61 Teléfono - Fax: 4215937 - 4363584 - 3002028756 Santa Marta

Fecha: 30-08-19

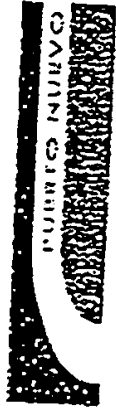
No. Afiliación:

Nombre: Tania Sandoz

Dr/:

Esta 2mes


Mariana Freyre Ureche
C.C. 100886127



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 20-08-19
Nombre del empleado Tania Sured
Cargo del empleado P. Logistics
Motivo de ausencia Cita médica

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ No ☐
Desde 13:30 Hasta 17:30

FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B-
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....



CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día 20 de agosto de 2019 en horas de la tarde.

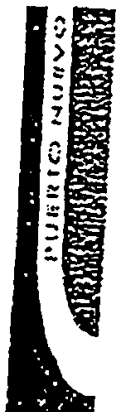
Se expide el certificado a los **20** días del mes **AGOSTO** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha 21-08-19
Nombre del empleado Tania Sach
Cargo del empleado P. mglsko
Motivo de ausencia ente médico

Permiso concedido
Permiso remunerado ☒ No ☐
Desde 14:00 Hasta 17:30


FIRMA DEL EMPLEADO
Nombre y cargo:

SANDRA B.
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO
Nombre y cargo:

.....

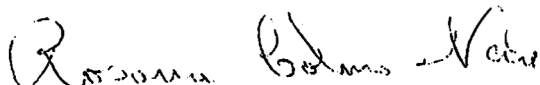


CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día 21 de agosto de 2019 en horas de la tarde.

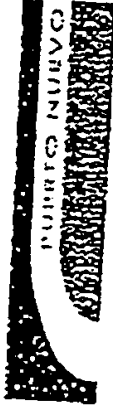
Se expide el certificado a los **21** días del mes **AGOSTO** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

Nombre del empleado

Cargo del empleado

Motivo de ausencia

Permiso concedido

Permiso remunerado

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

22-08-19

Leticia Sach

P. Logístico

Ciudad

Desde

14:30

Hasta

17:30

☒ Si

☐ No

Sandra B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

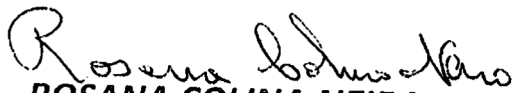
Nombre y cargo:

CERTIFICADO

Por medio de la presente, hago constar que **TANIA LORENA SAÁDE FERNANDEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **57.462.203** asistió a terapia física el día 22 de agosto de 2019 en horas de la tarde.

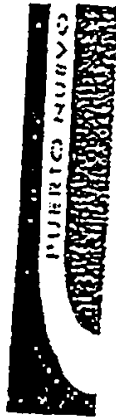
Se expide el certificado a los **22** días del mes **AGOSTO** de 2019 pactado a la solicitud del paciente en mención.

Atentamente,


ROSANA COLINA NEIRA

NIT. 36.555.218-1

FISIOTERAPEUTA



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

26-08-19

Nombre del empleado

Tania Sach

Cargo del empleado

C.P. registro

Motivo de ausencia

Cate registro

Permiso concedido

Desde

14:00

Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒ SI

☐ No

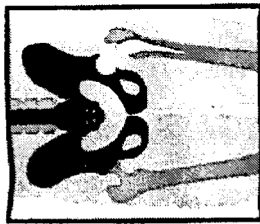
FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDRA B.

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:



Consorcio de Traumatología & Ortopedia

Dr. Alejandro Habeych
Hosp. Mag. de las Salinas
México

R./

Nombre: TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ

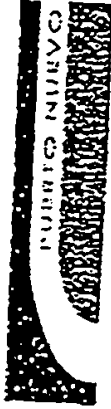
Fecha: 26/ago/2019

VALORACION POR NEUROCIRUGIA.

Dr. Salim Amashta S.
Universidad de Cartagena
Colombia


DR. SALIM AMASHTA S.
DR. SALIM AMASHTA S.
Ortopedia y Traumatología
R.M. 470.75 SSM
Unidad de Neurocirugía

Calle 22 No. 14 - 70 - Centro Médico Perla del Caribe Sala 3 Cons. 12 Tel. 423 0699
Santa Marta, Colombia



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha	27-08-16		
Nombre del empleado	Tania Saah		
Cargo del empleado	P. Log. 5to		
Motivo de ausencia	Cita médica		
Permiso concedido	Desde	Hasta	
	14:00	17:30	
Permiso remunerado	☒ Si ☐ No		
FIRMA DEL EMPLEADO	FIRMA DEL JEFE INMEDIATO		
Nombre y cargo:	Nombre y cargo:		

[Signature]

[Signature]

.....

