

RV: CONTESTACION DEMANDA - PROCESO CONTRA MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA RADICADO 25000-23-42-000-2018-00284-00

Recepcion Memoriales Seccion 02 Subseccion F Tribunal Administrativo - Cundinamarca
<rmemorialessec02sftadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 07/12/2021 16:40

Para: Victor Ernesto Tovar Gomez <vtovarg@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Ingrid Marcela Granados Hernandez <igranadh@cendoj.ramajudicial.gov.co>

De: SONIA RUBIO HERNANDEZ <soniarubioabogadalaboral@hotmail.com>

Enviado: martes, 7 de diciembre de 2021 15:47

Para: Secretaria Seccion 02 Subseccion 06 Tribunal Administrativo - Cundinamarca - Cundinamarca <scs02sb06tadmincdm@notificacionesrj.gov.co>; Franky Urrego Ortiz <procjudadm127@procuraduria.gov.co>; Orfeo <agencia@defensajuridica.gov.co>; '127p.notificaciones@gmail.com' <127p.notificaciones@gmail.com>; lady marlene gutierrez ramirez <paniaguabogota4@gmail.com>; Gigi Bustillo <notificacionesjudiciales@colpensiones.gov.co>; Recepcion Memoriales Seccion 02 Subseccion F Tribunal Administrativo - Cundinamarca <rmemorialessec02sftadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>; procjudadm119@procuraduria.gov.co <procjudadm119@procuraduria.gov.co>; Recepcion Memoriales Seccion 02 Subseccion F Tribunal Administrativo - Cundinamarca <rmemorialessec02sftadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: CONTESTACION DEMANDA - PROCESO CONTRA MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA RADICADO 25000-23-42-000-2018-00284-00

Honorable:
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA.
SECCIÓN SEGUNDA.
SUBSECCIÓN F.
E. S. D.

DEMANDANTE: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES "COLPENSIONES".
DEMANDADO: MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA
RADICADO: 25000-23-42-000-2018-00284-00.
REFERENCIA: DESCORRE TRASLADO MEDIDAS CAUTELARES.

SONIA ESTHER RUBIO HERNANDEZ, mayor de edad, identificada con la C.C. No. 51.831.461 de Bogotá D.C., y Tarjeta Profesional No. 207.167 del C.S. de la J., con domicilio profesional en la ciudad de Bogotá D.C., actuando en mi calidad de apoderada judicial especial del señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 467.421 de Zipaquirá, domiciliado en el municipio de Zipaquirá, conforme al poder que adoso, a través del presente medio digital autorizado me permito RADICAR como mensaje de datos adjunto la CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA, para todos los fines legales y procesales a que haya lugar.

De conformidad con lo establecido en el decreto 806 del 2020, se envía el presente email a las direcciones de correo electrónico de notificación conocidas por esta apoderada, de las partes interesadas en el presente proceso.

Solicito muy respetuosamente se emita acuse de recibido del presente correo electrónico y sus dos archivos adjuntos los cuales corresponden al escrito responsivo y a las pruebas y anexos dentro del asunto de la referencia.



SONIA RUBIO HERNANDEZ.
ABOGADA.

Calle 19 No. 4-88 Ofc 703 Bogotá D.C.
Av Carrera 16 No 4-61 Ofc 201 Zipaquirá
soniarubioabogadalaboral@hotmail.com
Tel: 8523035 - 3202001828

Honorable:
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA.
SECCIÓN SEGUNDA.
SUBSECCIÓN F.
E. S. D.

DEMANDANTE: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES
"COLPENSIONES".
DEMANDADO: MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA
RADICADO: 25000-23-42-000-2018-00284-00.

SONIA ESTHER RUBIO HERNANDEZ, abogada en ejercicio, mayor de edad y vecina de Bogotá D.C., identificada con la C.C. número 51.831.461 expedida en la ciudad de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 207.167 del C.S. de la J., actuando en mi calidad de Apoderada Judicial Especial del señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 467.421 de Zipaquirá, domiciliado en el municipio de Zipaquirá, conforme al poder que reposa en el expediente y nuevamente me permito adjuntar, manifiesto que a través del presente escrito, doy contestación a la demanda instaurada por el medio de control nulidad y restablecimiento - lesividad, instaurado por la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES "COLPENSIONES"**, por intermedio de su apoderado judicial especial, en los siguientes términos:

A LOS HECHOS y OMISIONES QUE FUNDAMENTAN LAS PRETENSIONES

Al hecho 1. Se acepta.

Al hecho 2. Se acepta.

Al hecho 3. Se acepta, mi prohijado jamás percibió ninguna suma de dinero por concepto de INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA.

Al hecho 4. Se niega, téngase en cuenta Honorable Corporación que en referida resolución GNR-186532 del 18 de Julio de 2013, con claridad se establece que mi representado solicito el reconocimiento de una **PENSION DE VEJEZ** sin ninguna naturaleza particular o solicitud especifica de aplicar alguna normatividad como erradamente lo pretende hacer ver el apoderado que representa a la entidad demandada, incluso su Señoría tal y como se puede determinar de la solicitud elevada por el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** el 02 de febrero de 2010 y como se puede verificar de los formularios aportados en el expediente administrativo el mismo siempre solicita el reconocimiento de su prestación pensional por **VEJEZ**, de lo que se concluye diáfananamente que fue la entidad demandante la que en su función administradora de pensiones le aplico la normatividad vigente y reconoció el derecho pensional en los términos que consideraba procedente.

Al hecho 5. Se acepta.

Al hecho 6. Se niega, en la resolución GNR 205022 del 06 de junio de 2014 se establece que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** solicito el **RECONOCIMIENTO DE UNA PENSION DE VEJEZ**, en la parte considerativa se refiere la administradora colombiana de pensiones al cumplimiento de los requisitos para acceder a dicha prestación

por **VEJEZ** determinados que mi prohijado cumplió con los requisitos del decreto 758 de 1990 por cuanto es beneficiario del régimen de transición dispuesto en el artículo 36 de la ley 100 de 1993 y en consonancia con lo anterior en la parte resolutive se establece en el numeral primero "**RECONOCER EL PAGO DE UNA PENSIÓN DE VEJEZ**" de lo que se concluye que NO es cierto que en el presente caso se hubiese reconocido a mi prohijado una pensión compartida, puesto que así NO se determinó en el acto administrativo demandado, por lo cual Honorables Magistrados lo que se presentó fue una equivocación en la redacción del acto administrativo al incluirse en algún acápite de los considerandos una palabra que NO corresponde al caso que nos concita como lo es la "COMPARTIBILIDAD" en tanto la prestación extralegal de jubilación le fue reconocida a mi representado con anterioridad al 17 de octubre de 1985.

Ahora bien, Honorables Magistrados a efectos de determinar que contrario a lo que aduce la parte demandada dicho acto administrativo NO resulta nocivo para sus intereses, tampoco causa ningún tipo de detrimento económico o que eventualmente pudiera afectar la financiación del sistema de régimen de prima media, me permito exponer el escenario pensional del señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** que evidencian que al mismo le asiste su derecho a la **PENSIÓN DE VEJEZ** a cargo de **COLPENSIONES**, de la siguiente manera:

- I. El señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** nació el día 16 de junio de 1934, por lo cual a la entrada en vigencia del Sistema de Seguridad Social en Pensiones es decir al 01 de abril de 1994, tenía **60 AÑOS** de edad, es decir cumple con dicho requisito que conforme a lo establecido en el artículo 36 de la ley 100 de 1993, exigía **40 AÑOS** para hombres, por lo cual el mismo es beneficiario del régimen de transición contemplado en la normatividad citada.
- II. Por lo cual la normatividad aplicable para el reconocimiento de la pensión de **VEJEZ** de mi representado correspondería a las disposiciones del decreto 758 de 1990 en consonancia con lo dispuesto en el parágrafo 4 transitorio del Acto Legislativo 01 de 2005, que determina como requisitos para el reconocimiento de la prestación de longevidad **60 AÑOS** si es hombre y **1000 SEMANAS** cotizadas en cualquier tiempo, requisitos que mi prohijado no solo cumple, si no que supera considerablemente por cuanto al **31 DE JULIO DE 2010**, el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** tenía **76 AÑOS** de edad y **1340 SEMANAS COTIZADAS**.

Por otro lado, Honorable Tribunal en gracia de discusión si quisiéramos analizar el cumplimiento de los requisitos para el reconocimiento de la **PENSION DE VEJEZ** con base en las disposiciones de la ley 100 de 1993 en su artículo 33, también mi prohijado cumple con amplia diferencia los requisitos estipulados en dicha normatividad, al contar con **1340 SEMANAS COTIZADAS** al 31 de enero de 2009 y más de 60 años de edad.

Razones más que contundentes para determinar que la pensión de **VEJEZ** que le fue reconocida al señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** está sustentada en la aplicación de la normatividad vigente, por lo cual **NO** existe causal de nulidad que tenga la virtualidad de afectar la legalidad del acto administrativo demandado.

Al hecho 7. Se acepta, en atención a que mi prohijado consideraba tener derecho al reconocimiento y pago de la pensión de **VEJEZ** al haber acreditado cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos para adquirir su pensión de **VEJEZ**, por cuanto a la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 cumplió con el requisito de edad al tener más de **40 AÑOS**,

por lo cual es beneficiario del régimen de transición aplicándosele las disposiciones del decreto 758 de 1990, acreditándose de igual forma la densidad de semanas exigidas esto es 1.000 semanas en cualquier tiempo, al cotizar 340 semanas adicionales para un total de 1.340 antes del 31 de julio de 2010, conforme al parágrafo 4 transitorio del Acto Legislativo 01 de 2005, por lo cual el retroactivo le correspondía como titular del derecho pensional al haber acreditado la edad y densidad de semanas cotizadas y NO a su empleadora como erradamente lo considero **COLPENSIONES**.

Al hecho **8**. Se acepta.

Al hecho **9**. Se niega, por cuanto las razones expuestas en la resolución VPB No 25784 del 18 de MARZO de 2015 para solicitar la revocatoria del acto administrativo GNR 205022 del 06 de junio de 2014, NO se encuentran ajustadas a las disposiciones legales y jurisprudenciales que regulan el reconocimiento de la **PENSIÓN DE VEJEZ** que en derecho le fue reconocida a mi poderdante, por cuanto como fue objeto de análisis anteriormente el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** acredito todos y cada una de las exigencias sine qua non para ser beneficiario de su prestación pensional, razones por las cuales **NO** se ha demostrado que se lesione o pudiese llegar a afectar los intereses de la administradora colombiana de pensiones, ni mucho menos que dicha resolución sea manifiestamente contraria al ordenamiento jurídico colombiano.

Al hecho **10**. Se niega, en primera medida se desconocen a la fecha las razones por las cuales COLPENSIONES considera pertinente promover la acción de lesividad en contra de mi representado, y en segunda medida reitero mi prohijado no emitió su consentimiento al considerar con argumentos más que validos que le asiste su derecho a la **PENSION DE VEJEZ**.

Al hecho **11**. Se acepta.

Al hecho **12**. Se acepta.

Al hecho **13**. Se acepta.

Al hecho **14**. Se niega, el acto administrativo que se demanda a través de la presente acción NO está afectado por ninguna causal de NULIDAD por cuanto como ha sido expuesto a lo largo del presente escrito responsivo, estudiado a fondo el asunto pensional del señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** queda más que demostrado que el mismo cumplió con los requisitos establecidos para ser beneficiario de la pensión de **VEJEZ** que le fue reconocida en legal forma en aplicación de la normatividad pensional vigente y traída a colación detalladamente líneas atrás, sumado a que dentro del plenario **NO** se ha demostrado que lesione o pudiese llegar a afectar los intereses de la administradora colombiana de pensiones, ni mucho menos que dicha resolución sea manifiestamente contraria al ordenamiento jurídico colombiano.

RESPECTO DE LAS PRETENSIONES

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones reclamadas por la entidad demandante por intermedio de su apoderado judicial especial, a través de las excepciones y fundamentos de hecho y derecho que expongo a continuación:

A la pretensión **PRIMERA**. Me opongo, en primera medida en razón que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** cumplió con todos los requisitos para adquirir su pensión de **VEJEZ**, por cuanto a la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 cumplió con el requisito de edad al tener más de **40 AÑOS** por lo cual es beneficiario del régimen de transición aplicándosele las disposiciones del decreto 758 de 1990, acreditándose de igual forma la densidad de semanas exigidas esto es 1.000 semanas en cualquier tiempo, al cotizar 340 semanas adicionales para un total de 1.340 antes del 31 de julio de 2010, conforme al parágrafo 4 transitorio del Acto Legislativo 01 de 2005, por lo cual al 09 de mayo de 2008 en efecto mi representado acredito el cumplimiento de las exigencias establecidas por la normatividad vigente para adquirir su prestación pensional por **VEJEZ**; en segunda medida en atención a que contrario a lo afirmado por el extremo demandante en el caso que nos concita y con las pruebas obrantes en el plenario se demuestra que en efecto mi representado acredita el acatamiento de los presupuestos legales para el reconocimiento de su prestación pensional y finalmente brilla por su usencia cualquier indicio Honorables Magistrados que permita siquiera sospechar que con el acto administrativo demandado produzca efectos lesivos en contra de la administración, ni mucho menos que sea antípoda al ordenamiento jurídico colombiano.

A la pretensión **SEGUNDA**. Me opongo, y muy respetuosamente ruego al Despacho se abstengan de decretar algún tipo de restablecimiento, soportado en la presunción de buena fe que acobija al señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, la cual no ha sido desvirtuada en momento alguno por la parte actora dentro del presente proceso, por lo cual se encuentra indeleble y debe privilegiarse la aplicación del apotegma constitucional a favor de mi prohijado declarándose su BUENA FE.

A la pretensión **TERCERA**. Me opongo, y muy respetuosamente ruego al Despacho se abstengan de decretar algún tipo de condena por concepto de indexación o intereses, soportado en la presunción de buena fe que acobija al señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, la cual no ha sido desvirtuada en momento alguno por la parte actora dentro del presente proceso, por lo cual se encuentra indeleble y debe privilegiarse la aplicación del apotegma constitucional a favor de mi prohijado declarándose su BUENA FE.

FUNDACIÓN FÁCTICA Y JURÍDICA DE LA DEFENSA

Conforme se ha argumentado a través del presente escrito responsivo NO se ha demostrado a instancias de la entidad demandante ningún de los presupuestos legales para que proceda la NULIDAD del acto administrativo objeto de la presente acción de lesividad, tal y como paso a exponer:

1. No se ha probado la existencia causal alegada “cuando hayan sido expedidos con infracción de las normas en que deberían fundarse”

Contrario a lo manifestado por el extremo demandante a lo largo de su escrito responsivo en la resolución GNR 205022 del 06 de junio de 2014 se establece que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** solicito el **RECONOCIMIENTO DE UNA PENSION DE VEJEZ**, en la parte considerativa se refiere la administradora colombiana de pensiones al cumplimiento de los requisitos para acceder a dicha prestación por **VEJEZ** determinados que mi prohijado cumplió con los requisitos del decreto 758 de 1990 por cuanto es beneficiario del régimen de transición dispuesto en el artículo 36 de la ley 100 de 1993 y en consonancia con lo anterior en la parte resolutive se establece en el numeral primero

“RECONOCER EL PAGO DE UNA PENSIÓN DE VEJEZ” de lo que se concluye que NO es cierto que en el presente caso se hubiese reconocido a mi prohijado una pensión compartida, puesto que así NO se determinó en el acto administrativo demandado, por lo cual Honorables Magistrados lo que se presento fue una equivocación en la redacción del acto administrativo al incluirse en algún acápite de los considerandos una palabra que NO corresponde al caso que nos concita como lo es la “COMPARTIBILIDAD” en tanto la prestación extralegal de jubilación le fue reconocida a mi representado con anterioridad al 17 de octubre de 1985.

Ahora bien, Honorables Magistrados a efectos de determinar que contrario a lo que aduce la parte demandada dicho acto administrativo NO resulta nocivo para sus intereses, tampoco causa ningún tipo de detrimento económico o que eventualmente pudiera afectar la financiación del sistema de régimen de prima media, me permito exponer el escenario pensional del señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** que evidencian que al mismo le asiste su derecho a la **PENSIÓN DE VEJEZ** a cargo de **COLPENSIONES**, de la siguiente manera:

- I. El señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** nació el día 16 de junio de 1934, por lo cual a la entrada en vigencia del Sistema de Seguridad Social en Pensiones es decir al 01 de abril de 1994, tenía **60 AÑOS** de edad, es decir cumple con dicho requisito que conforme a lo establecido en el artículo 36 de la ley 100 de 1993, exigía **40 AÑOS** para hombres, por lo cual el mismo es beneficiario del régimen de transición contemplado en la normatividad citada.
- II. Por lo cual la normatividad aplicable para el reconocimiento de la pensión de **VEJEZ** de mi representado correspondería a las disposiciones del decreto 758 de 1990 en consonancia con lo dispuesto en el parágrafo 4 transitorio del Acto Legislativo 01 de 2005, que determina como requisitos para el reconocimiento de la prestación de longevidad **60 AÑOS** si es hombre y **1000 SEMANAS** cotizadas en cualquier tiempo, requisitos que mi prohijado no solo cumple, si no que supera considerablemente por cuanto al **31 DE JULIO DE 2010**, el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** tenía **76 AÑOS** de edad y **1340 SEMANAS COTIZADAS**.

Por otro lado, Honorable Tribunal en gracia de discusión si quisiéramos analizar el cumplimiento de los requisitos para el reconocimiento de la **PENSION DE VEJEZ** con base en las disposiciones de la ley 100 de 1993 en su artículo 33, también mi prohijado cumple con amplia diferencia los requisitos estipulados en dicha normatividad, al contar con **1340 SEMANAS COTIZADAS** al 31 de enero de 2009 y más de 60 años de edad.

Razones más que contundentes para determinar que la pensión de VEJEZ que le fue reconocida al señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** está sustentada en la aplicación de la normatividad vigente, por lo cual **NO** existe causal de nulidad que tenga la virtualidad de afectar la legalidad del acto administrativo demandado.

2. No obra en el presente proceso ningún indicio que permita suponer que la resolución demandada es lesiva a los intereses de la Administración

El Honorable Consejo de Estado, sala de lo contencioso administrativo sección tercera en sentencia de 22 de junio de 2001 expediente 13172, adoctrino en lo referente:

“La administración cuando advierte que expidió un acto administrativo particular que otorgó derechos a particulares puede discutir su legalidad ante el juez administrativo; se constituye pues en demandante de su propio acto, posición procesal que la doctrina española ha calificado como la acción de lesividad, la cual conforma un proceso administrativo especial, entablada por la propia Administración en demanda de que se anule un acto administrativo que declaró derechos a favor de una particular, **porque es, además de ilegal, lesivo a los intereses de la Administración, vía en que la carga de la prueba de la invalidez del acto está a cargo de la demandante.**” (negrilla y cursiva fuera del texto original)

Con fundamento en lo anterior y en lo demostrado a lo largo del presente proceso el acto administrativo objeto de réplica mediante el medio de control que nos ocupa, en momento alguno es nocivo a los haberes de la entidad demandante, por cuanto no tiene la virtualidad de generar ningún tipo de detrimento económico.

Por las anteriores razones de hecho y de derecho no está llamada a prosperar la acción de lesividad incoada en contra de mi representado.

**EXCEPCIONES
DE MERITO O DE FONDO**

1. INEXISTENCIA DE LOS REQUISITOS LEGALES Y JURISPRUDENCIALES PARA LA PROCEDENCIA DE LA ACCION DE LESIVIDAD

Tal y como ha sido argumentado y demostrado en el presente asunto el acto administrativo que se demanda a través de la presente acción de lesividad NO está afectado por ninguna causal de NULIDAD y menos por la que se alega por el extremo demandante, por cuanto como ha sido expuesto a lo largo del presente escrito responsivo, estudiado a fondo el asunto pensional del señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** queda más que demostrado que el mismo cumplió con los requisitos establecidos para ser beneficiario de la pensión de **VEJEZ** que le fue reconocida en legal forma en aplicación de la normatividad pensional vigente, sumado a que dentro del plenario **NO** se ha demostrado que lesione o pudiese llegar a afectar los intereses de la administradora colombiana de pensiones, ni mucho menos que dicha resolución sea manifiestamente contraria al ordenamiento jurídico colombiano, por lo cual el extremo demandante NO acredita ninguno de los presupuestos normativos para la procedencia del presente medio de control.

2. BUENA FE.

Establece el artículo 164, literal C), del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo lo siguiente:

“ARTÍCULO 164. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR LA DEMANDA. La demanda deberá ser presentada:

1. En cualquier tiempo, cuando:

a) Se pretenda la nulidad en los términos del artículo [137](#) de este Código;

b) El objeto del litigio lo constituyan bienes estatales imprescriptibles e inenajenables;

c) Se dirija contra actos que reconozcan o nieguen total o parcialmente prestaciones periódicas. **Sin embargo, no habrá lugar a recuperar las prestaciones pagadas a particulares de buena fe;**” (negrilla y subrayado fuera del texto original)

El artículo 83 de la Constitución Política establece que las actuaciones de los particulares se presumen de buena fe, y lo que se hace indispensable es demostrar lo contrario, cosa que a lo largo del presente proceso no sucede, por el contrario, en una accionar legítimo y bajo la convicción absoluta de que le asistía el derecho a que se efectuara el estudio de su pensión por longevidad, mi prohijado solicito el reconocimiento de una **PENSION DE VEJEZ** sin ninguna naturaleza particular o solicitud específica de aplicar alguna normatividad como erradamente lo pretende hacer ver el apoderado que representa a la entidad demandante, incluso su Señoría tal y como se puede determinar de la solicitud elevada por el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** el 02 de febrero de 2010 y como se puede verificar de los formularios aportados en el expediente administrativo el mismo siempre solicita el reconocimiento de su prestación pensional por **VEJEZ** al creer con argumentos de juicio suficientes que tenía derecho a que se analizará su caso pensional.

Tales consideraciones son razones suficientes por los cuales solicito al Honorable Tribunal se despache desfavorablemente la pretensión encaminada al reintegro de las mesadas pensionales que le fueron concedidas a mi representado y en consecuencia se absuelva en tal sentido teniendo en cuenta que mi representado siempre actuó de BUENA FE.

3. COBRO DE LO NO DEBIDO

De conformidad con todos los fundamentos de hecho y de derecho argumentados en líneas atrás y al verificarse que mi prohijado no ha generado ninguna afectación a los intereses de la administración y su accionar en todo el trámite administrativo y judicial ha sido impoluto y de buena fe, NO existen razones de ninguna naturaleza para decretar ningún tipo de restablecimiento como tampoco habría lugar al cobro de alguna suma de dinero.

4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN

Porque se logró demostrar a cabalidad dentro del discurso contenido en el escrito responsivo que a mi representado cumplió con todos los requisitos para adquirir su pensión de **VEJEZ**, por cuanto a la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 cumplió con el requisito de edad al tener más de **40 AÑOS** por lo cual es beneficiario del régimen de transición aplicándosele las disposiciones del decreto 758 de 1990, acreditándose de igual forma la densidad de semanas exigidas esto es 1.000 semanas en cualquier tiempo, al cotizar 340 semanas adicionales para un total de 1.340 antes del 31 de julio de 2010, conforme al parágrafo 4 transitorio del Acto Legislativo 01 de 2005, por lo cual al 09 de mayo de 2008 en efecto mi representado acreditó el cumplimiento de las exigencias establecidas por la normatividad vigente para adquirir su prestación pensional por **VEJEZ**, luego NO hay lugar a la procedencia de ninguna pretensión.

PRUEBAS

DOCUMENTOS

Solicito sean tenidos en cuenta todos los documentos obrantes en el expediente en particular lo correspondiente al expediente administrativo de mi representado y las siguientes:

- i. Historia clínica del señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA.**
- ii. Declaración juramentada rendida por el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA.**
- iii. Declaración juramentada rendida por **JULIAN ENRIQUE CASTILLO RODRIGUEZ.**
- iv. Declaración juramentada rendida por **MARIA GLADYS RODRIGUEZ GUZMAN.**
- v. Declaración juramentada rendida por **ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**

ANEXOS

1. Los documentos anunciados en el acápite de pruebas.
2. Poder debidamente conferido.

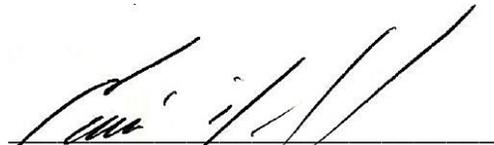
NOTIFICACIONES

A LA DEMANDANTE: En la dirección que aparece en el libelo introductorio.

A LA DEMANDADA: En la dirección que se relaciona en el escrito introductorio.

La suscrita: En la Avenida Carrera 16 No 4-61 Oficina 201 de Zipaquirá, Teléfono: 320-2001828 y correo electrónico registrado soniarubioabogadalaboral@hotmail.com

De la Señora Juez, Cordialmente,



SONIA ESTHER RUBIO HERNANDEZ
C.C. No. 51.831.461 de Bogotá D.C.,
T.P. No. 207.167 del C. S. de la J.

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Nombre: MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA | | Identificación: CC 467421 | Fecha nacimiento: 16/06/1934 |
| Dirección: VRD S JORGE SECT CENTRO | Teléfono: | Celular: 3114861532 | Correo: SJANYIFA@GMAIL.COM |
| Edad: 87 | Sexo: M | Estado Civil: | Ocupación: NO REFIERE |
| Lugar de Residencia: ZIPAQUIRÁ | Etnia: NINGUNA DE LAS ANTERIORES | | |

ATENCIÓN CONSULTA #1

| | | |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| CAMILO ANDRES CELEMIN PAEZ | 255105 | MEDICINA GENERAL |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha impresión |
| 26-06-2020 | 26-06-2020 | 27-10-2021 |
| Sede: VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

| ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE | | | |
|--------------------------|--|-----------|-------------|
| Nombre acompañante: | | Telefono: | Parentesco: |
| Nombre Responsable: | | Telefono: | Categoría: |

| MOTIVO CONSULTA | |
|---------------------|--|
| Motivo de consulta: | "CONTROL DE LA TENSION Y LA DIABETES" |
| Enfermedad actual: | SE REALIZA TELECONSULTA VIA TELEFONICA, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 5 AÑOS, DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 2 AÑOS, EN MANEJO CON LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, ALIMENTACION BAJA EN GRASAS, AZUCARES, NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA, ADECUADA ADHERENCIA A MEDICAMENTOS. NIEGA EDEMAS, NIEGA DOLOR TORACICO, NO DISNEA, NO POLIDIPSIA, NO POLIURIA, NO MAREOS, NO PERDIDA DE PESO. |

| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | |
|--------------------------|----|---------------------------|
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2. |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS |

| ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS | |
|---|-------|
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, | |

| ANTECEDENTES FAMILIARES | |
|-------------------------|--|
| Otros Antecedentes: | |

| HÁBITOS SALUDABLES | | | |
|--|----|---|----|
| Hábitos Saludables: | | Consumo de alimentos Ricos en fibra: | NO |
| Bajo consumo de sal: | NO | Peso adecuado para la talla: | NO |
| Toma medicamentos antihipertensivos: | NO | Toma de agua | NO |
| Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día. | NO | ¿Consume vegetales o frutas diariamente?: | NO |
| Bajo Consumo de grasas: | NO | Horas de sueño adecuadas (8H): | NO |
| Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia): | NO | | |
| HÁBITOS NO SALUDABLES | | | |
| Sustancias Psicoactivas: | NO | | |
| Alcohol: | NO | | |

| | | | |
|-------------------------------------|----|--------------------------------|--------------------|
| Cuantos Cigarrillos al Dia | | Cuantos Cigarrillos al Años | |
| Indice tabaquicoa | | Riesgo EPOC | |
| Estrés | NO | | |
| Otros | NO | | |
| Sedentarismo | NO | | |
| GESTIÓN DE RIESGO | | | |
| Mujer o menor víctima del maltrato. | NO | Víctima de violencia sexual. | NO |
| Sintomático respiratorio | NO | Identificación de Discapacidad | SIN DISCAPACIDADES |
| Sangre oculta en heces. | NO | Pre-test de VIH: | NO |
| Post-test de VIH | NO | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|
| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

| | | | |
|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|-----|
| EXAMEN FÍSICO | | | |
| T.A. | 120 - 80 | Frecuencia Cardiaca: | 75 |
| Frecuencia respiratoria: | 20 | Temperatura: | 37 |
| Peso (Kg) | 70 | Talla (cm). | 160 |
| IMC: | 27.34 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perimetro Cefálico (cm) | 0 | Perimetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm) | 0 | Pliegue Cutáneo del Triceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

| | | |
|---|---------------------|---|
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICO | | |
| Análisis y Plan: | | |
| PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA, DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA, REFUERZO HABITOS DE VIDA SALUDABLES, SE REALIZA RECONCILIACION MEDICAMENTOSA, PROXIMOS LABORATORIOS DE CONTROL PYP EN DICIEMBRE/2020. CONTINUO IGUAL MANEJO. SE DAN SIGNOS DE ALARMA (CEFALEA INTENSA, DOLOR TORACICO, DISNEA, MAREOS, SED INTENSA, VISION BORROSA, PERDIDA DE PESO) Y RECOMENDACIONES GENERALES. | | |
| ¿Principal? | Cod | Descripción |
| SI | E119 | DIABETES MELLITUS NO INSULINDEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION |
| NO | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| Tipo diagnostico principal | CONFIRMADO REPETIDO | |
| Finalidad de consulta | NO APLICA | |
| Causa externa | ENFERMEDAD GENERAL | |

| | | | | |
|--------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| MEDICAMENTO | | | | |
| Código | Nombre | Dosificación | Cantidad | Días TTD |
| 246217 | METFORMINA TABLETA 850 MG | TOMAR 1 AL DESAYUNO Y 1 AL ALMUERZO | 60 | 30 |
| 246217 | ASPIRINA 100MG TABLETA 5.000 | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |

| | | | | |
|--------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|----|
| 244381 | HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |
| 246217 | METFORMINA TABLETA 850 MG | TOMAR 1 AL DESAYUNO Y 1 AL ALMUERZO | 60 | 30 |
| 239500 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |
| 245820 | LINAGLIPTINA TABLETA RECUBIERTA 5 MG | TOMAR 1 CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 250434 | VALSARTAN TABLETA O CAPSULA 80 MG | TOMAR 1 CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 244381 | HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |
| 246217 | METFORMINA TABLETA 850 MG | TOMAR 1 AL DESAYUNO Y 1 AL ALMUERZO | 60 | 30 |
| 239500 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |
| 245820 | LINAGLIPTINA TABLETA RECUBIERTA 5 MG | TOMAR 1 CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 250434 | VALSARTAN TABLETA O CAPSULA 80 MG | TOMAR 1 CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 244381 | HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |
| P.F | Fecha Inicio: 26-06-2020 | Fecha Fin: 26-09-2020 | Número de meses:0 | |