 ALEJANDRO CARREÑO	PROCESO DE HISTORIA CLÍNICA CONSENTIMIENTO INFORMADO	Fecha: 27-08-19
		Versión: 4
		Código: CI - CAAC

NOMBRE PACIENTE: Tana Sanchi	Apellido: Wosimey
No. de HISTORIA CLÍNICA: 57462203	Sexo: Sta Rita

Por medio del presente documento, Yo **Tana Sanchi** mayor de edad, identificado con Documento de Identidad () N° **57462203** y en mi calidad de paciente - responsable y en pleno y normal uso de mis facultades mentales, autorizo al Dr. ALEJANDRO CARREÑO PÉREZ / CENTRO DE ALERGOLOGIA ALEJANDRO CARREÑO y/o a quien lo represente, para la realización de alguno de los siguientes procedimientos, los cuales pueden presentar uno o varios de los riesgos establecidos a continuación:

Nombre del Procedimiento	Descripción	Riesgos Probables
Test de Alergia	Inoculación de pequeñas cantidades de sustancias que pueden estar causando alergias. Generalmente se aplican en el antebrazo, la parte superior del brazo o la espalda por un periodo entre 1 a 60 minutos.	- Reacción de Hipersensibilidad, - Edema localizado, - Plurito generalizado, - Rinorrea, estornudos, obstrucción nasal
Prueba de Medicamentos	Mecanismo para comprobar la tolerancia de medicamentos sospechosos de generar respuestas alérgicas.	- Ronchas Rojas Edematizadas - Anafilaxis. - Disneas sibilancias - Otras reacciones no especificadas
Inmunoterapia	Es la aplicación con alérgenos suprimidos en inyecciones subcutáneas mensuales o dosis sublinguales diarias. Para estimular una respuesta adecuada del sistema inmunitario	

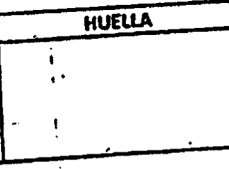
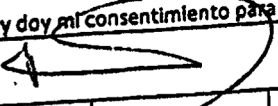
El paciente es autónomo de decidir conociendo su diagnóstico el tratamiento o procedimiento expuesto y explicado previamente; que tendrá la voluntad y la autonomía de consultar otro médico especialista en alergias para su manejo, como también tendrá autonomía y voluntad de decidir en tiempo el inicio del manejo propuesto

Así mismo, se me ha informado que el tiempo estimado para la realización del procedimiento, podría variar acorde a la aparición de circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba. En este sentido, el procedimiento a realizar será **Inmunoterapia**

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido íntegramente o me han sido leído y explicado, comprendiendo su contenido sobre el procedimiento que me será realizado y los riesgos posibles, se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado ha sido respondidas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan del procedimiento, diagnóstico o terapia, en el sentido que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero comprometo una actividad de medio, pero no de resultados. Por tanto, acuerdo por la presente liberar al Dr. ALEJANDRO CARREÑO PÉREZ / CENTRO DE ALERGOLOGIA ALEJANDRO CARREÑO y/o a quien lo represente y a los profesionales, y auxiliares de alguna responsabilidad, riesgo o imprevisto.

En caso de alguna reacción adversa o algo que se presente que le llame la atención una vez ya se haya retirado del centro - consultorio debe acercarse a su sistema de salud adscrita para que le valoren, controlen los efectos y síntomas anteriormente expuestos que pudieran llegar a presentar por la aplicación de los alérgenos o medicamentos

Dejo constancia que los espacios en blanco que me involucran han sido diligenciados antes de mi firma, Estoy consciente que debo permanecer dentro del Centro - consultorio según el requerimiento del procedimiento. A saber:
 Prueba de Medicamentos 2 horas después de la última toma
 Test de Alergias 20 minutos después de la aplicación
 Inmunoterapia 30 a 40 minutos después de la aplicación

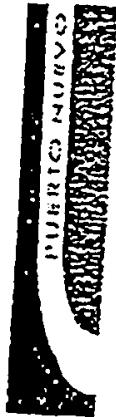
Comprendo estas limitaciones y doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:						HUELLA 
FIRMA DEL PACIENTE:						
DOCUMENTO:	Registro Civil	Tarjeta	Cédula	Cédula de Extranjería	Pasaporte	
Número:	57462203					

El paciente no puede firmar por:

El paciente no acepta el tratamiento

Enfermera


 Dr. Alejandro Carreño Pérez
 Médico Alergólogo
 R.M. 69219 / C.C. 721 33005



AUTORIZACION DE AUSENCIA

Fecha

28-08-19

Nombre del empleado

Tania Sandoz

Cargo del empleado

P. Logística

Motivo de ausencia

Cita médica

Permiso concedido

Desde

13:30

Hasta

17:30

Permiso remunerado

☒ Si

No

FIRMA DEL EMPLEADO

Nombre y cargo:

SANDIZA P

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Nombre y cargo:

RECIBO DE CAJA NRO. REC31126**IMAGENOLOGIA DEL MAGDALENA CENTRO
RADIOLÓGICO S.A.S**

Nit No. 900302843

Fecha Recibo: 28/08/2019

Fecha Impresión: 28/08/2019

Centro de Atención: 01 - Imagenología del Magdalena Centro Radiológico S.A.S

Caja: Caja Admisiones

Identificación	57462203	Nombre:	TANIA LORENA SAADE FERNANDEZ	Edad:	34 Años	Sexo:	F
Administradora	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA						

Descripción**Detalle de los servicios**

Fecha	Código	Descripción	Unidades	Valor Usuario
Programa PyP: No aplica				
28/08/2019	173679	Factura nro 173679	1	6,700 JULIETH

Detalle del pago:

Tipo: EFECTIVO Valor: 6,700 Pesos

Valor en Letras:

SON: SEIS MIL SETECIENTOS PESOS M/L.

Total Servicios 6,700_____
Paciente / responsable_____
JULIETH
Facturador_____
JULIETH
Recaudador