ATENCIÓN CONSULTA #2

| | | |
|----------------------------|-----------------------|------------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| LÓPEZ POLO MILAGROS MARÍA | 55308836 | MEDICINA INTERNA |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha impresión |
| 11/09/2020 11.53 a.m. | 11/09/2020 12:11 p.m. | 27-10-2021 |
| Sede:VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

| | | | |
|--------------------------|-----------|-------------|--|
| ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE | | | |
| Nombre acompañante: | Telefono: | Parentesco: | |
| Nombre Responsable: | Telefono: | Categoría: | |

| | |
|---------------------|---|
| MOTIVO CONSULTA | |
| Motivo de consulta: | SE REALIZA CONSULTA DE FORMA VIRTUAL POR CONTINGENCIA MUNDIAL DE COVID-19, ORDEN DE CUARENTENA OBLIGATORIA DECRETO 457 DEL 22 DE MARZO DE 2020. SE REALIZA COMUNICACION TELEFONICA CON EL PACIENTE QUE SE IDENTIFICA CON EL NOMBRE...MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA..... Y NUMERO DE CEDULA.....467421..... POR VIA TELEFONICA AL NUMERO...3224385812....., EL DIA...11 DE...09... DE 2020 SIENDO LAS...7:15...am Y SE ENVIARAN FORMULAS MEDICAS AL CORREO..... ME IDENTIFICO COMO...MILAGROS LOPEZ POLO..... MEDICO (especialidad)...MED INTERNA... SE LE EXPLICA AL PACIENTE LOS ALCANCES DE LA CONSULTA, COMO FUNCIONA LA ATENCION MEDIANTE EL USO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACION, ALCANCE, EL MANEJO DE LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD, PACIENTE MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTA. ACOMPAÑANTE: |
| Enfermedad actual: | PACIENTE MASCULINO DE 86 AÑOS CON AP: HTA, DB MELLITUS NO INSULINORREQUIERENTE EN TTO CON: VALSARTAN 80MG/12HS, AMLODIPINO5MG/DIA, SITAGLIPTINA 50MG /DIA. FAMILIAR(HIJA) REFIERE QUE PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. NO REFIERE ANGOR, DISNEA, NI PALPITACIONES, NI EDEMA DE MMII. SE REVIS LABORATORIOS 7/9/20: LDL:122 CT:230 TGD: 413 HDL:38 BUN: 18.4 CREAT:1.48 MICROALBUMINARUA: 39 UROANALISIS INFLANATORIO, HBA1C:9%. TFG:45 POR MEDRD-4 NIEGA SINTOMAS IRRITATIVOS VESICALES. |

| | | |
|--------------------------|----|---------------------------|
| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | |
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2. |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS |

| | |
|---|-------|
| ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, | |

| | |
|-------------------------|--|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | |
| Otros Antecedentes: | |

| | | | |
|---|----|--|--------------------|
| Bajo consumo de sal: | NO | Peso adecuado para la talla: | NO |
| Toma medicamentos antihipertensivos: | NO | Toma de agua | NO |
| Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día | NO | ¿Consumes vegetales o frutas diariamente?: | NO |
| Bajo Consumo de grasas: | NO | Horas de sueño adecuadas (8H): | NO |
| Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia): | NO | | |
| HÁBITOS NO SALUDABLES | | | |
| Sustancias Psicoactivas: | NO | | |
| Alcohol: | NO | | |
| Frecuencia (Alcohol) | 0 | | |
| Fumador: | No | | |
| Cuantos Cigarrillos al Día | | Cuantos Cigarrillos al Años | |
| Índice tabaquicoa | | Riesgo EPOC | |
| Estrés: | NO | | |
| Otros | NO | | |
| Sedentarismo | NO | | |
| GESTIÓN DE RIESGO | | | |
| Mujer o menor víctima del maltrato: | NO | Víctima de violencia sexual: | NO |
| Sintomático respiratorio: | NO | Identificación de Discapacidad: | SIN DISCAPACIDADES |
| Sangre oculta en heces: | NO | Pre-test de VIH: | NO |
| Post-test de VIH: | NO | | |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------------------|---|
| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |
| EXAMEN FÍSICO | | | |
| T.A: | 0 - 0 | Frecuencia Cardíaca: | 0 |
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg): | 0 | Talla (cm): | 0 |
| IMC: | 0 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perímetro Cefálico (cm): | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm): | 0 | Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

| | |
|---|--|
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICO | |
| Análisis y Plan: | |
| PACIENTE MASCULINO DE 86 AÑOS CON AP: HTA, DB MELLITUS NO INSULINORREQUIERENTE | |
| EN TTO CON: VALSARTAN 80MG/12HS, AMLODIPINO5MG/DIA, SITAGLIPTINA 50MG /DIA. | |
| FAMILIAR(HIJA) REFIERE QUE PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. | |

NIEGA SINTOMAS IRRITATIVOS VESICALES.

COMENTARIOS: PACIENTE EN SU 9ª DÉCADA E LA VIDA CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES CON HIPERLIPIDEMIA MIXTA MODERADA SE INDICA INICIAR TTO CON ESTATINAS DE ALTA POTENCIA PARA LOGRAR DESCENSO DE LDL <55 EN PTE DE MUY ALTO RIESGO. ADÉMÁS CON MAL CONTROL METABOLICO CON ICR ESTADFIO 3A SE AUMENTA DOSIS DE IDPP-4 Y SE AGREGA ISGLT-2 SE INSISTE EN ESTUOLOS D EVIDA SALUDABLES Y BUENA ADHERENCIA A TTO MEDICO. SE CITA EN 3 MESES CON CONTROL DE FUNCIN RENAL

| ¿Principal? | Cod | Descripción |
|-----------------------------|---------------------|--|
| SI | E118 | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS |
| NO | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| NO | N189 | INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA |
| Tipo diagnostico principal: | CONFIRMADO REPETIDO | |
| Finalidad de consulta: | NO APLICA | |
| Causa externa: | OTRA | |

| PARACLINICOS | | | | |
|--------------|--|-----------|-------------|--|
| CODIGO | CUP | RESULTADO | DESCRIPCIÓN | |
| 903863 | PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS | 7.34 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 950 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 10.50 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 100 | | |
| 903856 | NITRÓGENO UREICO | 69 | | |
| 903856 | NITRÓGENO UREICO | 32.40 | | |
| 903803 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 4.39 | | |
| 903863 | PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS | 7.34 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 950 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 10.50 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 100 | | |
| 903856 | NITRÓGENO UREICO | 69 | | |
| 903856 | NITRÓGENO UREICO | 32.40 | | |
| 903803 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 4.39 | | |
| 903863 | PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS | 7.34 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 950 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 10.50 | | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 100 | | |
| 903856 | NITRÓGENO UREICO | 69 | | |
| 903856 | NITRÓGENO UREICO | 32.40 | | |
| 903803 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 4.39 | | |

| ORDENAMIENTO | | | | |
|--------------|---|----------|------------|--|
| Código | Nombre | Cantidad | Nota | |
| 881332 | ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL) | 1 | EN 3 MESES | |
| 903862 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS | 1 | EN 3 MESES | |

| | | | | |
|--------|---|---|------------|--|
| 903856 | NITRÓGENO UREICO | 1 | EN 3 MESES | |
| 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1 | EN 3 MESES | |
| 890366 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | 1 | EN 3 MESES | |

| MEDICAMENTO | | | | |
|-------------|---|-----------------------|-------------------|----------|
| Código | Nombre | Dosificación | Cantidad | Días TTO |
| 242029 | DAPAGLIFLOZINA TABLETA RECUBIERTA 10 MG | 1 TAB CADA DIA | 30 | 30 |
| 249046 | SITAGLIPTINA TABLETA RECUBIERTA 50 MG | 1 TAB CADA 12HS | 60 | 30 |
| 250434 | VALSARTAN TABLETA O CAPSULA 80 MG | 1 TAB CADA 12HS | 60 | 30 |
| 239500 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | 1 TAB CADA DIA | 30 | 30 |
| 239872 | ATORVASTATINA TABLETA O CAPSULA 40 MG | 1 TAB CADA NOCHE | 30 | 30 |
| 242029 | DAPAGLIFLOZINA TABLETA RECUBIERTA 10 MG | 1 TAB CADA DIA | 30 | 30 |
| 249046 | SITAGLIPTINA TABLETA RECUBIERTA 50 MG | 1 TAB CADA 12HS | 60 | 30 |
| 250434 | VALSARTAN TABLETA O CAPSULA 80 MG | 1 TAB CADA 12HS | 60 | 30 |
| 239500 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | 1 TAB CADA DIA | 30 | 30 |
| 239872 | ATORVASTATINA TABLETA O CAPSULA 40 MG | 1 TAB CADA NOCHE | 30 | 30 |
| 242029 | DAPAGLIFLOZINA TABLETA RECUBIERTA 10 MG | 1 TAB CADA DIA | 30 | 30 |
| 249046 | SITAGLIPTINA TABLETA RECUBIERTA 50 MG | 1 TAB CADA 12HS | 60 | 30 |
| 250434 | VALSARTAN TABLETA O CAPSULA 80 MG | 1 TAB CADA 12HS | 60 | 30 |
| 239500 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | 1 TAB CADA DIA | 30 | 30 |
| 239872 | ATORVASTATINA TABLETA O CAPSULA 40 MG | 1 TAB CADA NOCHE | 30 | 30 |
| P-F | Fecha Inicio: 11-09-2020 | Fecha Fin: 11-12-2020 | Número de meses:0 | |

ATENCIÓN CONSULTA #3

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| CAMILO ANDRES CELEMIN PAEZ | 255105 | MEDICINA GENERAL |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha impresión |
| 14/12/2020 06:15 p.m. | 14/12/2020 07:06 p.m. | 27-10-2021 |
| Sede: VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

| ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE | | | |
|--------------------------|-----------|-------------|--|
| Nombre acompañante: | Telefono: | Parentesco: | |
| Nombre Responsable: | Telefono: | Categoría: | |

| MOTIVO CONSULTA | |
|---------------------|---|
| Motivo de consulta: | "CONTROL DE LA TENSION Y LA DIABETES" |
| Enfermedad actual: | SE REALIZA TELECONSULTA VIA TELEFONICA, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 5 AÑOS, DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 2 AÑOS, EN MANEJO CON LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, DAPAGLIFLOZINA 10 MG AL DIA, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, ALIMENTACION BAJA EN GRASAS, AZUCARES, NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA, ADECUADA ADHERENCIA A MEDICAMENTOS. NIEGA EDEMAS, NIEGA DOLOR TORACICO, NO DISNEA, NO POLIDIPSIA, NO POLIURIA, NO MAREOS, NO PERDIDA DE PESO. |

| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | |
|--------------------------|----|---------------------------|
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2. |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS |

| ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS | |
|---|-------|
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, | |
| LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, DAPAGLIFLOZINA 10 MG AL DIA, VALSARTAN 80 MG | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

Otros Antecedentes:

HÁBITOS SALUDABLES

| | | | |
|--|----|---|----|
| Hábitos Saludables: | | Consumo de alimentos Ricos en fibra: | NO |
| Bajo consumo de sal: | NO | Peso adecuado para la talla: | NO |
| Toma medicamentos antihipertensivos: | NO | Toma de agua | NO |
| Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día: | NO | ¿Consume vegetales o frutas diariamente?: | NO |
| Bajo Consumo de grasas: | NO | Horas de sueño adecuadas (8H): | NO |
| Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia): | NO | | |

HÁBITOS NO SALUDABLES

| | | | |
|----------------------------|----|-----------------------------|--|
| Sustancias Psicoactivas: | NO | | |
| Alcohol: | NO | | |
| Frecuencia (Alcohol) | 0 | | |
| Fumador: | No | | |
| Cuantos Cigarrillos al Día | | Cuantos Cigarrillos al Años | |
| Índice tabaquicoa | | Riesgo EPOC | |
| Estrés: | NO | | |
| Otros | NO | | |
| Sedentarismo | NO | | |

GESTIÓN DE RIESGO

| | | | |
|-------------------------------------|----|---------------------------------|--------------------|
| Mujer o menor víctima del maltrato: | NO | Víctima de violencia sexual: | NO |
| Sintomático respiratorio: | NO | Identificación de Discapacidad: | SIN DISCAPACIDADES |
| Sangre oculta en heces: | NO | Pre-test de VIH: | NO |
| Post-test de VIH: | NO | | |

REVISIÓN POR SISTEMA

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

EXAMEN FÍSICO

| | | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------------------|-----|
| T.A: | 0 - 0 | Frecuencia Cardiaca: | 0 |
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg): | 70 | Talla (cm): | 160 |
| IMC: | 27.34 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perímetro Cefálico (cm): | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm): | 0 | Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

REALIZA RECONCILIACION MEDICAMENTOSA, SE SOLICITAN LABORATORIOS DE CONTROL, CONTINUO IGUAL MANEJO, SE DAN SIGNOS DE ALARMA (CEFALEA INTENSA, DOLOR TORACICO, DISNEA, MAREOS, SED INTENSA, VISION BORROSA, PERDIDA DE PESO) Y RECOMENDACIONES GENERALES

| | | |
|-----------------------------|---------------------|--|
| ¿Principal? | Cod | Descripción |
| SI | E119 | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION |
| NO | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| Tipo diagnostico principal: | CONFIRMADO REPETIDO | |
| Finalidad de consulta: | NO APLICA | |
| Causa externa: | OTRA | |

| ORDENAMIENTO | | | |
|--------------|--|----------|------|
| Código | Nombre | Cantidad | Nota |
| 903815 | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 1 | |
| 903816 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO | 1 | |
| 903818 | COLESTEROL TOTAL | 1 | |
| 903868 | TRIGLICERIDOS | 1 | |
| 903841 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | 1 | |
| 903426 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA | 1 | |
| 907106 | UROANÁLISIS | 1 | |
| 903026 | MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL | 1 | |
| 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1 | |

| MEDICAMENTO | | | | |
|-------------|--------------------------------|---|----------|----------|
| Código | Nombre | Dosificación | Cantidad | Días TTO |
| 300018 | LINAGLIPTINA 5MG TABLETA | TOMAR 1 CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 300174 | DAPAGLIFLOZINA 10MG TABLETAS | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |
| 299881 | METFORMINA 850 MG TABLETA | TOMAR 1 TABLETA AL DESAYUNO Y 1 AL ALMUERZO | 60 | 30 |
| 300520 | VALSARTAN 80MG TABLETA ORAL | TOMAR 1 CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 299817 | AMLODIPINO 5MG TABLETA | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |
| 299807 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |

| PROGRAMA PES | | | |
|--|------------|----------------------------|--|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | | | |
| Fecha de Ingreso al programa | 14-12-2020 | Diagnóstico confirmatorio | HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 5 AÑOS |
| Fecha de Confirmación del dx | 10-06-2015 | Tipo de Hipertensión | Hipertensión primaria o esencial |
| Edad al ingreso | 86 | | |
| DIABETES | | | |
| Fecha de Ingreso al programa | 14-12-2020 | Diagnóstico confirmatorio | DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 2 AÑOS |
| Fecha de Confirmación del dx | 10-06-2018 | Tipo de Diabetes | Diabetes tipo 2 |
| Edad al ingreso | 86 | | |
| DATOS Y EXAMENES DE INGRESO AL PROGRAMA | | | |
| Resultado Creatinina (mg/dl) | 1 | Fecha Resultado Creatinina | Invalid date |
| DATOS Y EXAMENES SEGUIMIENTO AL PROGRAMA | | | |
| Obesidad | | | |
| IMC | 27.34 | Clasificación Obesidad | |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO POR PATOLOGÍA AL FINALIZAR LA VALORACIÓN | | | |
| TFG - Estadio | 0.00-null | Seguimiento al programa | HTA+DM |
| Síndrome Metabólico | | Hipertensión | |
| Diabetes | | RCV | BAJO |
| Glucometría | NO | Cuál Glucometría? | |

ATENCIÓN CONSULTA #4

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| LÓPEZ POLO MILAGROS MARÍA | 55308836 | MEDICINA INTERNA |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha impresión |
| 06/01/2021 02:32 p.m. | 06/01/2021 02:47 p.m. | 27-10-2021 |
| Sede: VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

ACOMPañANTE DEL PACIENTE

| | | |
|---------------------|-----------|-------------|
| Nombre acompañante: | Telefono: | Parentesco: |
| Nombre Responsable: | Telefono: | Categoría: |

MOTIVO CONSULTA

| | |
|---------------------|--|
| Motivo de consulta: | ASISTE E FROMA PRESENCIAL A CNTRO POR MEDICINA INTERNA |
| Enfermedad actual: | <p>PACIENTE MASCULINO DE 86 AÑOS CON AP: HTA, DB MELLITUS IR EN TT CON: LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, DAPAGLIFOZINA 10 MG AL DIA, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA,</p> <p>NIEGA ANGOR, NI PALPIUACIONES. REFIERE OCASIONALMENTE DISNEA CF II, EDEMA BIMALEOLAR OCASIONAL, DIURESIS CONSERVADA, NIEGA HEMATURIA. NINEGA AUTOMONITOREO DE TA EN DOMICILIO.</p> <p>LABORATORIOS 21/12/20: P*ROT TOPTALES:7.3 ALBUMINA:4.3 BUN:32 PROT ORINA 24HS:100MG/DIA, VOL:950ML/24HD, CREAT:1.65 TFG:40xMDRD-4</p> |

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

| | | |
|---------------|----|---------------------------|
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2. |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS |

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

| DESCRIPCIÓN | FECHA |
|---|-------|
| LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, | |
| LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, DAPAGLIFOZINA 10 MG AL DIA, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

| | |
|---------------------|--|
| Otros Antecedentes: | |
|---------------------|--|

HÁBITOS SALUDABLES

| | | | |
|--|----|---|----|
| Hábitos Saludables: | | Consumo de alimentos Ricos en fibra: | NO |
| Bajo consumo de sal: | NO | Peso adecuado para la talla: | NO |
| Toma medicamentos antihipertensivos: | NO | Toma de agua | NO |
| Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día: | NO | ¿Consume vegetales o frutas diariamente?: | NO |
| Bajo Consumo de grasas: | NO | Horas de sueño adecuadas (8H): | NO |
| Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia): | NO | | |

HÁBITOS NO SALUDABLES

| | |
|--------------------------|----|
| Sustancias Psicoactivas: | NO |
| Alcohol | NO |
| Frecuencia (Alcohol) | 0 |
| Fumador | No |

| | | | |
|-------------------------------------|----|---------------------------------|--------------------|
| Estrés | NO | | |
| Otros | NO | | |
| Sedentarismo | NO | | |
| GESTIÓN DE RIESGO | | | |
| Mujer o menor víctima del maltrato: | NO | Víctima de violencia sexual: | NO |
| Sintomático respiratorio: | NO | Identificación de Discapacidad: | SIN DISCAPACIDADES |
| Sangre oculta en heces: | NO | Pre-test de VIH: | NO |
| Post-test de VIH: | NO | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|
| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------------------|---|
| EXAMEN FÍSICO | | | |
| T.A: | 0 - 0 | Frecuencia Cardíaca: | 0 |
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg): | 0 | Talla (cm): | 0 |
| IMC: | 0 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perímetro Cefálico (cm): | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm): | 0 | Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

| | | |
|--|---------------------|--|
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICO | | |
| Análisis y Plan: | | |
| <p>PACIENTE MASCULINO DE 86 AÑOS CON AP: HTA, DB MELLITUS IR EN TT CON: LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, DAPAGLIFOZINA 10 MG AL DIA, VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, HCTZ 25 MG AL DIA, METFORMINA 850 MG AL DESAYUNO Y AL ALMUERZO, AMLODIPINO 5 MG AL DIA,</p> <p>NIEGA ANGOR, NI PALPIUTACIONES. REFIERE OCASIONALMENTE DISNEA CF II, EDEMA BIMALEOLAR OCASIONAL, DIURESIS CONSERVADA, NIEGA HEMATURIA. NINEGA AUTOMONITOREO DE TA EN DOMICILIO.</p> <p>LABORATORIOS 21/12/20: P*ROT TOPTALES:7.3 ALBUMINA:4.3 BUN:32 PROT ORINA 24HS:100MG/DIA, VOL:950ML/24HD, CREAT:1.65 TFG 40xMDRD-4) PLAN: SE SOLICITA EVALUCION POR NEFROLOGIA POR IRC ESTADIO 3B. SE DISMINUYE DOSIS DE IDPP4 EL CUAL ACTUALMENTE PRESENTA DOSIS QUE SUPERAN LA DOSIS HABITUAL. Y SE DESCVIENDE DOSIS DE BIDUAMIDAS AJUSTADO A CLEAREC DE CRATININA- SE EXPLICCANS IGNS DE LSRAMS. SE SEOLICITA CONTRO METABOLICO CON HBA1C.</p> | | |
| ¿Principal? | Cod | Descripción |
| SI | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| NO | E118 | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS |
| NO | N189 | INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA |
| Tipo diagnostico principal: | CONFIRMADO REPETIDO | |
| Finalidad de consulta | NO APLICA | |

| ORDENAMIENTO | | | |
|--------------|---|----------|---------------------------------------|
| Código | Nombre | Cantidad | Nota |
| 890366 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | 1 | CONTROL EN 1 MES CON RESULTADO |
| 890268 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA | 1 | IRC ESTADIO 3B, CON HTA Y DB MELLITUS |
| 903426 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA | 1 | |

ATENCIÓN CONSULTA #5

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| CAMILO ANDRES CELEMIN PAEZ | 255105 | MEDICINA GENERAL |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha impresión |
| 01/03/2021 05:06 p.m. | 01/03/2021 05:41 p.m. | 27-10-2021 |
| Sede: VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

| ACOMPÑANTE DEL PACIENTE | | | |
|-------------------------|-----------|-------------|--|
| Nombre acompañante: | Telefono: | Parentesco: | |
| Nombre Responsable: | Telefono: | Categoría: | |

| MOTIVO CONSULTA | |
|---------------------|---|
| Motivo de consulta: | "CONTROL DE LA TENSION Y LA DIABETES" |
| Enfermedad actual: | SE REALIZA TELECONSULTA VIA TELEFONICA, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 10 AÑOS, DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 10 AÑOS, EN MANEJO CON VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, ALIMENTACION ALTA EN GRASAS, AZUCARES, NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA. ADECUADA ADHERENCIA A MEDICAMENTOS. NIEGA EDEMAS, NIEGA DOLOR TORACICO, NO DISNEA, NO POLIDIPSIA, NO POLIURIA, NO MAREOS, NO PERDIDA DE PESO. NO HA PRESENTADO DESCOMOPENSACION DE CIFRAS TENSIONALES O GLICEMICAS NI HA REQUERIDO ASISTIR POR SERVICIO DE URGENCIAS. REPORTE DE HBA1C 28-01-2021: 10.4% ELEVADO. |

| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | |
|--------------------------|----|---|
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 10 AÑOS |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS |
| Infecioso: | SI | COVID 19 |

| ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS | |
|--|-------|
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 12 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, | |

| ANTECEDENTES FAMILIARES | |
|-------------------------|--|
| Otros Antecedentes: | |

| HÁBITOS SALUDABLES | | | |
|---|----|---|----|
| Hábitos Saludables: | | Consumo de alimentos Ricos en fibra: | NO |
| Bajo consumo de sal: | NO | Peso adecuado para la talla: | NO |
| Toma medicamentos antihipertensivos: | NO | Toma de agua | NO |
| Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día | NO | ¿Consume vegetales o frutas diariamente?: | NO |
| Bajo Consumo de grasas: | NO | Horas de sueño adecuadas (8H): | NO |
| Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia): | NO | | |

| HÁBITOS NO SALUDABLES | |
|--------------------------|----|
| Sustancias Psicoactivas: | NO |
| Alcohol | NO |
| Frecuencia (Alcohol) | 0 |

| | | | |
|-------------------------------------|----|---------------------------------|--------------------|
| Estrés: | NO | | |
| Otros | NO | | |
| Sedentarismo | NO | | |
| GESTIÓN DE RIESGO | | | |
| Mujer o menor víctima del maltrato: | NO | Víctima de violencia sexual: | NO |
| Sintomático respiratorio: | NO | Identificación de Discapacidad: | SIN DISCAPACIDADES |
| Sangre oculta en heces: | NO | Pre-test de VIH: | NO |
| Post-test de VIH: | NO | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|
| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------------------|-----|
| EXAMEN FÍSICO | | | |
| T.A: | 0 - 0 | Frecuencia Cardiaca: | 0 |
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg): | 100 | Talla (cm): | 170 |
| IMC: | 34.6 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perímetro Cefálico (cm): | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm): | 0 | Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

| | | |
|---|---------------------|--|
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICO | | |
| Análisis y Plan: | | |
| <p>PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA, DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CONTROLADA, REFUERZO HABITOS DE VIDA SALUDABLES, SE REALIZA RECONCILIACION MEDICAMENTOSA, SE SOLICITAN LABORATORIOS DE CONTROL PYP, POR ELEVACION DE AZODOS Y HBA1C ELEVADA INICIO INSULINA GLARGINA 16 UI AL DIA, INSULINA GLULISINA 6 UI AL ALMUERZO, RESTO CONTINUO IGUAL MANEJO, PROXIMO CONTROL EN 1 MES, SE DAN SIGNOS DE ALARMA (CEFALEA INTENSA, DOLOR TORACICO, DISNEA, MAREOS, SED INTENSA, VISION BORROSA, PERDIDA DE PESO) Y RECOMENDACIONES GENERALES (REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA MODERADA, EVITAR INGESTA DE HARINAS REFINADAS, GRASAS, CARBOHIDRATOS SIMPLES, EMBUTIDOS Y ENLATADOS).</p> | | |
| ¿Principal? | Cod | Descripción |
| SI | E119 | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION |
| NO | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| Tipo diagnostico principal: | CONFIRMADO REPETIDO | |
| Finalidad de consulta: | NO APLICA | |
| Causa externa: | OTRA | |

| | | | | |
|---------------------|--|-----------|-------------|--|
| PARACLINICOS | | | | |
| CODIGO | CUP | RESULTADO | DESCRIPCIÓN | |
| 903868 | TRIGLICERIDOS | 347 | | |
| 903816 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO | 140.1 | | |
| 903815 | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 37.50 | | |

| | | | | |
|--------|--|-------|--|--|
| 903868 | TRIGLICERIDOS | 347 | | |
| 903816 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO | 140.1 | | |
| 903815 | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 37.50 | | |
| 903841 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | 137 | | |
| 903818 | COLESTEROL TOTAL | 247 | | |
| 903868 | TRIGLICERIDOS | 347 | | |
| 903816 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO | 140.1 | | |
| 903815 | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 37.50 | | |
| 903841 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | 137 | | |
| 903818 | COLESTEROL TOTAL | 247 | | |

| ORDENAMIENTO | | | | |
|--------------|--|----------|------|--|
| Código | Nombre | Cantidad | Nota | |
| 903815 | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD | 1 | | |
| 903816 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO | 1 | | |
| 903818 | COLESTEROL TOTAL | 1 | | |
| 903868 | TRIGLICERIDOS | 1 | | |
| 903841 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | 1 | | |
| 907106 | UROANÁLISIS | 1 | | |
| 903026 | MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL | 1 | | |
| 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1 | | |

| MEDICAMENTO | | | | |
|-------------|---|---|----------|----------|
| Código | Nombre | Dosificación | Cantidad | Días TTO |
| 299918 | INSULINA GLARGINA 100UI/ML/3ML PEN PRELLENADO SOL.INY | APLICAR 16 UI DIARIAS EN LAS NOCHES | 2 | 30 |
| 300812 | INSULINA GLULISINA 100UI/ML/10ML SOL.INY | APLICAR 6 UI DIARIAS 5 MINUTOS ANTES DEL ALMUERZO | 1 | 30 |
| 299881 | METFORMINA 850 MG TABLETA | TOMAR 1 AL DIA AL DESAYUNO | 30 | 30 |
| 300018 | LINAGLIPTINA 5MG TABLETA | TOMAR 1 CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 301881 | VALSARTAN 80MG TABLETA RECUBIERTA | TOMAR 1 CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 299817 | AMLODIPINO 5MG TABLETA | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |
| 299807 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA | TOMAR 1 AL DIA | 30 | 30 |

| PROGRAMA PES | | | |
|---|------------|----------------------------|---|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | | | |
| Fecha de Ingreso al programa | 14-12-2020 | Diagnóstico confirmatorio | HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 10 AÑOS |
| Fecha de Confirmación del dx | 10-06-2015 | Tipo de Hipertensión | Hipertensión primaria o esencial |
| Edad al ingreso | 86 | | |
| DIABETES | | | |
| Fecha de Ingreso al programa | 14-12-2020 | Diagnóstico confirmatorio | DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 10 AÑOS |
| Fecha de Confirmación del dx | 10-06-2018 | Tipo de Diabetes | Diabetes tipo 2 |
| Edad al ingreso | 86 | | |
| DATOS Y EXAMENES DE INGRESO AL PROGRAMA | | | |
| Resultado Creatinina (mg/dl) | 1 | Fecha Resultado Creatinina | Invalid date |
| DATOS Y EXAMENES SEGUIMIENTO AL PROGRAMA | | | |
| Obesidad | | Clasificación Obesidad | PRESENCIA DE OBESIDAD |

| | | | |
|--|---------|-------------------------|--------|
| TFG - Estadio | 75.00-2 | Seguimiento al programa | HTA+DM |
| Síndrome Metabólico | | Hipertensión | |
| Diabetes | | RCV | BAJO |
| Glucometría | NO | Cuál Glucometría? | |
| RCV FRAMIGHAM (%) | 0.75 | NIVEL DE RIESGO | BAJO |
| ANÁLISIS, COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO | | | |

ATENCIÓN CONSULTA #6

| | | |
|--------------------------------|-----------------------|------------------|
| Médico que atendió | Registro Médico | Especialidad |
| JORGE ENRIQUE ESTUPIÑAN SALEME | 73203515 | MEDICINA GENERAL |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha Impresión |
| 05/05/2021 04:36 p.m. | 05/05/2021 05:07 p.m. | 27-10-2021 |
| Sede: VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

ACOMPANANTE DEL PACIENTE

| | | |
|---------------------|-----------|-------------|
| Nombre acompañante: | Telefono: | Parentesco: |
| Nombre Responsable: | Telefono: | Categoría: |

MOTIVO CONSULTA

| | |
|---------------------|--|
| Motivo de consulta: | * CONTROL Y EXAMENES * - OCUPACION : HOGAR - ESTADO CIVIL : CASADO |
|---------------------|--|

| | |
|--------------------|---|
| Enfermedad actual: | <p>MODALIDAD : TELEMEDICINA EN EL ESCENARIO DE LA EMERGENCIA SANITARIA RELACIONADA CON LA PANDEMIA POR SARS-COV2 (COVID 19), DECLARADA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL MEDIANTE LA RESOLUCION 385 DEL 12 DE MARZO DEL 2020 , SE REALIZA ESTA CONSULTA EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CON EL OBJETIVO DE MINIMIZAR LA PROPAGACION DEL COVID-19 . LA TELEMEDICINA ES UNA ACTIVIDAD DE TELESALUD QUE PROPORCIONA INFORMACION, CONSEJERIA, Y ASESORIA EN LOS COMPONENTES DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD , PROMOCION DE LA SALUD, DIAGNOSTICO, Y TRATAMIENTO. TIENE COMO OBJETIVO ESTABLECER UN CANAL DE COMUNICACION ENTRE EL USUARIO Y EL MEDICO ATRAVES DE TECNOLOGIAS QUE PERMITAN GARANTIZAR EL ACCESO , RESOLUTIVIDAD, CONTINUIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCION. SE GARANTIZA LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION COMO PARTE DE LA HISTORIA CLINICA. (Res 2654 DE 2019, Capítulo II, Ministerio de Salud y Protección Social). PREVIA AUTORIZACION VERBAL SUMINISTRADA POR : MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA , CON NUMERO DE DOCUMENTO 467421 Y TELEFONO :3114861532 NO SE REALIZA EXAMEN FISICO NI TOMA DE SIGNOS VITALES. PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA CRONICA , DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 10 AÑOS INSULINOREQUIRIENTE, ERC ESTADIO 3B CON TFG 41,22, EN MANEJO MEDICO CON : VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO REFIEREN QUE TIENE EXAMENES DE LABORATORIO PARA REVISION E INTERPRETACION DE ESTOS . PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO POR IVU VS NEUMONIA BACTERIANA POR 5 DIAS HASTA EL DIA 17 DE ABRIL EN LA CLINICA CENTENARIO DE BOGOTA .</p> |
|--------------------|---|

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

| | | |
|---------------|----|--|
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS |
| Infeccioso: | SI | COVID 19 |

ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS

| | |
|-------------|-------|
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| NO REFIERE | |

ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS

| | |
|-------------|-------|
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| NO REFIERE | |

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

| | |
|-------------|-------|
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| NO REFIERE | |

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

| | |
|-------------|-------|
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
|-------------|-------|

| | |
|--|------------|
| AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES | |
| Otros Antecedentes: | NO REFIERE |

| | | | |
|--|----|---|----|
| HÁBITOS SALUDABLES | | | |
| Hábitos Saludables: | | Consumo de alimentos Ricos en fibra: | NO |
| Bajo consumo de sal: | NO | Peso adecuado para la talla: | NO |
| Toma medicamentos antihipertensivos: | NO | Toma de agua | NO |
| Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día: | NO | ¿Consume vegetales o frutas diariamente?: | NO |
| Bajo Consumo de grasas: | NO | Horas de sueño adecuadas (8H): | NO |
| Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia): | NO | | |

| | | | |
|------------------------------|----|-----------------------------|--|
| HÁBITOS NO SALUDABLES | | | |
| Sustancias Psicoactivas: | NO | | |
| Alcohol: | NO | | |
| Frecuencia (Alcohol) | 0 | | |
| Fumador: | No | | |
| Cuantos Cigarrillos al Día | | Cuantos Cigarrillos al Años | |
| Índice tabaquicoa | | Riesgo EPOC | |
| Estrés: | NO | | |
| Otros | NO | | |
| Sedentarismo | NO | | |

| | | | |
|-------------------------------------|----|---------------------------------|--------------------|
| GESTIÓN DE RIESGO | | | |
| Mujer o menor víctima del maltrato: | NO | Víctima de violencia sexual: | NO |
| Sintomático respiratorio: | NO | Identificación de Discapacidad: | SIN DISCAPACIDADES |
| Sangre oculta en heces: | NO | Pre-test de VIH: | NO |
| Post-test de VIH: | NO | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|
| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------------------|-----|
| EXAMEN FÍSICO | | | |
| T.A: | 0 - 0 | Frecuencia Cardiaca: | 0 |
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg): | 72 | Talla (cm): | 158 |
| IMC: | 28.84 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perimetro Cefálico (cm): | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm): | 0 | Pliegue Cutáneo del Triceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos | | Tórax: | |
| Abdomen | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético | | Neurológico: | |

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO

Análisis y Plan:

MODALIDAD : TELEMEDICINA

EN EL ESCENARIO DE LA EMERGENCIA SANITARIA RELACIONADA CON LA PANDEMIA POR SARS-COV2 (COVID 19), DECLARADA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL MEDIANTE LA RESOLUCION 385 DEL 12 DE MARZO DEL 2020 , SE REALIZA ESTA CONSULTA EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CON EL OBJETIVO DE MINIMIZAR LA PROPAGACION DEL COVID-19 . LA TELEMEDICINA ES UNA ACTIVIDAD DE TELESALUD QUE PROPORCIONA INFORMACION, CONSEJERIA, Y ASESORIA EN LOS COMPONENTES DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD , PROMOCION DE LA SALUD, DIAGNOSTICO, Y TRATAMIENTO. TIENE COMO OBJETIVO ESTABLECER UN CANAL DE COMUNICACION ENTRE EL USUARIO Y EL MEDICO ATRAVES DE TECNOLOGIAS QUE PERMITAN GARANTIZAR EL ACCESO , RESOLUTIVIDAD, CONTINUIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCION. SE GARANTIZA LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION COMO PARTE DE LA HISTORIA CLINICA. (Res 2654 DE 2019, Capitulo II, Ministerio de Salud y Protección Social). PREVIA AUTORIZACION VERBAL SUMINISTRADA POR : MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA , CON NUMERO DE DOCUMENTO 467421 Y TELEFONO .3114861532 NO SE REALIZA EXAMEN FISICO NI TOMA DE SIGNOS VITALES PACIENTE D E 86 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA CRONICA , DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 10 AÑOS INSULINOREQUIRIENTE, ERC ESTADIO 3B CON TFG 41,22, EN MANEJO MEDICO CON : VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO REFIEREN QUE TIENE XAMENES DE LABORATORIO PARA REVISION E INTERPRETACION DE ESTOS . PACIEMNGTE E STUVO HOSPITALIZADO POR IVU VS NEUMONIA BACTERIANA POR 5 DIAS HASTA EL DIA 17 DE ABRIL EN LA CLINICA CENTENARIO DE BOGOTA . SE DECIDE FORMULA MEDICA POR 3 MESES , SE HACEN EN RECETARIOS MANUAL LANCETAS Y TIRILAS # 60 DE CADA UNA , AGUJAS #60 POR MES , PARA 3 MESES, E HACE RECETARIO MANUAL Y SE ENVIAN A ATENCION AL USUARIO . SE DAN INDICACIONES DE CONTROL DEL PESO Y DOMINGO MEDICACIÓN , SE RECOMIENDA CONTINUAR CON EJERCICIO DIARIO 30, MINUTOS DE LUNES A VIERNES DESCANSANDO SÁBADO Y DOMINGO EJERCICIO AEROBIO (150 MINUTOS DE EJERCICIO SEMANAL), DIETA DASH, DIETA BAJA EN SAL , NO FRITOS , UNA SOLA HARINA EN CADA COMIDA PRINCIPAL , NO PAQUETES , NO BEBIDAS GASEOSAS , ENDULZAR CON STEVIA O ENDULZANTES NATURALES , SI PRESENTA DOLOR TORÁCICO SÚBITO ASOCIADO A SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO , SUDORACIÓN , FRIALDAD , PALIDEZ , DIFICULTAD PARA RESPIRAR . DEBE ASISTIR DE INMEDIATO A UN SERVICIO DE URGENCIAS PARA SER VALORADO RESTRICCIÓN EN EL CONSUMO DE TABACO , ALCOHOL , REDUCCIÓN DEL STRESS SE REFUEZAN LOS HÁBITOS SALUDABLES -CAMBIOS TERAPÉUTICOS EN EL ESTILO DE VIDA

| ¿Principal? | Cod | Descripción |
|-----------------------------|------------------|---|
| SI | E108 | DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS |
| NO | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| Tipo diagnostico principal: | CONFIRMADO NUEVO | |
| Finalidad de consulta: | NO APLICA | |
| Causa externa: | OTRA | |

ORDENAMIENTO

| Código | Nombre | Cantidad | Nota |
|--------|------------------------------------|----------|------|
| 901235 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) | 1 | |

MEDICAMENTO

| Código | Nombre | Dosificación | Cantidad | Días TTO |
|--------|--|----------------------------------|----------|----------|
| 303201 | VALSARTAN 80MG TABLETA ORAL | 1 TAB CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 302606 | AMLODIPINO 5MG TABLETA | 1 TAB 12 PM | 30 | 30 |
| 302589 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA | 1 TAB 7 AM | 30 | 30 |
| 302822 | LINAGLIPTINA 5MG TABLETA | 1 TAB DIARIA | 30 | 30 |
| 302673 | METFORMINA 850MG TABLETA | 1 TAB DIARIA | 30 | 30 |
| 303019 | INSULINA GLARGINA 100UI/ML/3ML PEN PRELLENADO SOL.INY | APLICAR 14 UNDS SC A LAS 9 PM | 2 | 30 |
| 302900 | INSULINA GLULISINA RECOMBINANTE (300UI)100 UI/ ML 3MLPEN PREL LENADO SOLUCION INYECTABLE | APLICAR 7 UNDS ANTES DE ALMUERZO | 1 | 30 |
| 303201 | VALSARTAN 80MG TABLETA ORAL | 1 TAB CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 302606 | AMLODIPINO 5MG TABLETA | 1 TAB 12 PM | 30 | 30 |
| 302589 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA | 1 TAB 7 AM | 30 | 30 |
| 302822 | LINAGLIPTINA 5MG TABLETA | 1 TAB DIARIA | 30 | 30 |
| 302673 | METFORMINA 850MG TABLETA | 1 TAB DIARIA | 30 | 30 |
| 303019 | INSULINA GLARGINA 100UI/ML/3ML PEN PRELLENADO SOL.INY | APLICAR 14 UNDS SC A LAS 9 PM | 2 | 30 |
| 302900 | INSULINA GLULISINA RECOMBINANTE (300UI)100 UI/ ML 3MLPEN PREL LENADO SOLUCION INYECTABLE | APLICAR 7 UNDS ANTES DE ALMUERZO | 1 | 30 |
| 303201 | VALSARTAN 80MG TABLETA ORAL | 1 TAB CADA 12 HORAS | 60 | 30 |
| 302606 | AMLODIPINO 5MG TABLETA | 1 TAB 12 PM | 30 | 30 |
| 302589 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA | 1 TAB 7 AM | 30 | 30 |
| 302822 | LINAGLIPTINA 5MG TABLETA | 1 TAB DIARIA | 30 | 30 |
| 302673 | METFORMINA 850MG TABLETA | 1 TAB DIARIA | 30 | 30 |

| | | | |
|-----|---|-----------------------|-------------------|
| P-F | ML 3MLPEN PREL LENADO SOLUCION INYECTABLE | Fecha Fin: 05-08-2021 | Número de meses:0 |
| | Fecha Inicio: 05-05-2021 | | |

PROGRAMA PES

| | | | |
|------------------------------|------------|---------------------------|--|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | | | |
| Fecha de Ingreso al programa | 14-12-2020 | Diagnóstico confirmatorio | HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 10 AÑOS |
| Fecha de Confirmación del dx | 10-06-2015 | Tipo de Hipertensión | Hipertensión primaria o esencial |
| Edad al ingreso | 86 | | |

| | | | |
|------------------------------|------------|---------------------------|---|
| DIABETES | | | |
| Fecha de Ingreso al programa | 14-12-2020 | Diagnóstico confirmatorio | DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 10 AÑOS |
| Fecha de Confirmación del dx | 10-06-2018 | Tipo de Diabetes | Diabetes tipo 2 |
| Edad al ingreso | 86 | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------|--------------|
| DATOS Y EXAMENES DE INGRESO AL PROGRAMA | | | |
| Resultado Creatinina (mg/dl) | 1 | Fecha Resultado Creatinina | Invalid date |

| | | | |
|---|---------|----------------------------------|------------|
| DATOS Y EXAMENES SEGUIMIENTO AL PROGRAMA | | | |
| Resultado Creatinina (mg/dl) | 1.31 | Fecha Resultado Creatinina | 08-04-2021 |
| Resultado Glicemia | 137 | Fecha Resultado Glicemia | 08-04-2021 |
| Resultado Trigliceridos | 347 | Fecha Resultado Trigliceridos | 08-04-2021 |
| Resultado Colesterol total | 247 | Fecha Resultado Colesterol total | 08-04-2021 |
| Resultado Microalbuminuria | 53.6 | Fecha Resultado Microalbuminuria | 08-04-2021 |
| Resultado Colesterol HDL | 37 | Fecha Resultado Colesterol HDL | 08-04-2021 |
| Resultado Colesterol LDL | 140 | Fecha Resultado Colesterol LDL | 08-04-2021 |
| Resultado Uroanálisis | ANORMAL | Fecha Resultado Uroanálisis | 08-04-2021 |

| | | | |
|-----------------|-------|------------------------|----------------------------|
| Obesidad | | | |
| IMC | 28.84 | Clasificación Obesidad | SOBREPESO: ENTRE 25 Y 29.9 |

| | | | |
|--|----------|-------------------------|--------|
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO POR PATOLOGÍA AL FINALIZAR LA VALORACIÓN | | | |
| TFG - Estadio | 41.22-3b | Seguimiento al programa | HTA+DM |
| Síndrome Metabólico | | Hipertensión | |
| Diabetes | | RCV | BAJO |
| Glucometría | NO | Cuál Glucometría? | |
| RCV FRAMIGHAM (%) | 0.75 | NIVEL DE RIESGO | BAJO |

ANÁLISIS, COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO

ATENCIÓN CONSULTA #7

| | | |
|----------------------------|-----------------------|------------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| DANIEL IGNACIO MELO LOPEZ | 1075670192 | MEDICINA GENERAL |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha impresión |
| 22/06/2021 01:14 p.m. | 22/06/2021 01:56 p.m. | 27-10-2021 |
| Sede:VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

| | | | |
|---------------------------------|-----------|-------------|--|
| ACOMPANANTE DEL PACIENTE | | | |
| Nombre acompañante: | Telefono: | Parentesco: | |
| Nombre Responsable: | Telefono: | Categoría: | |

| | |
|------------------------|--|
| MOTIVO CONSULTA | |
| Motivo de consulta: | <p>Modalidad: TELEMEDICINA</p> <p>En el escenario de la EMERGENCIA SANITARIA relacionada con la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, Se realiza esta consulta en la modalidad de telemedicina con el objetivo de minimizar la propagación del COVID-19. La telemedicina es una actividad de TeleSalud que proporciona información, consejería y asesoría en los componentes de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento. Tiene como objetivo establecer un canal de comunicación entre el usuario y el médico a través de tecnologías que permitan garantizar el acceso, resoluntividad</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | signos vitales. | |
| | Gestión Clínica | |
| Enfermedad actual: | Paciente con antecedente de DM e HTA , con resultado de paraclínicos del 06/01/21. | |
| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | |
| Diabetes | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE |
| Hipertensión | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS |
| Infeccioso | SI | COVID 19 |
| ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | |
| NO REFIERE | | |
| ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | |
| NO REFIERE | | |
| ANTECEDENTES ALÉRGICOS | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | |
| NO REFIERE | | |
| ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | |
| VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO | | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES | | |
| Otros Antecedentes: | NO REFIERE | |

| | | | |
|--|----|--|--------------------|
| HÁBITOS SALUDABLES | | | |
| Hábitos Saludables: | | Consumo de alimentos Ricos en fibra: | NO |
| Bajo consumo de sal: | NO | Peso adecuado para la talla: | NO |
| Toma medicamentos antihipertensivos: | NO | Toma de agua | NO |
| Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día: | NO | ¿Consumes vegetales o frutas diariamente?: | NO |
| Bajo Consumo de grasas: | NO | Horas de sueño adecuadas (8H): | NO |
| Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia): | NO | | |
| HÁBITOS NO SALUDABLES | | | |
| Sustancias Psicoactivas: | NO | | |
| Alcohol | NO | | |
| Frecuencia (Alcohol) | 0 | | |
| Fumador: | No | | |
| Cuantos Cigarrillos al Día | | Cuantos Cigarrillos al Años | |
| Índice tabaquicoa | | Riesgo EPOC | |
| Estrés: | NO | | |
| Otros | NO | | |
| Sedentarismo | NO | | |
| GESTIÓN DE RIESGO | | | |
| Mujer o menor víctima del maltrato: | NO | Víctima de violencia sexual | NO |
| Sintomático respiratorio | NO | Identificación de Discapacidad | SIN DISCAPACIDADES |
| Sangre oculta en heces | NO | Pre-test de VIH: | NO |

| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

| EXAMEN FÍSICO | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------------------------------|---|
| T A | 0 - 0 | Frecuencia Cardiaca: | 0 |
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg) | 0 | Talla (cm): | 0 |
| IMC | 0 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perimetro Cefálico (cm) | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm) | 0 | Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

| IMPRESIÓN DIAGNOSTICO | | |
|--|---------------------|--|
| Análisis y Plan: | | |
| Paciente con antecedente de DM e HTA , con resultado de paraclínicos del 06/01/21. Con evidencia de glicemia basal elevada y Hba1c por fuera de metas, se indica acudir a consulta medica de control con registro de glucometrías para realizar ajustes en el tratamiento. | | |
| ¿Principal? | Cod | Descripción |
| SI | E102 | DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES |
| NO | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) |
| Tipo diagnostico principal: | CONFIRMADO REPETIDO | |
| Finalidad de consulta: | NO APLICA | |
| Causa externa: | OTRA | |

| ORDENAMIENTO | | | | |
|--------------|---|----------|--|--|
| Código | Nombre | Cantidad | Nota | |
| 890301 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL | 1 | Agendar control medico, acudir con registro de glucometrías. | |

ATENCIÓN CONSULTA #8

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| RODRIGUEZ RAMOS ERIK JOE | 254065 | MEDICINA GENERAL |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha impresión |
| 12/08/2021 01:39 p.m. | 12/08/2021 01:49 p.m. | 27-10-2021 |
| Sede: VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

| ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE | | | | |
|--------------------------|------------|-----------|--|-------------|
| Nombre acompañante: | | Telefono: | | Parentesco: |
| Nombre Responsable: | | Telefono: | | Categoría: |
| MOTIVO CONSULTA | | | | |
| Motivo de consulta: | " CONTROL" | | | |

MINIMIZAR LA PROPAGACION DEL COVID-19. LA TELE-MEDICINA ES UNA ACTIVIDAD DE TELESALUD QUE PROPORCIONA INFORMACIÓN, CONSEJERÍA Y ASESORÍA EN LOS COMPONENTES DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, PROMOCIÓN DE LA SALUD, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. TIENE COMO OBJETIVO ESTABLECER UN CANAL DE COMUNICACIÓN ENTRE EL USUARIO Y EL MEDICO A TRAVÉS DE TECNOLOGÍAS QUE PERMITAN GARANTIZAR EL ACCESO, RESOLUTIVIDAD, CONTINUIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN. SE GARANTIZA LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN COMO PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA. (RESOLUCION 2654 DE 2019, CAPITULO LL, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. PACIENTE QUIEN ES ATENDIDA POR TELEMEDICINA, QUIEN EN EL MOMENTO NIETA REFIERE CUADRO DE HIPOACUSIA DEL PACIENTE EL CUAL REFIERE ATENDERA CONSULTA, REFIERE CUADRO HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EL CUAL EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA CARDIOVASCULAR, REFIERE ADHERENCIA LA TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE DIETA. NO HA ASISTIDO A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

| | | |
|---------------|----|--|
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS |
| Infeccioso: | SI | COVID 19 |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

| DESCRIPCIÓN | FECHA |
|-------------|-------|
| NIEGA | |

ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS

| DESCRIPCIÓN | FECHA |
|-------------|-------|
| NO REFIERE | |
| NIEGA | |

ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS

| DESCRIPCIÓN | FECHA |
|-------------|-------|
| NO REFIERE | |
| NIEGA | |

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

| DESCRIPCIÓN | FECHA |
|-------------|-------|
| NO REFIERE | |
| NIEGA | |

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

| DESCRIPCIÓN | FECHA |
|--|-------|
| VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO | |
| VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

| | |
|---------------------|------------|
| Otros Antecedentes: | NO REFIERE |
|---------------------|------------|

HÁBITOS SALUDABLES

| | | | |
|---|----|---|----|
| Hábitos Saludables: | | Consumo de alimentos Ricos en fibra: | NO |
| Bajo consumo de sal: | NO | Peso adecuado para la talla: | NO |
| Toma medicamentos antihipertensivos: | NO | Toma de agua | NO |
| Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día | NO | ¿Consumo vegetales o frutas diariamente?: | NO |
| Bajo Consumo de grasas: | NO | Horas de sueño adecuadas (8H): | NO |
| Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? | NO | | |

| | | | |
|-------------------------------------|----|---------------------------------|--------------------|
| Alcohol: | NO | | |
| Frecuencia (Alcohol): | 0 | | |
| Fumador: | No | | |
| Cuantos Cigarrillos al Día | | Cuantos Cigarrillos al Años | |
| Indice tabaquicoa | | Riesgo EPOC | |
| Estrés: | NO | | |
| Otros | NO | | |
| Sedentarismo | NO | | |
| GESTIÓN DE RIESGO | | | |
| Mujer o menor víctima del maltrato: | NO | Víctima de violencia sexual: | NO |
| Sintomático respiratorio: | NO | Identificación de Discapacidad: | SIN DISCAPACIDADES |
| Sangre oculta en heces: | NO | Pre-test de VIH: | NO |
| Post-test de VIH: | NO | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|
| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------------------|-----|
| EXAMEN FÍSICO | | | |
| T.A: | 0 - 0 | Frecuencia Cardiaca: | 0 |
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg): | 62 | Talla (cm): | 162 |
| IMC: | 23.62 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perímetro Cefálico (cm): | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm): | 0 | Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

| | | |
|--|------|---|
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICO | | |
| Análisis y Plan: | | |
| <p>PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO CURSA CON CUADRO DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL EL CUAL SE RENUEVA ORDENES MEDICAS POR 3 MESES. DIETA BAJA EN SAL , BAJA EN GRASA SATURADAS Y TRANS RICA EN VEGETALES FRUTAS Y FIBRAS , SUSPENDER AZUCAR , PAN BLANCO , PRODUCTOS DE PANADERIA , CONTROL POR GRAMA ESPECIALES EN TRES MESES, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR SE LE EXPLICA ESTADO ACTUAL DE SU PATOLOGIA Y POSIBLES COMPLICACIONES SEDAN SIGNOS DE ALARMAS PARA ASISITIR POR URGENCIAS COMO: DOLOR TORACICO DIFICULTAD RESPIRATORIA, EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES , SINCOPE , HEMORRAGIA NASAL, ELEVACION DE LA TENSION , DIFICIT NEUROLOGICO Y SINTOMAS DESFAVORABLE.</p> <p>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DE LUNES A VIERNES 30-40 MINUTOS DIARIOS COMO CAMINATAS, TROTAR, CICLISMO, ESTATICA, ELIPTICA, NATACION, ALIMENTO BAJO EN GRASA, AZUCAR, SAL, HARINAS, CONSUMIR MAS VERDURAS, FRUTAS Y VERDURAS, EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL, SAL, AZUCAR REFINADAS, MANTENER EL PESOS CONTROLADO Y FRACCIONAR COMIDAS, MANEJO ADECUADO DE ESTRES.</p> <p>ASISITIR EN FORMA INMEDIATA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR DOLOR DE CABEZA INTENSO O DOLOR DE CABEZA QUE SE ASOCIE A PULSACIONES VISION DOBLE O LIMITACION DE AGUDEZA VISUAL, LIMITACIONES PARA HABLAR, PARALISIS DE UNA PARTE DEL CUERPO O EXTREMIDAD O IMPOSIBILIDAD PARA LA MARCHA, PERDIDA DE LA CONSCIENCIA, CONVULSIONES, DOLOR TORACICO INTENSO O PALPITACIONES, DOLOR FUERTE EN LA BOCA DEL ESTOMAGO CON SENSACION DE AHOGO.</p> | | |
| ¿Principal? | Cod | Descripción |
| SI | E109 | DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION |

| | |
|------------------------|--------------------|
| Finalidad de consulta: | NO APLICA |
| Causa externa: | ENFERMEDAD GENERAL |

| MEDICAMENTO | | | | |
|-------------|--|--------------------------------|-------------------|----------|
| Código | Nombre | Dosificación | Cantidad | Días TTO |
| 306562 | VALSARTAN 80MG TABLETA ORAL | TOAMR 1 TAB CADA 12 HRS | 60 | 30 |
| 302606 | AMLODIPINO 5MG TABLETA | TOAMR 1 TAB CADA 12 HRS | 60 | 30 |
| 302589 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA | TOAMR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 302822 | LINAGLIPTINA 5MG TABLETA | TOAMR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 302673 | METFORMINA 850MG TABLETA | TOMAR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 303019 | INSULINA GLARGINA 100UI/ML/3ML PEN PRELLENADO SOL INY | APLCIAR 14 UI PM | 2 | 30 |
| 302900 | INSULINA GLULISINA RECOMBINANTE (300UI)100 UI/ ML 3MLPEN PREL LENADO SOLUCION INYECTABLE | APLCAIR 7 UI ANTES DE ALMUERZO | 1 | 30 |
| 306562 | VALSARTAN 80MG TABLETA ORAL | TOAMR 1 TAB CADA 12 HRS | 60 | 30 |
| 302606 | AMLODIPINO 5MG TABLETA | TOAMR 1 TAB CADA 12 HRS | 60 | 30 |
| 302589 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA | TOAMR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 302822 | LINAGLIPTINA 5MG TABLETA | TOAMR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 302673 | METFORMINA 850MG TABLETA | TOMAR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 303019 | INSULINA GLARGINA 100UI/ML/3ML PEN PRELLENADO SOL INY | APLCIAR 14 UI PM | 2 | 30 |
| 302900 | INSULINA GLULISINA RECOMBINANTE (300UI)100 UI/ ML 3MLPEN PREL LENADO SOLUCION INYECTABLE | APLCAIR 7 UI ANTES DE ALMUERZO | 1 | 30 |
| 306562 | VALSARTAN 80MG TABLETA ORAL | TOAMR 1 TAB CADA 12 HRS | 60 | 30 |
| 302606 | AMLODIPINO 5MG TABLETA | TOAMR 1 TAB CADA 12 HRS | 60 | 30 |
| 302589 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA | TOAMR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 302822 | LINAGLIPTINA 5MG TABLETA | TOAMR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 302673 | METFORMINA 850MG TABLETA | TOMAR 1 TAB AL DIA | 30 | 30 |
| 303019 | INSULINA GLARGINA 100UI/ML/3ML PEN PRELLENADO SOL INY | APLCIAR 14 UI PM | 2 | 30 |
| 302900 | INSULINA GLULISINA RECOMBINANTE (300UI)100 UI/ ML 3MLPEN PREL LENADO SOLUCION INYECTABLE | APLCAIR 7 UI ANTES DE ALMUERZO | 1 | 30 |
| P-F | Fecha Inicio: 12-08-2021 | Fecha Fin: 12-11-2021 | Número de meses:0 | |

| PROGRAMA PES | | | | |
|---|--------|----------------------------|--------------------------|--|
| DATOS Y EXAMENES DE INGRESO AL PROGRAMA | | | | |
| Resultado Creatinina (mg/dl) | 1 | Fecha Resultado Creatinina | 12-08-2020 | |
| DATOS Y EXAMENES SEGUIMIENTO AL PROGRAMA | | | | |
| Obesidad | | | | |
| IMC | 23.62 | Clasificación Obesidad | BAJO PESO: MENOS DE 18.5 | |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO POR PATOLOGIA AL FINALIZAR LA VALORACIÓN | | | | |
| TFG - Estadio | 0.00-5 | Seguimiento al programa | | |
| Síndrome Metabólico | | Hipertensión | | |
| Diabetes | | RCV | BAJO | |
| Glucometría | NO | Cuál Glucometría? | | |
| RCV FRAMIGHAM (%) | 0.75 | NIVEL DE RIESGO | BAJO | |
| ANÁLISIS, COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO | | | | |

ATENCIÓN CONSULTA #9

| | | |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| SANDRA MILENA GUZMAN BUSTOS | 53031948 | PSICOLOGIA |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha impresión |

| ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE | | | |
|--|--|--|--|
| Nombre acompañante: | | Telefono: | |
| Nombre Responsable: | | Telefono: | |
| | | Parentesco: | |
| | | Categoría: | |
| MOTIVO CONSULTA | | | |
| Motivo de consulta: | VENGO A TELECONSULTA PARA TALLER VIRTUAL # 2 DEL PROGRAMA DE AEI POR CONTINGENCIA COVID 19 | | |
| Enfermedad actual: | PACIENTE REFERIDO PARA REALIZAR LOS TALLERES DEL PROGRAMA DE P Y P VIRTUALES PARA CRONICOS POR CONTINGENCIA DEL COVID 19, DANDO PRIORIDAD A LAS TEMATICAS QUE SE HAN DADO DE FORMA PRESENCIAL CON CADA PACIENTE DEL PROGRAMA AEI | | |
| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | | |
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE | |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS | |
| Infecioso: | SI | COVID 19 | |
| ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS | | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | | |
| NIEGA | | | |
| ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS | | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | | |
| NO REFIERE | | | |
| NIEGA | | | |
| ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS | | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | | |
| NO REFIERE | | | |
| NIEGA | | | |
| ANTECEDENTES ALÉRGICOS | | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | | |
| NO REFIERE | | | |
| NIEGA | | | |
| ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS | | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | | |
| VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO | | | |
| VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO | | | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES | | | |
| Otros Antecedentes: | NO REFIERE | | |

| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|---|
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg) | 0 | Talla (cm) | 0 |
| IMC: | 0 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perímetro Cefálico (cm): | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm) | 0 | Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm) | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICO | | |
| Análisis y Plan: | | |
| <p>PACIENTE QUE ASISTE A TALLER VIRTUAL # 2 DADO POR CONTINGENCIA COVID 19. CUYO TEMA ES LA BUSQUEDA DE UN MENU SALUDABLE, DETERMINAR ALTERNATIVAS SALUDABLES DE LOS PACIENTES EN SU ALIMENTACION DIARIA, SIENDO EL OBJETIVO PROPICIAR UN AMBIENTE DE CONFIANZA ENFOCADA EN RECONOCERNOS COMO PERSONAS AUTONOMAS, CON DERECHOS Y DEBERES FRENTE A NUESTRA SALUD. LOGRANDO UNA PERCEPCION DE PERTENENCIA AL PROGRAMA Y EL COMPROMISO CON EL MISMO, ENTREGANDOLES PAUTAS DE CUIDADO Y LA RELEVANCIA DE SU ENFERMADAD DE BASE CON LOS CUIDADOS ADECUADOS A NIVEL EMOCIONAL, ALIMENTICIO, SOCIAL Y PERSONAL QUE LE LLEVEN A OBTENER UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA Y PODER SEGUIR ASISTIENDO A CADA UNO DE LOS TALLERES CON EL COMPROMISO DE TENER UN AMPLIO APRENDIZAJE DEL MANEJO DE SU ENFERMEDAD. POR OTRA PARTE, SE DA EL MANEJO EN ESTE TIEMPO DE CONTINGENCIA DEL COVID 19 EN CASA DE FORMA INTEGRAL CON LAS HERRAMIENTAS POSITIVAS QUE LOGRAMOS TENER EN CASA, AFRONTANDO ESTE TIEMPO POSITIVAMENTE, SIN SER LA CASA UNA CARCEL SINO UN LUGAR SEGURO PARA TODOS.</p> | | |
| ¿Principal? | Cod | Descripción |
| SI | Z000 | EXAMEN MEDICO GENERAL |
| Tipo diagnostico principal: | IMPRESION DIAGNOSTICA | |
| Finalidad de consulta: | DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO | |
| Causa externa: | OTRA | |

ATENCIÓN CONSULTA #10

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------|
| Medico que atendió | Registro Medico | Especialidad |
| SANDRA MILENA GUZMAN BUSTOS | 53031948 | PSICOLOGIA |
| Fecha apertura | Fecha cierre | Fecha Impresión |
| 22/10/2021 11:30 a.m. | 22/10/2021 11:31 a.m. | 27-10-2021 |
| Sede:VIVA 1A IPS ZIPAQUIRA | | |

| | | | |
|---------------------------------|---|--|-------------|
| ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE | | | |
| Nombre acompañante: | | Telefono: | Parentesco: |
| Nombre Responsable: | | Telefono: | Categoría: |
| MOTIVO CONSULTA | | | |
| Motivo de consulta: | VENGO PARA ASISTIR AL TALLER VIRTUAL #2 PARA CICLO DE VIDA ETAPA DE LA ADULTEZ POR CONTINGENCIA COVID 19 | | |
| Enfermedad actual: | PACIENTE REFERIDO PARA REALIZAR LOS TALLERES DEL PROGRAMA DE CICLO DE VIDA PARA LA ETAPA DE ADULTEZ POR CONTINGENCIA DEL COVID 19, DANDO PRIORIDAD A LAS TEMATICAS QUE SE HAN DADO DE FORMA PRESENCIAL CON CADA PACIENTE DEL PROGRAMA DE CICLO DE VIDA. | | |
| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | | | |
| Diabetes: | SI | DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE | |
| Hipertensión: | SI | HTA DESDE HACE 10 AÑOS | |
| Infeccioso: | SI | COVID 19 | |
| ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS | | | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | | |

| | |
|--|------------|
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| NO REFIERE | |
| NIEGA | |
| ANTECEDENTES TRASFUSIONES SANGUÍNEAS | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| NO REFIERE | |
| NIEGA | |
| ANTECEDENTES ALÉRGICOS | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| NO REFIERE | |
| NIEGA | |
| ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS | |
| DESCRIPCIÓN | FECHA |
| VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO | |
| VALSARTAN 80 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG AL DIA, HCTZ 25 MG AL DIA, LINAGLIPTINA 5 MG CADA 24 HORAS, METFORMINA 850 MG AL DIA AL DESAYUNO, INSULINA GLARGINA 14 UNDS SC NOCHES E INSULINA GLULISINA 7 UNDS PREALMUERZO | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES | |
| Otros Antecedentes: | NO REFIERE |

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|
| REVISIÓN POR SISTEMA | | | |
| Piel y faneras | | Oído: | |
| Boca | | Sistema Respiratorio | |
| Sistemas Genital/urinario | | Sistema Endocrino | |
| Sistema Hematopoyético | | Ojos | |
| Nariz | | Sistema Cardiovascular | |
| Sistema Gastro Intestinal | | Sistema Musculo/esqueleto | |
| Sistemas Nervioso | | Sistema Linfático | |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------------------|---|
| EXAMEN FÍSICO | | | |
| T.A: | 0 - 0 | Frecuencia Cardiaca: | 0 |
| Frecuencia respiratoria: | 0 | Temperatura: | 0 |
| Peso (Kg): | 0 | Talla (cm): | 0 |
| IMC: | 0 | Circunferencia abdominal (cm): | 0 |
| Perímetro Cefálico (cm): | 0 | Perímetro Braquial (cm): | 0 |
| Pliegue Cutáneo Subescapular (mm): | 0 | Pliegue Cutáneo del Tríceps (mm): | 0 |
| Piel y faneras: | | Cabeza: | |
| Cuello: | | Ojos: | |
| Nariz: | | Boca: | |
| Oídos: | | Tórax: | |
| Abdomen: | | Genito/Urinario: | |
| Musculo/Esquelético: | | Neurológico: | |
| Vascular Periférico: | | | |

| |
|------------------------------|
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICO |
| Análisis y Diagn. |

ESTILO SALUDABLE COMO TAMBIEN LA CLASIFICACION QUE TIENE LA OMS SOBRE LOS FACTORES DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO. LOGRANDO UNA PERCEPCION DE PERTENENCIA AL PROGRAMA Y EL COMPROMISO CON EL MISMO, LO QUE LE LLEVARAN A OBTENER UNA MEJORA CALIDAD DE VIDA Y PODER ASISTIR A CADA UNO DE LOS TALLERES VIRTUALES CON EL COMPROMISO DE TENER UN AMPLIO APRENDIZAJE DEL MANEJO DE SU ENFERMEDAD, Y EL MANEJO EN ESTE TIEMPO DE CONTINGENCIA DEL COVID 19 EN CASA DE FORMA INTEGRAL CON LAS HERRAMIENTAS POSITIVAS QUE LOGRAMOS TENER EN CASA, AFRONTANDO ESTE TIEMPO POSITIVAMENTE, SIN SER LA CASA UNA CARCEL SINO UN LUGAR SEGURO PARA TODOS.

| ¿Principal? | Cod | Descripción |
|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| SI | Z000 | EXAMEN MEDICO GENERAL |
| Tipo diagnostico principal: | IMPRESION DIAGNOSTICA | |
| Finalidad de consulta: | DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO | |
| Causa externa: | OTRA | |

NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRA

**ACTA DE DECLARACION JURAMENTADA, RENDIDA DE CONFORMIDAD CON LO
DISPUESTO EN EL DECRETO 1557 DE 1989 Y EL ARTÍCULO 188 DEL C.G.P...**

No. 4110

En la ciudad de Zipaquirá Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de Octubre del año dos mil veintiuno (2.021), ante mí **HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE ZIPAQUIRA, COMPARECE: MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 467.421 de Zipaquirá y manifiesta que presenta declaración juramentada con fines con fundamento en los siguientes hechos.-----

PRIMERO.- Me llamo e identifiqué como quedó escrito, mayor de edad, domiciliado (a) en la vereda San Jorge Zipaquirá.-----

SEGUNDO.- Bajo la gravedad del juramento declaro que: -----

1. Soy de estado civil soltero (viudo). y tiene cuatro (04) hijas de nombres **ALBA LUCIA, AURA MARIA, DORA CECILIA** y **GLORIA INES HERRERA PRIETO**, actualmente mayores de edad y gozan de pleno uso de sus capacidades físicas y mentales -----
2. Soy el papá de **DORA CECILIA HERRERA PRIETO**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 35.412.513 de Zipaquirá-----
3. Soy el abuelo materno de **ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 1.075.669.652 de Zipaquirá.-----
4. Mi nieta es madre soltera y tiene dos (02) hijas de nombres **ASHLEY MICHELL** y **LINA SAMANTHA PARDO PAPAGAYO**, quienes cuentan con ocho (08) años y diez (10) años de edad.-----
5. Mi hija, mi nieta y mis bisnietas viven bajo mi techo y dependen económicamente de mí-----
6. Mi hija y mi nieta no trabajan por tal razón no devengan salario ni pensión de ninguna entidad pública ni privada.-----
7. Esta declaración se rinde para trámites ante **COLPENSIONES** y **JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**-----

TERCERO La declaración que rindo bajo la gravedad de juramento tiene por objeto presentarse en original a: **QUIEN INTERESE.**

NOTA: EL NOTARIO ADVIERTE DEL CONTENIDO DEL DECRETO, LEY 19 DE 2012. ESTA DECLARACION SE ELABORA A PETICION DE LOS INTERESADOS.

EL DECLARANTE



C.C. No.
467421

CERTIFICADO DE IDONEIDAD: El Suscrito Notario Segundo Del Círculo de Zipaquirá
CERTIFICA que los declarantes son hábiles e idóneos para rendir la presente declaración.

DERECHOS NOTARIALES \$13.800 IVA \$2.622
IDENTIFICACION BIOMETRICA \$3.300 IVA \$667
TOTAL \$20.349



HÉCTOR RENE BASTIDAS PAZOS
NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRÁ

NOTA: Lea bien su declaración, después de salir de la Notaría no se aceptará ningún reclamo.

AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA PARA DECLARACIÓN EXTRA-PROCESO



6647237

En la ciudad de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintisiete (27) de octubre de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Segunda (2) del Círculo de Zipaquirá, compareció: MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 467421.



r7me4p4vozp
27/10/2021 - 14:52:00



----- Firma autógrafa -----

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

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

Esta acta, forma parte de la declaración extra-proceso TRAMITES DE PENSION.



HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS

Notario Segundo (2) del Círculo de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: r7me4p4vozp

Acta 3

NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRA

**ACTA DE DECLARACION JURAMENTADA, RENDIDA DE CONFORMIDAD CON LO
DISPUESTO EN EL DECRETO 1557 DE 1989 Y EL ARTÍCULO 188 DEL C.G.P...**

No. 4122

En la ciudad de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de Octubre del año dos mil veintiuno (2.021), , ante mí, **HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE ZIPAQUIRÁ, COMPARECE: JULIAN ENRIQUE CASTILLO RODRIGUEZ**, quien se identifica con la Cedula de Ciudadanía Numero 1.075.669.119 de Zipaquirá y manifiesta que presenta declaración juramentada con fines extraprocesales con fundamento en los siguientes hechos.-----

PRIMERO. - Me llamo e identifiqué como quedó escrito, mayor de edad, domiciliado (a) en la calle 28 A No. 22 A-92 Torre 2 Apto 606 Barrio Floresta San Rafael Zipaquirá.-----

SEGUNDO. - Bajo la gravedad del juramento declaro que: -----

1. Conozco de vista trato y comunicación desde hace seis (06) años al señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 467.421 de Zipaquirá, lo conozco porque somos amigos.---
2. Se y me consta que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, es de estado civil soltero (viudo) y tiene cuatro (04) hijas de nombres **ALBA LUCIA, AURA MARIA, DORA CECILIA** y **GLORIA INES HERRERA PRIETO**, actualmente mayores de edad y gozan de pleno uso de sus capacidades físicas y mentales.-----
3. Se y me consta que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** es el papá de **DORA CECILIA HERRERA PRIETO**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 35.412.513 de Zipaquirá.-----
4. Se y me consta que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, es el abuelo materno de **ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 1.075.669.652 de Zipaquirá.-----
5. Se y me consta que **ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**, es madre soltera y tiene dos (02) hijas de nombres **ASHLEY MICHELL** y **LINA SAMANTHA PARDO PAPAGAYO**, quienes cuentan con ocho (08) años y diez (10) años de edad.-----
6. Se y me consta que su hija, su nieta y sus bisnietas viven bajo su techo y dependen económicamente de él.-----
7. Se y me consta que **DORA CECILIA HERRERA PRIETO** y **ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**, no trabajan por tal razón no devengan salario ni pensión de ninguna entidad pública ni privada.-----
8. Esta declaración se rinde para trámites ante **COLPENSIONES** y **JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**.-----

TERCERO. La declaración que rindo bajo la gravedad del juramento tiene por objeto presentarse en original a: **QUIEN INTERESE.**

NOTA: EL NOTARIO ADVIERTE DEL CONTENIDO DEL DECRETO, LEY 19 DE 2012. ESTA DECLARACION SE ELABORA A PETICION DE LOS INTERESADOS.

EL DECLARANTE


C.C. No. 1075669119

CERTIFICADO DE IDONEIDAD: El Suscrito Notario Segundo del Círculo de Zipaquirá **CERTIFICA** que los declarantes son hábiles e idóneos para rendir la presente declaración.

DERECHOS NOTARIALES: \$13.800 IVA: \$2.622
IDENTIFICACION BIOMETRICA: \$3.300 IVA: \$627
TOTAL: \$20.349




HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS
NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRÁ

NOTA: Lea bien su declaración, después de salir de la Notaría no se aceptará ningún reclamo.

AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA PARA DECLARACIÓN EXTRA-PROCESO



6647078

En la ciudad de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintisiete (27) de octubre de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Segunda (2) del Círculo de Zipaquirá, compareció: JULIAN ENRIQUE CASTILLO RODRIGUEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1075669119.

----- Firma autógrafa -----



v5z5ndn93zn1
27/10/2021 - 14:47:19



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

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

Esta acta, forma parte de la declaración extra-proceso TRAMITES DE PENSION.

HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS

Notario Segundo (2) del Círculo de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: v5z5ndn93zn1

Acta 3



NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRA

**ACTA DE DECLARACION JURAMENTADA, RENDIDA DE CONFORMIDAD CON LO
DISPUESTO EN EL DECRETO 1557 DE 1989 Y EL ARTÍCULO 188 DEL C.G.P...**

No. 4121

En la ciudad de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de Octubre del año dos mil veintiuno (2.021), ante mí, **HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE ZIPAQUIRÁ, COMPARECE: MARIA GLADYS RODRIGUEZ GUZMAN**, quien se identifica con la Cedula de Ciudadanía Numero 35.409.124 de Zipaquirá y manifiesta que presenta declaración juramentada con fines extraprocesales con fundamento en los siguientes hechos.-----

PRIMERO. - Me llamo e identifiqué como quedó escrito, mayor de edad, domiciliado (a) en la calle 5 No. 10-46 Barrio Centro Zipaquirá.-----

SEGUNDO. - Bajo la gravedad del juramento declaro que: -----

1. Conozco de vista trato y comunicación desde hace veinte (20) años al señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 467.421 de Zipaquirá, lo conozco porque somos amigos.-----
2. Se y me consta que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, es de estado civil soltero (viudo) y tiene cuatro (04) hijas de nombres **ALBA LUCIA, AURA MARIA, DORA CECILIA y GLORIA INES HERRERA PRIETO**, actualmente mayores de edad y gozan de pleno uso de sus capacidades físicas y mentales.-----
3. Se y me consta que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** es el papá de **DORA CECILIA HERRERA PRIETO**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 35.412.513 de Zipaquirá.-----
4. Se y me consta que el señor **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, es el abuelo materno de **ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía Número 1.075.669.652 de Zipaquirá.-----
5. Se y me consta que **ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**, es madre soltera y tiene dos (02) hijas de nombres **ASHLEY MICHELL y LINA SAMANTHA PARDO PAPAGAYO**, quienes cuentan con ocho (08) años y diez (10) años de edad.-----
6. Se y me consta que su hija, su nieta y sus bisnietas viven bajo su techo y dependen económicamente de él.-----
7. Se y me consta que **DORA CECILIA HERRERA PRIETO y ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**, no trabajan por tal razón no devengan salario ni pensión de ninguna entidad pública ni privada.-----
8. Esta declaración se rinde para trámites ante **COLPENSIONES y JUZGADO ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA.**-----

TERCERO. La declaración que rindo bajo la gravedad del juramento tiene por objeto presentarse en original a: **QUIEN INTERESE.**

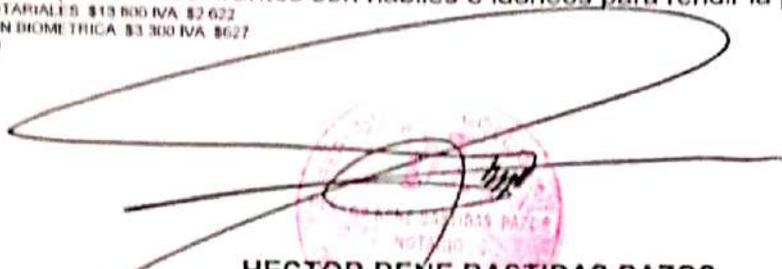
NOTA: EL NOTARIO ADVIERTE DEL CONTENIDO DEL DECRETO, LEY 19 DE 2012. ESTA DECLARACION SE ELABORA A PETICION DE LOS INTERESADOS.

EL DECLARANTE

H. R. Rodríguez Bastidas
C.C. No. 35409124 (Epa)

CERTIFICADO DE IDONEIDAD: El Suscrito Notario Segundo del Círculo de Zipaquirá
CERTIFICA que los declarantes son hábiles e idóneos para rendir la presente declaración.

DERECHOS NOTARIALES \$13.800 IVA \$2.622
IDENTIFICACION BIOMETRICA \$3.300 IVA \$627
TOTAL \$20.349



HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS
NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRÁ

NOTA: Lea bien su declaración después de salir de la Notaría no se aceptará ningún reclamo.





AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA PARA DECLARACIÓN EXTRA-PROCESO



6647136

En la ciudad de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintisiete (27) de octubre de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Segunda (2) del Círculo de Zipaquirá, compareció: MARIA GLADYS RODRIGUEZ GUZMAN, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 35409124.

M. Gladys Rodriguez



v4z2wywdyzo5
27/10/2021 - 14:49:06



----- Firma autógrafa -----

El compareciente no fue identificado mediante biometría en línea debido a: Imposibilidad de captura de huellas. Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta acta, forma parte de la declaración extra-proceso TRAMITES DE PENSION.



HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS

Notario Segundo (2) del Círculo de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: v4z2wywdyzo5

NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRA

**ACTA DE DECLARACION JURAMENTADA, RENDIDA DE CONFORMIDAD CON LO
DISPUERTO EN EL DECRETO 1557 DE 1989 Y EL ARTÍCULO 188 DEL C.G.P...**

No. 4141

En la ciudad de Zipaquirá Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de Octubre del año dos mil veintiuno (2.021), ante mí **HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE ZIPAQUIRA**, **COMPARECE: ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA**, quien se identifica con la cedula de ciudadanía número 1.075.669.652 de Zipaquirá y presenta declaración juramentada con fines extraprocesales con fundamento en los siguientes hechos: -----

PRIMERO. - Me llamo e identifiqué como quedó escrito, mayor de edad, domiciliado (a) en la vereda San Jorge Zipaquirá-----

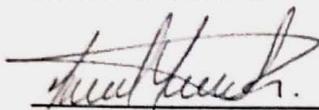
SEGUNDO. - Bajo la gravedad del juramento declaro que: -----

1. Soy nieta de **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA**, quien se identifica con la cedula de ciudadanía número 467.421 de Zipaquirá.-----
2. Mi abuelo tiene una hija de nombre **DORA CECILIA HERRERA PRIETO**, quien se identifica con la cedula de ciudadanía número 35.412.513 de Zipaquirá.-----
3. Soy madre soltera y tengo dos (02) hijas de nombres **ASHLEY MICHELL PARDO PAPAGAYO** y **LINA SAMANTHA PARDO PAPAGAYO**, quienes cuentan con ocho (08) años y diez (10) años de edad.-----
4. Mis hijas, la hermana de mi abuelo y yo vivimos bajo el mismo techo de mi abuelo y dependemos económicamente de él.-----
5. Todos los gastos de mis hijas los paga mi abuelo.-----
6. La hija de mi abuelo y yo no trabajamos por tal razón no devengamos salario ni pensión de ninguna entidad pública ni privada.-----
7. Mi abuelo **MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA** es diabético - hipertenso y yo estoy al cuidado de él.-----

TERCERO La declaración que rindo bajo la gravedad de juramento tiene por objeto presentarse en original a: **QUIEN INTERESE.**

NOTA: EL NOTARIO ADVIERTE DEL CONTENIDO DEL DECRETO, LEY 19 DE 2012. ESTA DECLARACION SE ELABORA A PETICION DE LOS INTERESADOS.

EL DECLARANTE



C.C. No. 1075669652.

CERTIFICADO DE IDONEIDAD: El Suscrito Notario Segundo Del Círculo de Zipaquirá
CERTIFICA que los declarantes son hábiles e idóneos para rendir la presente declaración.

DERECHOS NOTARIALES \$13.800 IVA \$2.622
IDENTIFICACION BIOMETRICA \$3.300 IVA \$627
TOTAL \$20.349



HECTOR RENÉ BASTIDAS PAZOS
NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE ZIPAQUIRÁ

NOTA: Lea bien su declaración, después de salir de la Notaría no se aceptará ningún reclamo.



AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA PARA DECLARACIÓN EXTRA-PROCESO



8678543

En la ciudad de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintiocho (28) de octubre de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Segunda (2) del Círculo de Zipaquirá, compareció: ANGELA YINETH PAPAGAYO HERRERA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1075669652.

----- Firma autógrafa -----



32zjr8v7211r
28/10/2021 - 13:19:03



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

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

Esta acta, forma parte de la declaración extra-proceso TRAMITES.



HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS

Notario Segundo (2) del Círculo de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 32zjr8v7211r

Acta 3

SONIA RUBIO HERNANDEZ

ABOGADA ESPECIALIZADA

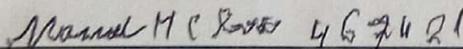
Honorable:
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA.
SECCIÓN SEGUNDA.
SUBSECCIÓN F.
E. S. D.

DEMANDANTE: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES
"COLPENSIONES".
DEMANDADO: MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA
RADICADO: 25000-23-42-000-2018-00284-00.
REFERENCIA: PODER.

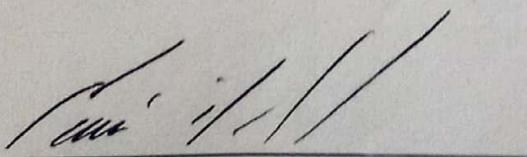
MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 467.421 de Zipaquirá, domiciliado en el municipio de Zipaquirá, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifiesto que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO y SUFICIENTE** a la Abogada **SONIA ESTHER RUBIO HERNANDEZ**, mayor de edad, identificada con la C.C. No. 51.831.461 de Bogotá D.C., y Tarjeta Profesional No. 207.167 del C.S. de la J., con domicilio profesional en la ciudad de Bogotá D.C., y correo electrónico de notificación soniarubioabogadalaboral@hotmail.com, para que en mi nombre y representación proceda a contestar la demanda de la referencia instaurada por la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES "COLPENSIONES"**, proponiendo las excepciones previas y de fondo a que haya lugar, en igual sentido para que descorra el traslado y se oponga a la práctica de las **MEDIDAS CAUTELARES** solicitadas por la parte demandante y en consecuencia adelante todas las diligencias pertinentes en derecho hasta su culminación.

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los hechos en que fundamento la defensa son ciertos, que cualquier inconsistencia e inexactitud de los mismos y de la prueba documental adjunta a la actuación que adelante, exonero de toda responsabilidad a mi apoderada, la cual queda facultada para solicitar, recibir, conciliar, transigir, tachar, sustituir, desistir, aportar pruebas, reasumir, renunciar, notificarse y en especial lo previsto en el artículo 77 del C.G.P.; Para actuar en primera y segunda instancia inclusive.

Respetuosamente,


MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA
C. C. 467.421 de Zipaquirá

ACEPTO EL PODER CONFERIDO,


SONIA ESTHER RUBIO HERNANDEZ
C.C. No. 51.831.461 de Bogotá D.C.,
T.P. No. 207.167 del C. S. de la J.

Calle 19 No. 4-88 Of. 703 Bogotá, Tel. 2 837116 - 8 049622 Cel. 320 2001828
Av. Carrera 16 No 4-61 Oficina 201, Tel. 8523035 Zipaquirá.
E-mail: soniarubioabogadalaboral@hotmail.com



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



6647436

En la ciudad de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el veintisiete (27) de octubre de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Segunda (2) del Círculo de Zipaquirá, compareció: MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 467421 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



v4z2wyw34zo5
27/10/2021 - 14:54:38

----- Firma autógrafa -----

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

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

Este folio se vincula al documento de PODER signado por el compareciente, en el que aparecen como partes MANUEL EDUARDO HERRERA GARCIA, sobre: PODER.



HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS

Notario Segundo (2) del Círculo de Zipaquirá, Departamento de Cundinamarca

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: v4z2wyw34zo5